



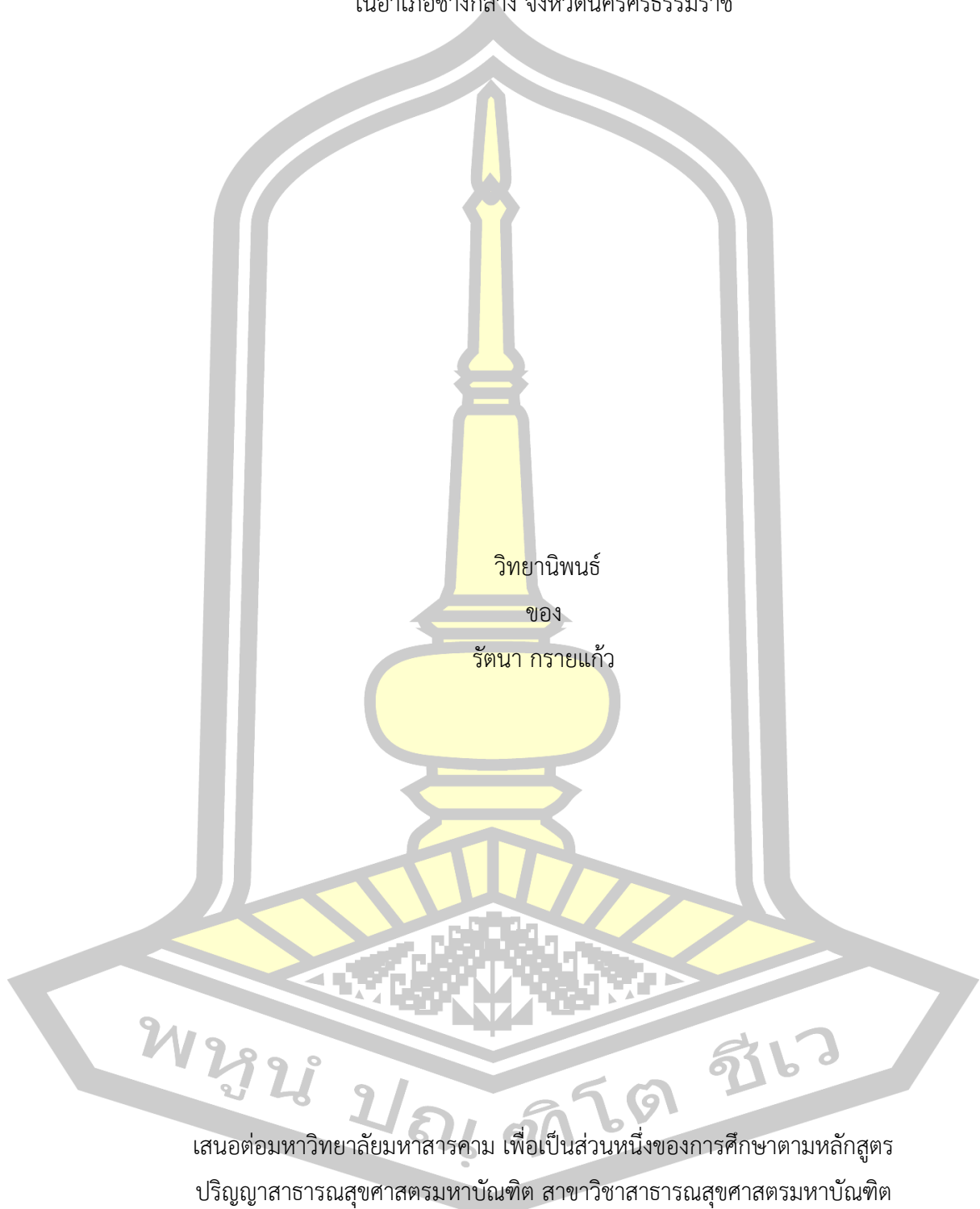
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิทยานิพนธ์
ของ
รัตนา กรายแก้ว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ธันวาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

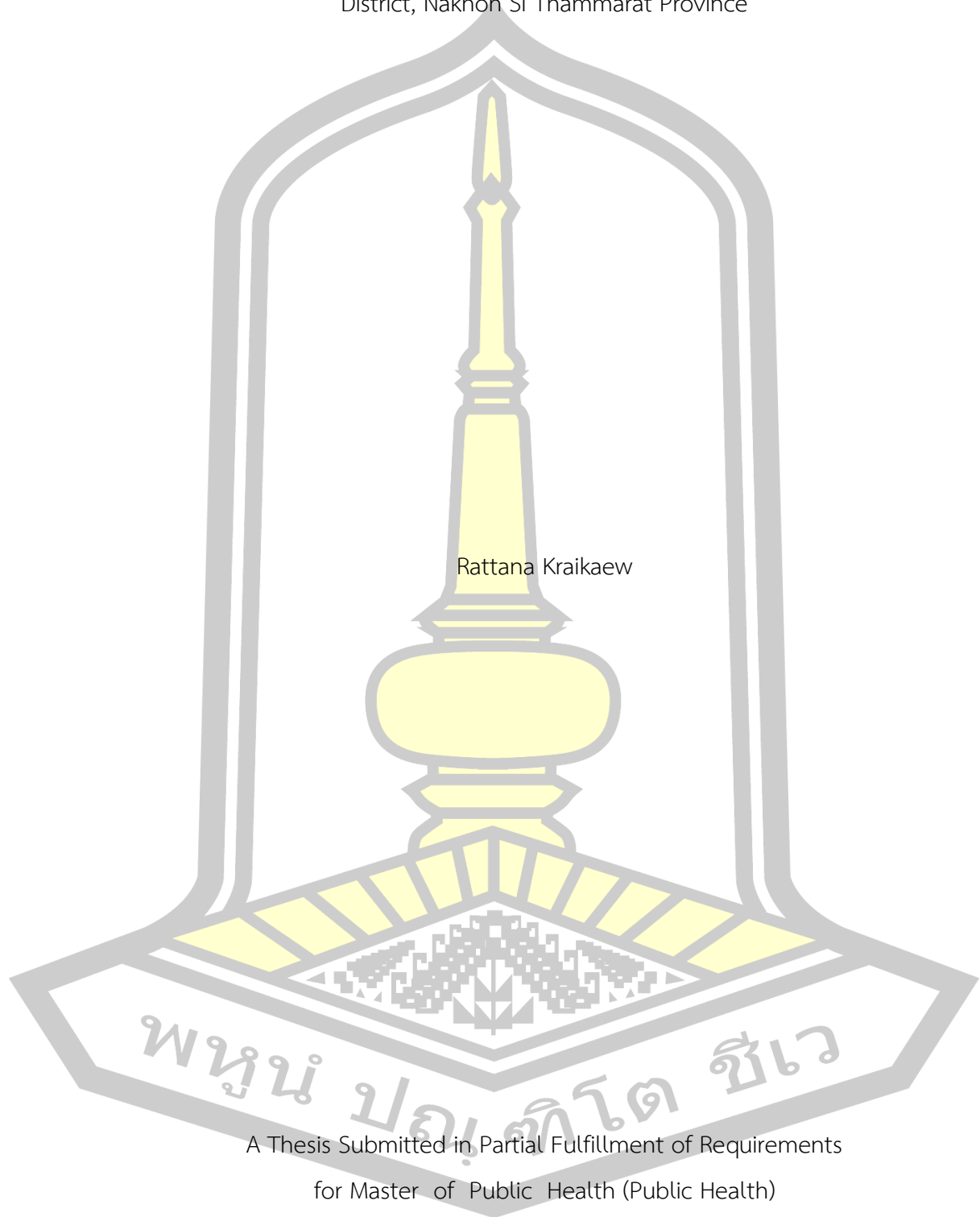


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ธันวาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Tuberculosis Care Model by Community Participation, In Changklang
District, Nakhon Si Thammarat Province



Rattana Kraikaew

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

December 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวรัตนา กรายแก้ว แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. ณัชชลิตา ยุคะลัง)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

..... (รศ. ดร. สุภัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

..... (รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช		
ผู้วิจัย	รัตนา กรายแก้ว		
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุพร เหลืองอุบล		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช การศึกษาเริ่มต้นตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 และจะสิ้นสุดในเดือนกันยายน 2567 โดยมีกลุ่มเป้าหมาย รวม 484 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรค 16 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคใน ชุมชน 456 คน และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรค 12 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ใช้ทั้ง ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือ เช่น แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนว คำถามสำหรับสนทนากลุ่ม ซึ่งข้อมูลจะถูกวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 11 ขั้นตอนได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหา 2) ประเมิน บริบทพื้นที่ สถานการณ์วัณโรค มาตรฐานการดำเนินงานวัณโรค 3) แต่งตั้งและประชุม คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ 4) ประชุมวางแผน กำหนดขอบเขตการดำเนินงานในการพัฒนา รูปแบบ 5) ดำเนินการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 6) พัฒนา แนวทางการปฏิบัติและชุดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 7) ดำเนิน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 8) ติดตามการดำเนินงาน 9) สังเกตผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลการพัฒนา รูปแบบ 10) ถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ พัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และ 11) เวกัดค้นข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับการพัฒนาผ่านรูปแบบที่ชื่อว่า "ช้างกลาง TB-FAST" ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 6 ประการได้แก่

1) Teamwork 2) Best Service 3) Find 4) Access to Service 5) Success และ 6) Technology for Health หลังการพัฒนารูปแบบ ผลการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาโรคของอำเภอช้างกลาง ทั้ง 5 มาตรฐาน ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมโรค 2) การค้นหาและคัดกรอง 3) การรักษา 4) การบริหารจัดการ และ 5) การรักษาดูแลผู้ป่วยโรค จากการประเมินผลหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าคุณภาพการรักษาโรคของอำเภอช้างกลาง ทั้งใน 5 มาตรฐาน ได้แก่ การป้องกันควบคุมโรค การค้นหาและคัดกรอง การรักษา การบริหารจัดการ และการดูแลผู้ป่วย มีผลการประเมินที่ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลที่สูงขึ้น

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประสบความสำเร็จด้วยปัจจัยสำคัญหลายประการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรค ช่วยสร้างความรับผิดชอบร่วมและเพิ่มความเข้าใจในการป้องกันและการรักษาโรค 2) การทำงานเป็นทีม จากความร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน และผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ทำให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกัน 3) ระบบการติดตามที่เข้มแข็ง เนื่องด้วยการมีระบบติดตามผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นระเบียบ ช่วยให้สามารถตรวจสอบและปรับปรุงการดูแลให้เหมาะสมได้อย่างทัน่วงที และ 4) การรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง เป็นการให้ความสำคัญกับเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ทำให้สามารถออกแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการและข้อจำกัดของผู้ป่วยได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การตั้งศักยภาพของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรค ช่วยให้การพัฒนารูปแบบการดูแลมีความครอบคลุมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชุมชน กระบวนการนี้เน้นการร่วมพัฒนา ทดลองปฏิบัติจริง และสะท้อนผลการดำเนินงาน ซึ่งทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความยั่งยืนและสามารถปรับใช้ในบริบทอื่นได้

คำสำคัญ : รูปแบบ, การดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน, ผู้ป่วยโรค

พูน ปณ จิต ชีเว

TITLE	Development of Tuberculosis Care Model by Community Participation, In Changklang District, Nakhon Si Thammarat Province		
AUTHOR	Rattana Kraikaew		
ADVISORS	Terdsak Promarak , Ph.D. Assistant Professor Jatuporn Luangubol , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2024

ABSTRACT

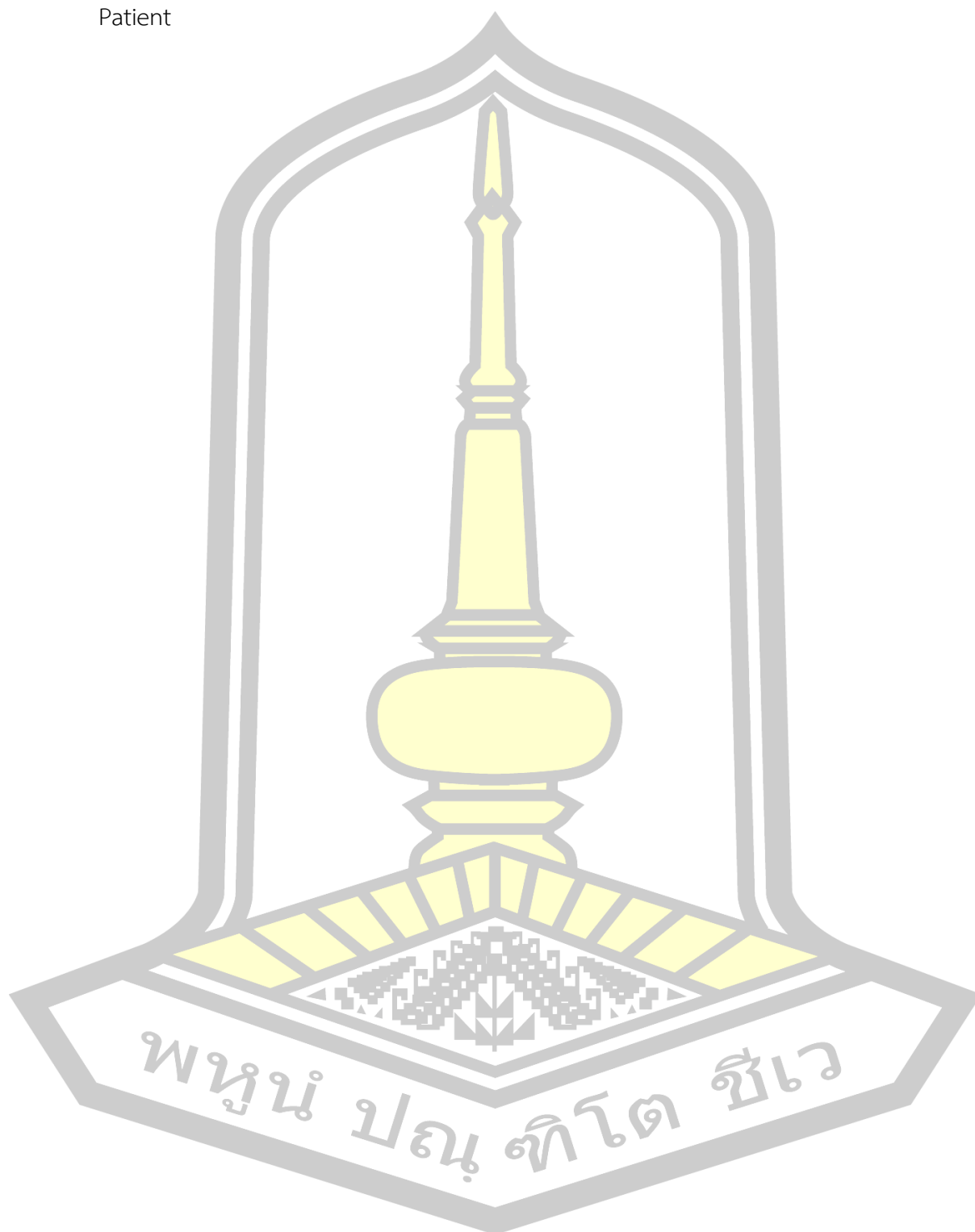
This study is an Action Research aimed at developing a tuberculosis (TB) patient care model through community participation in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province. The study commenced in August 2023 and is expected to conclude in September 2024. The target group consists of 484 people, including 16 TB patients, 456 individuals involved in TB patient care in the community, and 12 officers responsible for TB services. Data collection methods encompass both quantitative and qualitative approaches, utilizing tools such as questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussion guides. The data is analyzed using means, frequencies, percentages, and standard deviations to examine and develop a community-participatory TB care model. The research process consists of 11 steps. 1) Study the area context and problems. 2) Assess the area context, TB situation, and TB operation standards. 3) Appoint and hold meetings for the communicable disease control committee. 4) Plan and define the scope of operations for model development. 5) Implement the development of a TB care model through community participation. 6) Develop guidelines and activity sets for community-participatory TB patient care. 7) Conduct TB care activities with community involvement. 8) Monitor operations. 9) Observe outcomes by gathering data from model evaluation. 10) Conduct lessons-learned sessions and share insights on

community TB care model development. 11) Hold a feedback session for the community to exchange knowledge at the community level.

The study found that tuberculosis (TB) patient care in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province, was enhanced through a model called "Chang Klang TB-FAST," which includes 6 key components, 1) Teamwork, 2) Best Service, 3) Find (early detection and screening), 4) Access to Service, 5) Success (treatment effectiveness) and 6) Technology for Health. After developing this model, an evaluation of TB care quality in Chang Klang District was conducted across five standards, 1) Disease prevention and control, 2) Detection and screening, 3) Treatment, 4) Management, and 5) Patient care. Post-development assessments revealed that the quality of TB care in Chang Klang District met the criteria for all five standards, achieving scores above 90%. This indicates a significant improvement in care quality across all standards.

The development of TB patient care in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province, was successful due to several key factors, 1) Community Participation, Engaging the community fully in the TB care process fostered a shared responsibility and increased understanding of TB prevention and treatment. 2) Teamwork, Collaboration among healthcare workers, community members, and patients at every step created an effective and cohesive working environment. 3) Strong Follow-up System, A structured and continuous follow-up system allowed for timely monitoring and improvement of TB patient care. 4) Listening to Patients and Stakeholders, Prioritizing feedback from patients, caregivers, and other community stakeholders enabled the design of a care model that addressed specific needs and limitations of patients. Additionally, leveraging the expertise of healthcare professionals played a crucial role in creating a comprehensive and applicable model for the community. This approach emphasized collaborative development, practical implementation, and reflective evaluation, resulting in a sustainable care model adaptable to other contexts.

Keyword : Model, Caring for Tuberculosis Patients in The Community, Tuberculosis Patient



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ ลุล่วงไปด้วยดีได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ช่วยชี้แนะให้ คำปรึกษาแนวทางการวิจัยทุกขั้นตอน พร้อมทั้งได้แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วย ความเอาใจใส่ ตลอดจน ได้ให้กำลังใจเสมอมา และทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านด้วยความเคารพอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ดินดา จำปาแก้ว อาจารย์ภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นายวิทยา ศรีแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ (สาธารณสุขอำเภอช้างกลาง) และนางสาวมนวิภา รียาพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และประเมินคุณภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ในครั้งนี้ ท่านให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้เครื่องมือวิจัยมีความถูกต้อง สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช นายอำเภอช้างกลาง สาธารณสุขอำเภอช้างกลาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยวัณโรค และประชาชนที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ และกลุ่มเพื่อนนิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 24 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา ความสำเร็จและความภาคภูมิใจทั้งหมคนี้ผู้ศึกษาขอมอบและตอบแทนพระคุณบิดามารดา คณาจารย์ทุกท่านที่เป็นกำลังใจสำคัญทำให้สำเร็จได้ด้วยดีผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

รัตนา กรายแก้ว

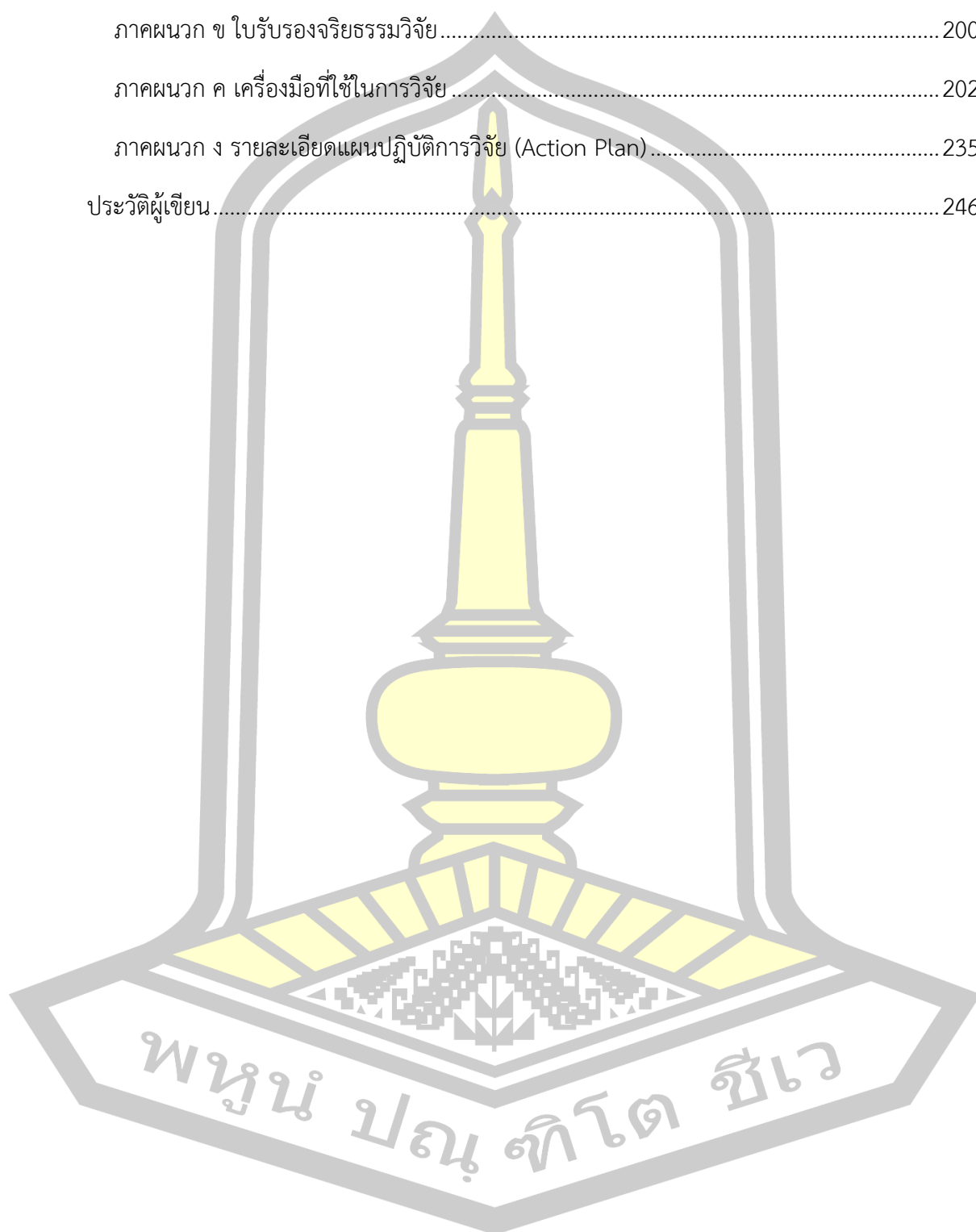
สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฌ
สารบัญ.....	ญ
สารบัญตาราง.....	ฐ
สารบัญภาพ.....	ด
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	7
2.1 ความรู้เรื่องวัณโรค.....	7
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ.....	38
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ.....	44
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	59
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ.....	64
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	68
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	71
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	78

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	79
3.1 รูปแบบการวิจัย	79
3.2 กลุ่มเป้าหมาย	79
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	85
3.4 การสร้างและตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ	90
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	92
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	94
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	95
3.8 สถิติที่ใช้ในการวิจัย	101
3.9 จริยธรรมในการวิจัย.....	101
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	103
4.1 ผลการศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	103
4.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	142
4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	147
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	171
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	173
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	173
5.2 อภิปรายผล.....	180
5.3 ข้อเสนอแนะ	182
บรรณานุกรม.....	184
ภาคผนวก.....	194

ภาคผนวก ก ภาพกิจกิจกรรม.....	195
ภาคผนวก ข ใบรับรองจริยธรรมวิจัย.....	200
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	202
ภาคผนวก ง รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan).....	235
ประวัติผู้เขียน.....	246



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกตามรายตำบล ปีพ.ศ. 2566.....	22
ตารางที่ 2 พื้นที่รับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	23
ตารางที่ 3 ผู้ป่วยวัณโรคจำแนกรายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2566	24
ตารางที่ 4 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี พ.ศ. 2561-2566 ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	25
ตารางที่ 5 ผู้ป่วยวัณโรคที่กลับมาเป็นซ้ำ ปี พ.ศ. 2561-2566 ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	26
ตารางที่ 6 ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลวปี พ.ศ. 2561-2566 ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	26
ตารางที่ 7 ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา ปี พ.ศ. 2561-2566 ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	27
ตารางที่ 8 ผู้ป่วยวัณโรคที่รับโอนจากสถานพยาบาลอื่น ปี พ.ศ. 2561-2566 ของอำเภอช้างกลาง	28
ตารางที่ 9 อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ปี พ.ศ. 2564-2566 ของอำเภอช้างกลาง	29
ตารางที่ 10 จำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามตำบล หมู่บ้าน และสถานพยาบาล.....	80
ตารางที่ 11 จำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	82
ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคจำแนกตามลักษณะทางประชากร (N=16).....	104
ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามลักษณะทางประชากร (N=456).....	106
ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามลักษณะทางประชากร (N=12)	109

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามสมรรถนะการดูแลตนเอง (N=16).....	111
ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระดับสมรรถนะในการดูแลตนเอง (N=16).....	113
ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (N=456).....	113
ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (N=456).....	115
ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (N=12).....	115
ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (N=12).....	117
ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน (N=16).....	117
ตารางที่ 22 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระดับสมรรถนะในการดูแลตนเอง (N=16).....	118
ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการเชื้อวัณโรคในชุมชน (N=456).....	119
ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการเชื้อวัณโรคในชุมชน (N=456).....	120
ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการเชื้อวัณโรคในชุมชน (N=12).....	120
ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการเชื้อวัณโรคในชุมชน (N=12).....	121
ตารางที่ 27 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน (N=16).....	122

ตารางที่ 28 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน (N=16).....	123
ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน (N=456).....	123
ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน (N=456).....	125
ตารางที่ 31 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน (N=12)	125
ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน (N=12).....	126
ตารางที่ 33 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N=16).....	127
ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N=16)	128
ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N=456).....	129
ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N=456).....	130
ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N=12).....	131
ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N=12).....	132
ตารางที่ 39 ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	133
ตารางที่ 40 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประเมินคุณภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	160

ตารางที่ 41 ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช..... 161

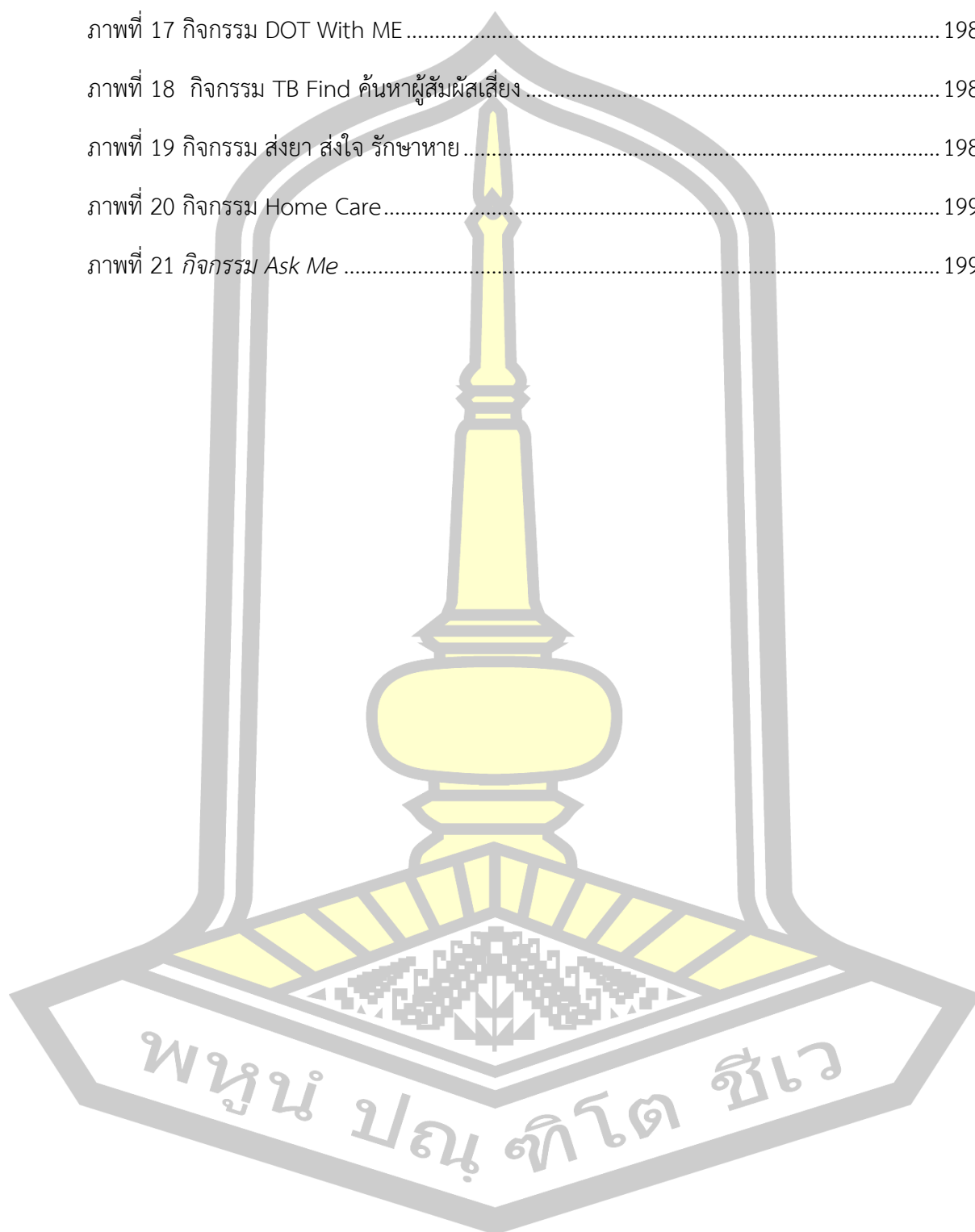
ตารางที่ 42 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค..... 163



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 โมเดลภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg Model).....	40
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	78
ภาพที่ 3 แผนที่แสดงที่ตั้งของหน่วยบริการสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง	135
ภาพที่ 4 แผนผังการดูแลผู้ป่วยวัณโรค คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์	138
ภาพที่ 5 กิจกรรมการประชุมการศึกษาบริบทพื้นที่ ปัญหาการดำเนินงานด้านวัณโรค ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค	143
ภาพที่ 6 กิจกรรมการประชุมประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์วัณโรค มาตรฐานการดำเนินงานวัณโรค ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค.....	143
ภาพที่ 7 กิจกรรมการประชุมวางแผน กำหนดขอบเขตการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ผู้ใหญ่บ้าน และอสม.....	145
ภาพที่ 8 กิจกรรมประชุมถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	147
ภาพที่ 9 อัตราป่วยวัณโรค อำเภอช้างกลาง พ.ศ. 2561-2566.....	151
ภาพที่ 10 แนวทางการจัดการกรณีผู้ป่วยวัณโรคขาดยา อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	156
ภาพที่ 11 แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	157
ภาพที่ 12 องค์ประกอบที่จะใช้ในการดำเนินงานด้านวัณโรค อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	158
ภาพที่ 13 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	170
ภาพที่ 14 กิจกรรมการประชุมการศึกษาบริบทพื้นที่ ปัญหาการดำเนินงานด้านวัณโรค ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค	196
ภาพที่ 15 กิจกรรมการประชุมประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์วัณโรค มาตรฐานการดำเนินงานวัณโรค ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค.....	196

ภาพที่ 16 หนังสือแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่ออำเภอช้างกลาง	197
ภาพที่ 17 กิจกรรม DOT With ME	198
ภาพที่ 18 กิจกรรม TB Find ค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยง	198
ภาพที่ 19 กิจกรรม ส่งยา ส่งใจ รักษาหาย	198
ภาพที่ 20 กิจกรรม Home Care	199
ภาพที่ 21 กิจกรรม Ask Me	199



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium Tuberculosis วัณโรคส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่บริเวณปอด นอกจากนี้วัณโรคยังสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกอวัยวะในร่างกาย เช่น ต่อมน้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ระบบประสาท เป็นต้น วัณโรคสามารถแพร่เชื้อได้ และติดต่อได้ง่ายผ่านทางอากาศด้วยการหายใจ การจาม การไอ หรือการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยติดต่อกันเป็นเวลานานหลายชั่วโมง และยังสามารถติดต่อได้ง่ายในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ร่างกายอ่อนแอ รวมถึงเด็กและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้

วัณโรคเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยด้วยวัณโรคประมาณ 10 ล้านคน แม้จะเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาให้หายได้ แต่ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคถึง 1.5 ล้านคน (WHO, 2023) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ในปีพ.ศ. 2558 เพื่อเป็นทิศทางการดำเนินงานวัณโรคมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์ของวัณโรคให้ น้อยกว่า 10 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2578 (กองวัณโรค, 2565) ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) ได้แก่ มีภาระวัณโรคสูง มีภาระวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูงและมีภาระวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) สูง จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปีพ.ศ. 2564 พบว่าอัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา (Treatment Coverage) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบร้อยละ 53, 57, 74, 80 และ 84 ตามลำดับ ลดลงในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 82 ต่อมาในปีพ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 103,000 ราย หรือคิดเป็น 143 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 12,000 ราย โดยพบว่าในปีพ.ศ. 2561-2564 อัตราตายของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 7.94, 8.22, 8.35 และ 8.47 ตามลำดับ และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB มีจำนวน 2,500 ราย หรือคิดเป็น 3.6 ต่อประชากรแสนคน โดยพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB ร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (WHO, 2022) โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการควบคุมวัณโรคตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคให้เป็นไปตามข้อตกลงนานาชาติของการประชุม United Nations High-Level Meeting (UNHLM) ปีพ.ศ. 2561 และเป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ปีพ.ศ. 2573 ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB Strategy) ในปีพ.ศ. 2578 (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2560) โดยกำหนดเป้าหมายของการยุติวัณโรค ภายในปีพ.ศ. 2578 คือ ลดอัตราอุบัติการณ์วัณโรคลงร้อยละ 90 ลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยวัณโรคลงร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558 และไม่มีครอบครัวใดที่ได้รับความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ (Catastrophic Costs) จากการป่วยด้วยวัณโรค

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานด้านวัณโรคแบ่งเป็น 2 ตัวชี้วัด คือ 1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และ 2) อัตราความ

ครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดยเกณฑ์เป้าหมายของทั้ง 2 ตัวชี้วัด มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 88.00 ซึ่งผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 – 2565 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85.39, 84.8 และ 80.83 ตามลำดับ และอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 68.59, 66.05 และ 66.91 ตามลำดับ จากข้อมูลจะพบว่าอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช (นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต กระบี่ พังงา ระนอง ชุมพร) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88.40, 88.05 และ 83.01 ตามลำดับ และผลการดำเนินงานวัณโรคของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85.98, 87.67 และ 81.71 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ลดลงนั้นมีหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ในปีพ.ศ. 2564 พบอัตราการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 3.58 อัตราการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 24.90 และในช่วงปี พ.ศ. 2564 – 2566 ผู้ป่วยวัณโรคต้องยาเพิ่มมากขึ้น จำนวน 13, 14 และ 26 ราย ตามลำดับ (NTIP, 2566)

อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินงานด้านวัณโรคโดยคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ โดยผลการดำเนินงานด้านวัณโรค 5 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2561 – 2565 พบว่า มีผู้ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 20, 22, 21, 23 และ 26 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอดร้อยละ 96.67 ผลของการการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยพิจารณาจากอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี พ.ศ. 2561- 2565 ร้อยละ 85.00, 86.71, 86.95, 82.61 และ 80.77 ตามลำดับ อัตราการขาดนัดรับยา ร้อยละ 5.00, 4.55, 4.76, 8.70 และ 11.54 ตามลำดับ (เกณฑ์กำหนดไม่มีการขาดนัดรับยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค) และ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ ปี พ.ศ. 2561- 2565 รวม 12 ราย

การดำเนินงานด้านวัณโรคของอำเภอช้างกลาง โดยคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ได้ดำเนินการตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 โดยโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ให้บริการตรวจและรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกวันเวลา 08.00-12.00น. โดยทีมสหวิชาชีพทางด้านการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐานแนวที่ 1 ใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีสถานที่ในการให้บริการคลินิกวัณโรค แยกส่วนจากการให้บริการของผู้ป่วยอื่นๆอย่างชัดเจน ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และรับประทานยาต้านเชื้อวัณโรค 2 สัปดาห์ก่อนเข้ารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรคอีกครั้ง และผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Program: NTIP) เพื่อบันทึกรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค รายงานการรักษาและรับการชดเชยยาต้านวัณโรคจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์และบันทึกข้อมูลโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตามที่อยู่ของผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งหมด 7 แห่ง หลังจากได้รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วย

วัณโรคเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ บางรายอาจมีการติดตามร่วมกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการติดตามดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน และมีการดำเนินการค้นหาผู้ป่วยที่มีการสงสัยวัณโรคในผู้สัมผัสที่บ้านและกลุ่มเสี่ยงในชุมชนติดตามผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดรับยา ซึ่งการขาดนัดรับยาเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหา วัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยในอนาคตและใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้นเนื่องจากการขยายสูตรยา จากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยาของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลพ่อนาคล้ายวาชาสิตี ปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษา รวมจำนวน 8 ราย ซึ่งเป็นวัยทำงานช่วงอายุ 25-64 ปี สาเหตุการขาดยาของผู้ป่วยเนื่องจากหลังรับประทานยาได้ 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงไม่มารับยาต่อเนื่อง รวมถึงความกังวลในการยอมรับการป่วยวัณโรคของสังคมรอบข้าง ที่มีการกีดกันไม่ยอมรับ การตีตราผู้ป่วยวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยไม่มารับยาต่อเนื่อง จากข้อมูลการติดตามผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษาพบว่า ปัจจัยสำคัญของการขาดการรักษาในผู้ป่วยวัณโรค คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน และขั้นตอนการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วยวัณโรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งการได้รับข้อมูลและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ ส่งผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง การรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนไม่ถูกต้อง นำไปสู่การปฏิบัติที่บ้านที่ไม่เหมาะสม การติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการส่งเสริมให้การรักษาวัณโรคของผู้ป่วยหายขาดได้ โดยเฉพาะในช่วงเวลาการรักษาระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านวัณโรคต่อเนื่องทุกวัน การติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะแรกของการรักษาจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีวินัยในการรับประทานยา มีความตระหนักในการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคให้กับคนใกล้ชิดในบ้านและในชุมชนได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอด นอกจากนี้ยังพบว่าการตีตราและเลือกปฏิบัติ เป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้การแก้ไขปัญหาวัณโรคในภาพรวมไม่ประสบความสำเร็จ (โรงพยาบาลพ่อนาคล้ายวาชาสิตี, 2566)

จากปัญหาผู้ป่วยวัณโรคขาดการรับประทานยา ส่งผลต่อการขาดการรักษา ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) ในอนาคตได้ ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชโดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชให้มีประสิทธิภาพ ลดอัตราผู้ป่วยป่วยหายจากโรค และไม่กลับมาเป็นซ้ำ ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกทาการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การร่วมวางแผน (Planning) 2) การร่วมปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การร่วมสังเกตผล (Observation) และ 4) การร่วมสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งผู้วิจัย ได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้ ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับหลักการ แนวคิด การดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการศึกษาสถานการณ์ บริบท ผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชน การถอดบทเรียนจากปัญหาอุปสรรค และปัจจัยของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 16 คน

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 456 คน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 16 คน ผู้ใหญ่บ้าน 36 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 36 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำนวน 12 คน และภาคประชาชน 368 คน

กลุ่มที่ 3 คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำนวน 12 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านจันดี โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพบ้านไสยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านมะนาวหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านควนसान โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหน้าเหม็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหลักช้าง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน

1.4.5 ขอบเขตด้านระยะเวลาที่ศึกษา

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 รูปแบบ หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.5.2 ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ปี พ.ศ. 2566 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ที่เข้ารับรักษาวัณโรคด้วย การรับประทานยา แบบการสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment: DOT)

1.5.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลกำกับการรับประทานยาวัณโรค ติดตามการรับยาตามนัด และมีส่วนในการดูแลด้านโภชนาการ หรือสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ปี พ.ศ. 2566 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ที่เข้ารับรักษาวัณโรคด้วยการรับประทานยาแบบการสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment: DOT)

1.5.4 การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน หมายถึง การให้บริการดูแล ติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่บ้านในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตของผู้ป่วย ให้บริการดูแลรักษาแบบองค์รวม โดยเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Center Care: PCC) ได้แก่

1) การดูแลการรับประทานยาโดยการสังเกตตรง (DOT: Directly Observe Treatment) หมายถึง การให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Good Compliance) และการจัดระบบพี่เลี้ยง (ผู้ดูแล) ดูแลการรับประทานยา (DOT Observer) ตลอดระยะเวลาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย ที่มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยวัณโรค

2) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา หมายถึง กิจกรรมในการติดตาม และเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค ที่อาจมีอาการไม่พึงประสงค์ในระหว่างการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยวัณโรค หากไม่ได้รับการดูแลทันทีอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการรับประทานยาและหยุดการรักษาเอง จึงควรให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการทุกขุทรมานเพื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือรักษาในที่สุด

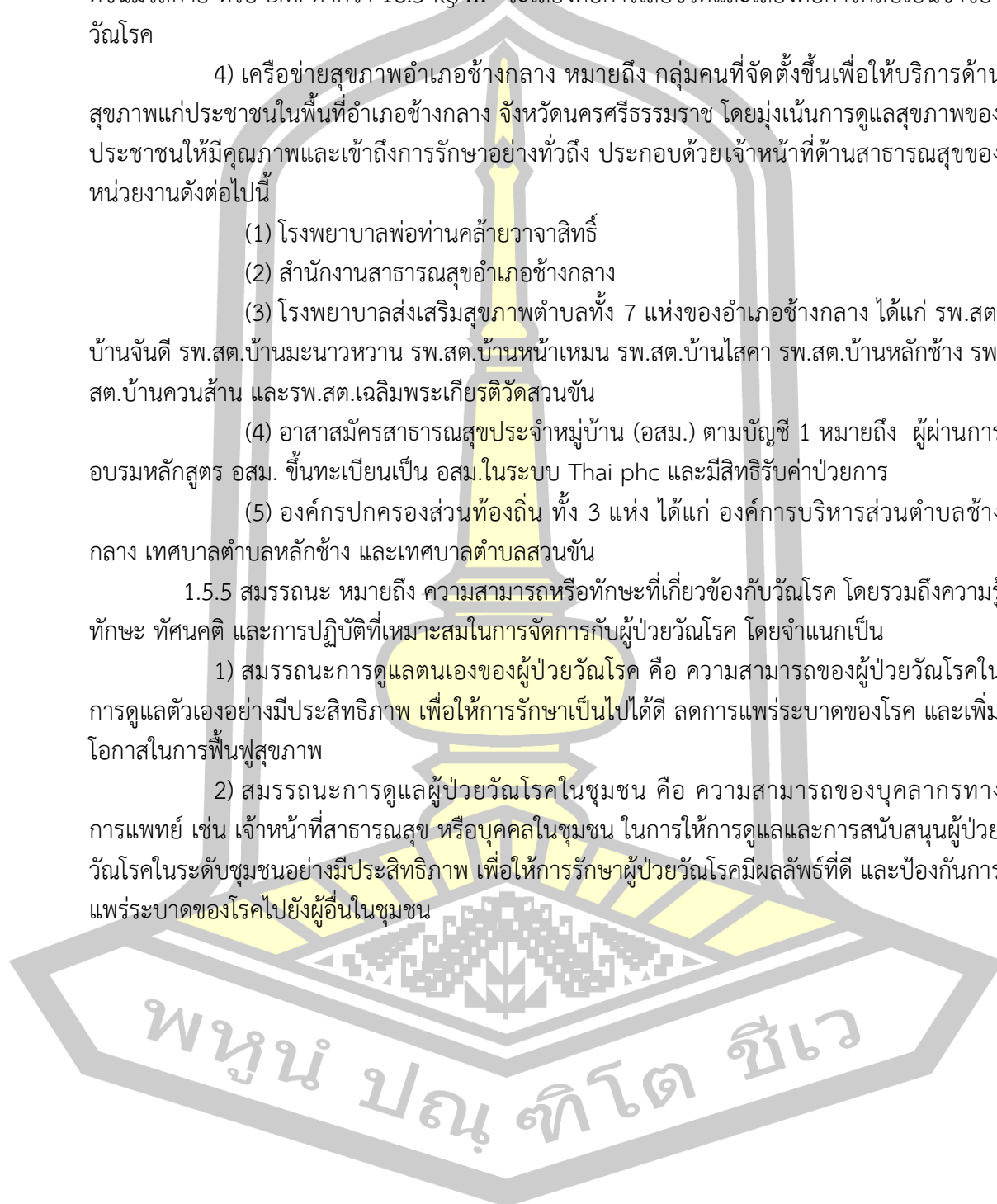
3) การดูแลด้านโภชนาการ (Nutritional Care) หมายถึง กิจกรรมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยวัณโรค ที่อาจมีภาวะน้ำหนักตัวลดลง เนื่องจากเบื่ออาหารคลื่นไส้อาเจียน และหากมีดัชนีมวลกาย หรือ BMI ต่ำกว่า 18.5 kg/m^2 จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของวัณโรค

4) เครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง หมายถึง กลุ่มคนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพและเข้าถึงการรักษาอย่างทั่วถึง ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขของหน่วยงานดังต่อไปนี้

- (1) โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์
- (2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง
- (3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 7 แห่งของอำเภอช้างกลาง ได้แก่ รพ.สต.บ้านจันดี รพ.สต.บ้านมะนาวหวาน รพ.สต.บ้านหน้าเหมน รพ.สต.บ้านไสคา รพ.สต.บ้านหลักช้าง รพ.สต.บ้านควนसान และรพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน
- (4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามบัญชี 1 หมายถึง ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. ขึ้นทะเบียนเป็น อสม.ในระบบ Thai phc และมีสิทธิรับค่าป่วยการ
- (5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลช้างกลาง เทศบาลตำบลหลักช้าง และเทศบาลตำบลสวนขัน

1.5.5 สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถหรือทักษะที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค โดยรวมถึงความรู้ ทักษะ ทศนคติ และการปฏิบัติที่เหมาะสมในการจัดการกับผู้ป่วยวัณโรค โดยจำแนกเป็น

- 1) สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค คือ ความสามารถของผู้ป่วยวัณโรคในการดูแลตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การรักษาเป็นไปได้ดี ลดการแพร่ระบาดของโรค และเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูสุขภาพ
- 2) สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน คือ ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลในชุมชน ในการให้การดูแลและการสนับสนุนผู้ป่วยวัณโรคในระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคมีผลลัพธ์ที่ดี และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไปยังผู้อื่นในชุมชน



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา และแนวทางในการดำเนินการศึกษา ดังนี้

- 2.1 ความรู้เรื่องวัณโรค
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เรื่องวัณโรค

“วัณโรค” เป็นหนึ่งในโรคระบาดที่ทำให้ผู้ป่วย ล้มตายเป็นจำนวนมากในทุกประเทศของโลก รวมถึงประเทศไทยที่เกิดการระบาดอย่างหนักทั้งในเมืองและชนบท ในสมัยก่อนความเข้าใจของชาวบ้านส่วนใหญ่เชื่อกันว่าเป็นโรคผีในท้อง และหนึ่งในอาการของโรคที่เห็นได้ชัดคือ ผิพพรรณที่ซีดเหลืองเหี่ยวแห้งเพราะผอมลงอย่างรวดเร็ว จึงเป็นที่มาของชื่อเรียก “วรณโรค” (วรณ หมายถึง ผิพพรรณ) และเปลี่ยนการเขียนเป็น “วัณโรค” ที่ใช้ถึงปัจจุบัน ในเวลานั้น ความก้าวหน้าทางการแพทย์ยังมีไม่มากนัก สร้างความหวาดกลัวให้ผู้คนและตัดกำลังใจผู้ป่วยอย่างมาก เพราะเชื่อว่าเมื่อใครเป็นโรคนี้นี้ไม่มีทางรักษาหาย เป็นที่รังเกียจแก่บุคคลทั่วไปลุกลามไปถึงคนในครอบครัวสร้างความทุกข์แก่ผู้คนทุกหย่อมหญ้า (กองวัณโรค, 2561)

2.1.1 ประวัติความเป็นมาของวัณโรค

เมื่อย้อนกลับไปศึกษาประวัติความเป็นมาของวัณโรคทั่วโลกพบว่า วัณโรคในมนุษย์สามารถสืบย้อนไปถึง 9,000 ปีก่อน ใน Atlit Yam เมืองใต้ทะเลเมดิเตอร์เรเนียน นอกชายฝั่งอิสราเอล นักโบราณคดีพบเชื้อวัณโรคในซากแม่และลูกที่ถูกฝังไว้ด้วยกัน และมีการกล่าวถึงวัณโรคในอินเดียและจีน ต่อมาในช่วงปีคริสต์ทศวรรษ 1600-1800 วัณโรคเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตในยุโรป ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ในสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1889 ดร. เฮอร์มันน์ บีกส์ ได้แนะนำวอร์มอนามัยและสุขอนามัยของนครนิวยอร์ก ว่าด้วยแพทย์ควรรายงานผู้ป่วยวัณโรคต่อกรมอนามัย ซึ่งนำไปสู่การเผยแพร่รายงานเกี่ยวกับวัณโรคเป็นครั้งแรกในนครนิวยอร์ก ในปี พ.ศ. 2436 และต่อมาในปี พ.ศ. 2496 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ได้เผยแพร่ข้อมูลวัณโรคทั่วประเทศครั้งแรก รายงานผู้ป่วยวัณโรค 84,304 ราย ในสหรัฐอเมริกา (CDC, 2023) และหากจะกล่าวถึงเชื้อวัณโรค มนุษย์รู้จักวัณโรคมาตั้งแต่สมัยโบราณ เชื่อกันว่าอยู่ในสกุล

Mycobacterium มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมเมื่อประมาณ 150 ล้านปีก่อน และ เชื้อ *M. Tuberculosis* เริ่มแรกมีถิ่นกำเนิดในแอฟริกาตะวันออก เมื่อประมาณ 3 ล้านปีก่อน ต่อมาเมื่อมีหลักฐานที่เพิ่มขึ้นจึงสามารถบ่งชี้ว่าสายพันธุ์ปัจจุบันของ *M. Tuberculosis* มีต้นกำเนิดมาจากบรรพบุรุษร่วมกัน และจากการศึกษาเกี่ยวกับมัมมี่ของอียิปต์ (2400 – 3400 ปีก่อนคริสตกาล) เผยให้เห็นถึงความผิดปกติของโครงกระดูกที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค เช่น ลักษณะพิกลพิการของ Pott (วัณโรคกระดูกสันหลัง) อย่างไรก็ตามไม่พบหลักฐานเกี่ยวกับวัณโรคในกระดูกขาปัสของอียิปต์ แต่คำอธิบายของวัณโรคเริ่มพบในอินเดียเมื่อราว 3,300 ปีก่อน และจีน เมื่อ 2,300 ปีก่อน และมีการกล่าวถึงวัณโรคในหนังสือพระคัมภีร์โดยใช้คำภาษาฮีบรูว่า Schachepheth เพื่ออธิบายถึง วัณโรค นอกจากนี้ยังมีการค้นพบข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคในหลายพื้นที่ดังนี้

1) ในรัฐแอนเดียน หลักฐานก่อนยุคโคลัมเบียที่เกี่ยวกับวัณโรคถูกพบในมัมมี่ ซึ่งบ่งชี้ถึงการมีอยู่ของโรคก่อนการล่าอาณานิคมของยุโรปในอเมริกาใต้ วัณโรคได้รับการบันทึกไว้อย่างดีในสมัยกรีกโบราณในหนังสือเล่มที่ 1 ของการระบาดของโรคฮิโปเครติส ได้อธิบายถึงอาการของ Phthisis ซึ่งคล้ายกับลักษณะทั่วไปของรอยโรคในปอด (Ananya, 2009)

2) Clarissimus Galen แพทย์ชาวกรีก ซึ่งกลายมาเป็นแพทย์ของจักรพรรดิแห่งโรมัน Marcus Aurelius ในปี ค.ศ. 174 ได้อธิบายอาการของวัณโรคว่า มีไข้ เหงื่อออก ไอ และมีเสมหะเป็นเลือด นอกจากนี้เขายังแนะนำว่าการรักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพควรรวมถึงอากาศบริสุทธิ์ นม และเครื่องดื่มจากถั่วเหลือง (Barberis, 2017)

3) ในสมัยโรมัน Celso, Aretaeus of Cappadocia และ Caelius Aurelianus กล่าวถึง วัณโรค ว่าวัณโรคยังไม่เป็นที่รู้จักในเวลานั้น แต่หลังจากการล่มสลายของจักรวรรดิโรมันในศตวรรษที่ 5 หลักฐานทางโบราณคดีจำนวนมากเกี่ยวกับวัณโรคถูกพบทั่วยุโรป ซึ่งบ่งชี้ว่าโรคนี้แพร่หลายในยุโรปในช่วงเวลานั้น (Barberis, 2017)

4) ในยุคกลาง วัณโรคถูกจัดในรูปแบบใหม่ทางคลินิกเรียกว่า Scrofula ซึ่งเป็นโรคของต่อมไทรอยด์ ในอังกฤษและฝรั่งเศส โรคนี้มีความเชื่อที่แพร่หลายว่าสามารถรักษาได้ด้วย การสัมผัสของราชวงศ์ มีการจัดตั้งขึ้น โดยกษัตริย์อังกฤษและฝรั่งเศส ดำเนินต่อไปเป็นเวลาหลายปี คริสตจักรเป็นมหาอำนาจของศตวรรษที่ 17 ที่ใช้วิธีนี้ในการรักษา (Moulis & Martin-Blondel, 2012)

5) ในปี พ.ศ. 2397 แฮร์มันน์ เบร์ทเมออร์ ได้แนะนำการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคในวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกของตน โดยแฮร์มันน์ เบร์ทเมออร์ กล่าวว่า การพักเป็นระยะเวลานานในเทือกเขาหิมาลัยจะช่วยรักษาวัณโรคได้

6) Jean-Antoine Villemin ศัลยแพทย์ทหารชาวฝรั่งเศสได้ทำการทดลองพิสูจน์ลักษณะการติดเชื้อของวัณโรคในปี พ.ศ. 2408 เขาฉีดวัคซีนกระต่ายด้วยของเหลวที่นำมาจากร่างกายของผู้ที่เสียชีวิตด้วยวัณโรค

7) Robert Koch แพทย์และนักจุลชีววิทยาชาวเยอรมัน ประสบความสำเร็จในการระบุ แยก และเพาะเชื้อ Tubercle Bacillus ในซีรัมของสัตว์ หลังจากนั้นได้สร้างแบบจำลองสัตว์ของวัณโรคโดยการฉีดวัคซีนบาซิลลัส ต่อมาในปี พ.ศ. 2425 ผลงานที่ก้าวล้ำของ Robert Koch ได้รับการตีพิมพ์ในสมาคมสรีรวิทยาในกรุงเบอร์ลิน (Ananya, 2009)

จะเห็นได้ว่าวัณโรคเป็นโรคระบาดร้ายแรง มีหลักฐานการติดเชื้อวัณโรคมานานตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์ สาเหตุของโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อว่า *Mycobacterium Tuberculosis* มีการคาดการณ์ว่าเชื้อ *Mycobacterium spp.* เกิดขึ้นมานานกว่า 150 ล้านปีมาแล้ว โดยมีการตรวจพบเชื้อจากฟอสซิลในยุคโบราณและกระดูกสันหลังของมัมมี่ในประเทศอียิปต์ มีอายุกว่า 5,000 ปี ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและพยาธิสภาพของวัณโรคเริ่มปรากฏในศตวรรษที่ 17 โดยพบหลักฐานอ้างอิงเกี่ยวกับการติดเชื้อของวัณโรคมาจากการรณรงค์ของแพทย์ชาวอิตาลี ซึ่งผู้ป่วยจะมีไข้ เหงื่อออก ไอ และเสมหะปนเลือด สมัยนั้นไม่มียาจึงมีการก่อตั้งสถานพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง (Sanatorium) เพื่อทำการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งมีอากาศถ่ายเทสะดวก ปรับปรุงทางด้านสังคมความเป็นอยู่และการสุขาภิบาล รวมทั้งดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการที่เพียงพอ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2408 Jean-Antoine Villemin ศัลยแพทย์ทางทหารของฝรั่งเศส พบว่าวัณโรคสามารถติดต่อไปสู่สัตว์จำพวกโค กระบือ และไปสู่กระต่ายได้ จึงตั้งสมมติฐานว่าวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่สามารถติดต่อได้ และในปี พ.ศ. 2425 Robert Koch นักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมัน ได้ค้นพบเชื้อ *Mycobacterium Tuberculosis* โดยใช้กล้องจุลทรรศน์ นับว่าเป็นการค้นพบที่ยิ่งใหญ่ และได้มีการนำเสนอผลงานที่สมาคมสรีรวิทยาเบอร์ลิน เมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2425 ซึ่งทำให้ Robert Koch ได้รับรางวัลโนเบลสาขาสรีรวิทยาหรือสรีรวิทยา ในปี พ.ศ. 2448 และต่อมาในปี พ.ศ. 2525 ซึ่งครบรอบ 100 ปี การค้นพบเชื้อวัณโรค มีการกำหนดให้วันที่ 24 มีนาคม ของทุกปี เป็นวันวัณโรคสากล (World TB Day) และเมื่อความก้าวหน้าด้านวิทยาการทางการแพทย์ได้เริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ. 2438 Wilhelm Konrad Von Rontgen นักฟิสิกส์ชาวเยอรมันได้ค้นพบสิ่งสำคัญมากของโลก คือ รังสีเอกซ์ (X-ray) ที่ใช้ในการถ่ายภาพ X-ray ทำให้ทราบถึงความรุนแรงของโรค ในเวลาต่อมามีนักแบคทีเรียวิทยาชาวฝรั่งเศสชื่อว่า Albert Calmette และ Camille Guérin ได้ร่วมกันพัฒนาวัคซีนป้องกันวัณโรค โดยในปี พ.ศ. 2464 ได้มีการพัฒนาวัคซีนจากเชื้อแบคทีเรียที่อ่อนฤทธิ์ แต่ยังสามารถกระตุ้นให้ร่างกายเกิดภูมิคุ้มกันได้ โดยใช้ชื่อว่า Bacille Calmette Guérin (BCG) จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2467 ได้เริ่มนำวัคซีนป้องกันวัณโรคมาฉีดให้แก่ทารกแรกเกิดจนถึงปัจจุบันนี้ (กองวัณโรค, 2561)

สรุป มนุษย์รู้จักวัณโรคมาตั้งแต่สมัยโบราณ ซึ่งได้รับการอธิบายอาการของวัณโรคว่ามีไข้ เหงื่อออก ไอ และมีเสมหะปนเลือด และวัณโรคสามารถเกิดขึ้นในสัตว์จำพวก โค กระบือ ได้ ต่อมาความก้าวหน้าด้านวิทยาการทางการแพทย์ทำให้ค้นพบเชื้อ *Mycobacterium Tuberculosis* ที่เป็นสาเหตุของวัณโรคนำไปสู่การคิดค้นวัคซีนป้องกันวัณโรคต่อมา

2.1.2 ระบาดวิทยาและการเกิดวัณโรค

องค์การอนามัยโลก (2021) กล่าวถึง วัณโรคว่าเป็นโรคที่เกิดจากแบคทีเรีย (*Mycobacterium Tuberculosis*) และมักส่งผลกระทบต่อ โดยเชื้อวัณโรคสามารถแพร่กระจายทางอากาศเมื่อผู้ป่วยวัณโรค ไอ จาม หรือถ่มน้ำลาย เมื่อสูดดมเชื้อโรคเพียงเล็กน้อยสามารถติดเชื้อได้ ซึ่งสอดคล้องกับศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความหมายว่า วัณโรค (Tuberculosis: TB) หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียชื่อ ไมโคแบคทีเรียทูเบอร์คูโลซิส (*Mycobacterium Tuberculosis*) แพร่กระจายจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่งโดยการหายใจ ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด และอาจเกิดกับอวัยวะอื่นของร่างกาย เช่น สมอง ไต หรือกระดูก ไขสันหลัง เมื่อผู้

ที่ติดเชื้อวัณโรค พุด ไอ หรือ จาม ฝอยละอองเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคก็จะแพร่กระจายสู่อากาศ ทำให้ผู้ที่หายใจเอาอากาศที่มีฝอยละอองเสมหะของเชื้อวัณโรคเข้าไปเกิดการติดเชื้อวัณโรค (CDC, 2019)

สำหรับในประเทศไทย โดยกรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค (2561) กล่าวถึงวัณโรค ว่าเป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium Tuberculosis Complex (MTBC) มีเชื้อชนิดอื่นที่พบบ่อย เช่น Mycobacterium Africanum พบได้ในแถบแอฟริกา Mycobacterium Bovis มักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ นอกเหนือจากเชื้อ Mycobacterium ดังกล่าวข้างต้นแล้วอาจพบ Mycobacterium ชนิดอื่นๆซึ่งเดิมเรียกว่า Atypical Mycobacterium หรือ Mycobacterium Other Than Tuberculosis (MOTT) ในปัจจุบัน เรียกว่า Non-Tuberculous Mycobacteria (NTM) มีมากกว่า 50 สายพันธุ์ ส่วนใหญ่ไม่ทำให้เกิดวัณโรค พบในสิ่งแวดล้อมทั้งในดินและน้ำหรือพบในสัตว์ เช่น นก วัว ควาย หรือพบในช่องคอของคน มักไม่ทำให้เกิดโรคและยังไม่มีรายงานว่าติดต่อโดยตรงจากคนไปสู่คน อย่างไรก็ตามปัจจุบัน เริ่มมีความสำคัญเนื่องจากอาจทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น Mycobacterium Avium Complex (MAC) ที่พบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมักจะมีปัญหาในเรื่องการรักษาด้วยยาวัณโรคต่างๆ สามารถจำแนกเชื้อ Mycobacterium แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1) Mycobacterium Tuberculosis Complex (MTBC) เป็นสาเหตุของวัณโรคในคนและสัตว์ มีจำนวน 8 สายพันธุ์ ที่พบบ่อยที่สุดคือ Mycobacterium Tuberculosis มีสายพันธุ์อื่นที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ เช่น Mycobacterium Africanum พบได้ในแถบแอฟริกา Mycobacterium Bovis มักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ และเป็นสายพันธุ์ที่นำมาผลิตเป็นวัคซีนบีซีจี

2) Non-Tuberculous Mycobacteria (NTM) มีจำนวนมากกว่า 140 สายพันธุ์ เช่น Mycobacterium Avium Complex (MAC) พบในสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ หรือพบในสัตว์ เช่น นก ส่วนใหญ่ไม่ก่อโรคในคน ยกเว้นในผู้ที่ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ

3) Mycobacterium Lepae เป็นสาเหตุของโรคเรื้อน Mycobacterium มีลักษณะเป็นรูปแท่ง หนาประมาณ 0.3 ไมโครเมตร ยาวประมาณ 2 - 5 ไมโครเมตร เมื่อย้อมด้วยวิธี Ziehl-Neelsen จะติดสีแดง เชื้อวัณโรคไม่มีแคปซูล ไม่สร้างสปอร์ ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้อาศัยออกซิเจนใน การเจริญเติบโต เชื้อวัณโรคที่อยู่ในละอองฝอยเมื่อผู้ป่วยไอ หรือ จามออกมา สามารถลอยลอยอยู่ในอากาศได้นานถึง 30 นาที เชื้อวัณโรคถูกทำลายด้วยหลายปัจจัยได้แก่ สารเคมีบางชนิด ความร้อน แสงแดด และแสงอัลตราไวโอเล็ต โดยแสงแดดสามารถทำลายเชื้อวัณโรคในเสมหะได้ใช้เวลา 20 - 30 ชั่วโมง เชื้อวัณโรคในเสมหะแห้งที่ไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตรอดได้นานถึง 6 เดือน และสามารถทำลายเชื้อวัณโรคด้วยความร้อนได้ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที (กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค, 2561)

สรุป สาเหตุของการเกิดวัณโรค มาจากการติดเชื้อในกลุ่ม Mycobacterium Tuberculosis Complex (MTBC) ซึ่งมีขนาดเล็กมาก โดยเชื้อวัณโรคที่อยู่ในละอองฝอย เมื่อผู้ป่วยไอ หรือ จาม ออกมา สามารถลอยลอยอยู่ในอากาศได้นานถึง 30 นาที และเชื้อวัณโรคในเสมหะแห้งที่ไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตรอดได้นานถึง 6 เดือน เมื่อเกิดการสัมผัสเชื้อหรือ สูดดมเชื้อวัณโรคเพียงเล็กน้อยจึงจะสามารถติดเชื้อได้

อาการของวัณโรค

อาการแสดงของโรควัณโรค ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่แบคทีเรียวัณโรคเติบโต แบคทีเรียก่อวัณโรคมักเติบโตในปอด (Pulmonary TB) วัณโรคในปอดอาจทำให้เกิดอาการ เช่น อาการไอที่เกินเวลานาน 3 สัปดาห์หรือนานกว่านั้น เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือดหรือเสมหะ (เสมหะจากส่วนลึกของปอด) อาการอื่นๆ ของโรควัณโรคคือ ความอ่อนแอหรือความเมื่อยล้า ลดน้ำหนัก ไม่มีความอยากอาหาร หนาวสั่น ไข้ เหงื่อออกตอนกลางคืน อาการของโรควัณโรคในส่วนอื่นๆ ของร่างกายขึ้นอยู่กับบริเวณที่ได้รับผลกระทบ ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคแฝงไม่รู้สึกรำคาญ ไม่มีอาการใดๆ และ ไม่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่นได้ (CDC, 2023)

องค์การอนามัยโลก ระบุว่า ในกรณีที่สงสัยว่าเป็นวัณโรค ผู้ป่วยจะต้องส่งตัวอย่างเสมหะเพื่อตรวจหาแบคทีเรีย TB องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ตรวจวินิจฉัยระดับโมเลกุล เป็นการตรวจเบื้องต้นสำหรับผู้แสดงอาการและอาการแสดงของวัณโรค อาจรวมถึงการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์และการเอกซเรย์ทรวงอกด้วยการติดเชื้อวัณโรค ซึ่งบุคคลสามารถติดเชื้อ แต่ไม่แสดงอาการเมื่อร่างกายอ่อนแอ การติดเชื้อนี้สามารถพัฒนาเป็นวัณโรคได้หากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง (WHO, 2021)

เชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายจะเกิดพยาธิสภาพตามลักษณะทางคลินิกแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ วัณโรคปฐมภูมิ (Primary Pulmonary Tuberculosis) ซึ่งเป็นการติดเชื้อวัณโรคที่เกิดขึ้นในผู้ที่ไม่เคยได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายมาก่อนหรือได้รับการติดเชื้อแต่ได้หายขาดแล้ว และวัณโรคหลังปฐมภูมิ (Post Primary Pulmonary Tuberculosis) ซึ่งเป็นวัณโรคที่เกิดขึ้นภายหลังที่วัณโรคปฐมภูมิเกิดขึ้นสมบูรณ์แล้ว (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2542; วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย, 2552) ผู้ติดเชื้อวัณโรคโดยทั่วไปมักจะมีอาการและอาการแสดงของโรคดำเนินไปอย่างช้าๆ ในระยะเริ่มแรกมักมีอาการไม่ชัดเจน โดยเริ่มจากเป็นไข้ ตัวร้อน คล้ายเป็นหวัด ไอเรื้อรังมีเสมหะเป็นๆ หายๆ ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จนกระทั่งอยู่ในระยะที่เป็นมากผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา ดังนั้นอาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อวัณโรคสามารถ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) อาการทั่วไป ได้แก่ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ชูบพอม มีเหงื่อออกตอนกลางคืน และมีไข้ตอนบ่ายๆ (ปรางิ์ ทัพพะระะ, 2554; Barker, 2008; Clark & Cameron, 2009)

2) อาการทางปอด ได้แก่ ไอ และมักไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ไอมีเลือดปน มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก (ยิ่งศักดิ์ ศุภนิตยานนท์, 2550; Sarah, Cassio, & Richard, 2008) อาการที่สำคัญที่ควรสงสัยว่าป่วยเป็นวัณโรค คือ ไอเรื้อรังติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ หรือไอมีเลือดออก อาจมีอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ไข้ตอนบ่าย น้ำหนักลด เหงื่อออกตอนกลางคืน อ่อนเพลีย มักเพลียตอนเช้ามกกว่าตอนบ่าย และเบื่ออาหาร (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

สรุป อาการของวัณโรค คือมีอาการไอที่มีระยะเวลานาน 2 สัปดาห์หรือนานกว่านั้น เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือดหรือเสมหะ ลดน้ำหนัก ไม่มีความอยากอาหาร หนาวสั่น ไข้ เหงื่อออกตอนกลางคืน อาการของโรควัณโรคในส่วนอื่นๆ ของร่างกายขึ้นอยู่กับบริเวณที่ได้รับผลกระทบ ผู้ติดเชื้อ

วัณโรคทั่วไปมักจะมีอาการและอาการแสดงของโรคที่เป็นไปอย่างช้าๆ โดยในระยะเริ่มแรกมักมีอาการไม่ชัดเจน ซึ่งจะเริ่มจากเป็นไข้ ตัวร้อน คล้ายเป็นหวัด ไอเรื้อรังมีเสมหะเป็นๆ หายๆ ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จนกระทั่งอยู่ในระยะที่เป็นมาก ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา

การแพร่กระจายและการติดเชื้อของวัณโรค

เชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง ได้แก่ ทางการหายใจ ทางเดินอาหาร แต่ทางการหายใจเป็นทางที่เชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายที่สำคัญที่สุด (ชัยเวช นุชประยูร, 2546) วัณโรคปอดติดต่อโดยการหายใจสูดเอาฝอยละอองเสมหะที่ผู้ป่วยปล่อยออกมาแขวนลอยอยู่ในอากาศขณะไอ จาม พุด หัวเราะ หรือร้องเพลง ฝอยละอองเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคก็จะแพร่กระจายสู่อากาศ ทำให้ผู้ที่หายใจเอาอากาศที่มีฝอยละอองเสมหะของเชื้อวัณโรคเข้าไปเกิดการติดเชื้อวัณโรค (CDC, 2009)

ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค อาจแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วยวัณโรค เช่น การป่วยเป็นวัณโรคปอด หลอดลม หรือกล่องเสียงในระยะที่มีเชื้อในเสมหะ ผู้ป่วยที่มีแผลในปอดจะมีเชื้อจำนวนมาก เมื่อมีอาการไอ จาม หรืออาการอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการหายใจแรงๆ
- 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่แออัดและคับแคบ แสงแดดส่องไม่ถึง การถ่ายเทอากาศไม่ดี
- 3) ปัจจัยด้านระบบบริการ เช่น การวินิจฉัยและรักษาล่าช้า การให้ยารักษาไม่ถูกต้อง การรักษาไม่ครบ การทำหัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอย เช่น การกระตุ้นให้เกิดการไอ เป็นต้น

การติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค (TB Infection and TB Disease)

การติดเชื้อวัณโรค (TB Infection) เกิดขึ้นเมื่อสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปถึงถุงลมในปอด เชื้อมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานโดย Macrophage ล้อมเชื้อไว้กรณี Macrophage ไม่สามารถควบคุมเชื้อได้อย่างสมบูรณ์ทำให้มีรอยโรคในเนื้อปอดเรียกว่า Primary Focus หรือ Ghon's Focus มักพบบริเวณตรงกลาง (Mid-Zone) ซึ่งเป็นส่วนล่างของปอดกลีบบนหรือส่วนบนของปอดกลีบล่าง ส่วนมากมักจะเป็นแห่งเดียว แต่อาจพบหลายแห่งได้ถ้าเชื้อวัณโรคแบ่งตัวในเนื้อปอดมากขึ้นอาจลุกลามไปตามหลอดน้ำเหลือง (Lymphatic Vessels) ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด (Hilar Lymph Node) ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น สำหรับ Primary Focus และต่อมน้ำเหลืองที่โตขึ้นรวม เรียกว่า Primary Complex เชื้อจะสามารถเข้าสู่ระบบน้ำเหลือง เข้ากระแสเลือดและกระจายสู่อวัยวะต่างๆ เช่น สมอง กระดูก ไต ปอด เป็นต้น (สำนักวัณโรค, 2561)

โดยส่วนใหญ่ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ประมาณร้อยละ 70 จะไม่ติดเชื้อวัณโรค มีเพียงประมาณร้อยละ 30 ที่ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง โดยทั่วไปหลังติดเชื้อวัณโรค เชื้อจะไม่ลุกลามจนทำให้ป่วยเป็นโรค แม้เชื้อบางตัวยังคงมีชีวิตแต่สงบอยู่ใน Scarred Foci ของอวัยวะต่างๆ คนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 จะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เลยตลอดชีวิต ซึ่งไม่ป่วยเป็นวัณโรค และไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ มีเพียงประมาณร้อยละ 10 ของวัณโรคระยะแฝงเท่านั้นที่จะป่วยเป็นวัณโรค โดยครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปี ที่เหลืออีกร้อยละ 5 จะป่วยเป็น

วัณโรคหลังจาก 2 ปีที่ติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคมานาน โดยธรรมชาติของวัณโรคผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 50-65 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี

ระยะของการติดเชื้อวัณโรค (Stages of TB Infection)

1) วัณโรคปฐมภูมิ (Primary Tuberculosis) คือ การป่วยเป็นวัณโรคจากการติดเชื้อครั้งแรก เนื่องจากร่างกายยังไม่มีภูมิคุ้มกันจำเพาะ ส่วนมากเป็นในเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งอาจเกิดได้ภายใน 2-8 สัปดาห์หลังการรับเชื้อ

2) วัณโรคทุติยภูมิหรือวัณโรคหลังปฐมภูมิ (Secondary or Post-Primary Tuberculosis) คือ การป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อมานานซึ่งอาจจะหลายปี เมื่อร่างกายมีภาวะอ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันไม่แข็งแรง มีการกระตุ้นให้เชื้อวัณโรคที่สงบอยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน มีการแบ่งตัวขึ้นมาใหม่ หรือรับเชื้อวัณโรคจากนอกร่างกายเข้าไปใหม่แล้วก่อให้เกิดโรค ส่วนใหญ่จะเป็นที่ปอด ซึ่งมักเกิดพยาธิสภาพในเนื้อปอดบริเวณส่วนบน แต่ก็พบที่อวัยวะอื่นๆ ได้เช่นกัน

3) การติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection : LTBI) คือ ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการป่วยเป็นวัณโรค ไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น จึงไม่จัดว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคเกิดจากร่างกายมีการติดเชื้อ *M. Tuberculosis* เข้าสู่ร่างกาย จะมีการตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกันโดย Macrophages และเซลล์เม็ดเลือดขาวอื่นๆ จะฆ่าทำลายหรือห่อหุ้มเชื้อไว้แล้วก่อตัวเป็น Granuloma สามารถตรวจพบการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงนี้ได้ด้วยวิธี Tuberculin Test (TST) หรือวิธี Interferon – Gamma Release Assay (IGRA) โดยสามารถตรวจได้หลังจากการติดเชื้อแล้ว 2 - 8 สัปดาห์ หากตรวจเอกซเรย์ทรวงอกจะให้ผลลบ และอาจต้องให้การรักษาเพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรค

4) ผู้ป่วยวัณโรค คือ ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคและภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถจัดการทำลายเชื้อได้ หรือเป็นผลหลังจากการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงมาแล้วหลายปี ผู้ป่วยวัณโรคจะมีอาการและอาการแสดงของวัณโรค เช่น ไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ เจ็บหน้าอก ไอมีเลือดหรือเสมหะปน น้ำหนักลด ไข้ เหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืนอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร เป็นต้น โดยผู้ป่วยจะสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ผ่านระบบทางเดินหายใจจากการพูด คough หรือจามของเหลวในร่างกายหรือเนื้อเยื่อในตำแหน่งที่เป็นโรคสามารถเก็บส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการได้โดยวิธี Acid Fast Bacilli Smear (AFB Smear) หรือวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ (Culture) หากผลเป็นบวกจะยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็น TB Disease (สำนักวัณโรค, 2561)

สรุปการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคเกิดขึ้นเมื่อผู้ที่มีเชื้อและอยู่ในระยะที่สามารถแพร่เชื้อได้มีการพูด ไอ จาม ในระยะใกล้ สารคัดหลั่งที่ออกมาจะมีเชื้อวัณโรคร่วมด้วยทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อ และเนื่องจากเชื้อวัณโรคมีขนาดเล็กจึงสามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (Airborne Transmission) และการติดเชื้อเกิดขึ้นเมื่อสุดท้ายเชื้อวัณโรคเข้าไปถึงถุงลมในปอด เชื้อมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นและร่างกายไม่สามารถควบคุมเชื้อได้อย่างสมบูรณ์ทำให้มีรอยโรคทำให้ป่วยเป็นวัณโรคในที่สุด

การคัดกรองวัณโรค

อาการของวัณโรคจะปรากฏออกมาช้าๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงอยู่ในชุมชนและเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขล่าช้า หรือบางรายเข้าไม่ถึงบริการ หรือเข้าสู่ระบบบริการแล้วแต่ได้รับ

การวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น ส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคในภาพรวม จากการสำรวจความชุกของวัณโรคในประเทศไทยเมื่อปี 2556 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผลเสมหะเป็นบวก ร่วมกับความผิดปกติจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก โดยไม่มีอาการหรืออาการเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์สงสัยวัณโรคสูงถึงร้อยละ 66 ดังนั้นการคัดกรองด้วยอาการเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคได้ จึงต้องเพิ่มมาตรการทั้งเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน เพื่อประสิทธิภาพที่ดีขึ้นของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยสามารถแบ่งการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1) การค้นหาแบบตั้งรับ (Patient-Initiated Pathway) เดิมใช้คำว่า Passive Case Finding เป็นการตรวจพบวัณโรคในผู้ป่วยที่มีอาการน่าสงสัยเป็นวัณโรคและมารับบริการตรวจวินิจฉัยที่สถานบริการสาธารณสุข

2) การค้นหาโดยการคัดกรอง (Screening Pathway) เป็นการค้นหาผู้ป่วยแบบเข้มข้น (Intensified Case Finding: ICF) ในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค (Key Populations For TB) โดยที่อาจจะมีการหรือไม่มีอาการก็ได้ ซึ่งกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

(1) ผู้ที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค (Clinical Risk Groups) เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้ว ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ถ้าติดเชื้อวัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่ายกว่าคนทั่วไป ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น SLE, Malignancy ผู้ป่วย COPD หรือสูบบุหรี่ ผู้ป่วย Silicosis ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ติดยาเสพติดหรือมีความผิดปกติจากการติดยา เป็นต้น

(2) ประชากรเสี่ยงต่อวัณโรค (Risk Populations) เป็นกลุ่มประชากรซึ่งอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อวัณโรคจากที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงาน หรือเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยาก เช่น ผู้สัมผัสวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หรือสัมผัสวัณโรค ด้อยอายุที่สูงอายุที่มีโรคร่วม หรือติดบ้าน ติดเตียง ผู้ต้องขังและบุคลากรในเรือนจำ บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยวัณโรค แรงงานเคลื่อนย้ายจากประเทศที่มีความชุกของวัณโรคสูงผู้ที่อาศัยในที่คับแคบแออัด และคนเร่ร่อนไร้ที่อยู่ เป็นต้น

โดยกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่น่าสนใจ ซึ่งอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค และกลุ่มประชากรเสี่ยงต่อวัณโรค ได้แก่

1) วัณโรคในเด็ก ซึ่งมีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศเพราะเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงและมีอัตราความพิการหรือเสียชีวิตสูง อุบัติการณ์ของวัณโรคในเด็กแปรผันตามอุบัติการณ์ของวัณโรคในผู้ใหญ่เพราะเด็กที่ป่วยเป็นวัณโรคน่าจะได้รับเชื้อโดยการติดต่อจากผู้ใหญ่ในบ้านที่ป่วยเป็นวัณโรค (Source Case) ที่มีการสัมผัสใกล้ชิด เด็กมักจะป่วยเป็นวัณโรคภายหลังได้รับเชื้อภายใน 1 ปี ปัจจัยที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของวัณโรคในเด็กมากขึ้นเกิดจาก ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีครอบคลุมฐานะความยากจน ด้อยโอกาส อยู่ในชุมชนแออัดขาดสารอาหาร เด็กที่ติดเชื้อวัณโรคหรืออยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของวัณโรคสูงก็มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ถึงแม้ว่าจะได้รับวัคซีนบีซีจีแล้วก็ตาม

2) วัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าคนที่มีภูมิคุ้มกันปกติประมาณ 20-30 เท่า โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงตลอดช่วงชีวิต (Life Time Risk) ต่อการป่วยเป็นวัณโรค ร้อยละ 50 แต่ผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงเพียงร้อยละ 5 – 10 โดยพบการป่วยเป็นวัณโรคได้ทุกระยะของการติดเชื้อเอชไอวีและทุกระดับ CD4 นอกจากนี้ วัณโรคยังทำให้ไวรัสเอชไอวีเพิ่มจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีดำเนินโรคเป็นโรคเอดส์เร็วขึ้น และวัณโรคเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ประมาณร้อยละ 24) เมื่อเทียบกับโรคฉวยโอกาสอื่นๆ ดังนั้นการบริหารจัดการแผนงานวัณโรคและแผนงานเอดส์ต้องบูรณาการดำเนินงานไปพร้อมๆ กันเพื่อลดปัญหาวัณโรคใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและลดปัญหาเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค

3) วัณโรคร่วมกับโรคเบาหวาน โดยเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมน และความบกพร่องของภูมิคุ้มกันอีกโรคหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยเป็นเบาหวาน 3 เท่าเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในสถานที่ที่มีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูง หรือได้รับเชื้อวัณโรคปริมาณมาก รวมทั้งผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคแฝง จึงมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคระยะลุกลาม (Active TB) ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยเป็นเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีเบาหวาน เสียชีวิตในระหว่างการรักษาวัณโรคค่อนข้างมาก และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการคัดกรองค้นหาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอ และผู้ป่วยวัณโรคก็ควรตรวจหาเบาหวานด้วยเพื่อเข้าถึงการรักษาพร้อมกันทั้ง 2 โรค เพื่อให้การควบคุมวัณโรคและเบาหวานมีประสิทธิภาพ (กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค, 2561)

แนวทางการคัดกรองวัณโรค

กองวัณโรค (2564) ได้กำหนดแนวทางการคัดกรองวัณโรคเพื่อค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคโดยแบ่งเป็นประชากรทั่วไป และกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค ดังนี้

1) ประชากรทั่วไป (ไม่มีโรคร่วมและไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงสูง) ที่มีอาการสงสัยวัณโรค หรือผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยโรคอื่นและได้รับการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถานบริการสาธารณสุข (Patient-Initiated Pathway) ให้ถ่ายภาพรังสีทรวงอก

2) ประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค (Key Populations) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) ผู้ที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค (Clinical Risk Groups) (2) ประชากรเสี่ยงต่อวัณโรค (Risk Populations) เนื่องจากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อวัณโรคจากที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงาน หรือเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยาก โดยการคัดกรองแบ่งเป็น (1) รายใหม่ (เข้ารับบริการครั้งแรก) คัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกราย (ไม่มีหรือมีอาการสงสัยวัณโรค) และ (2) รายเก่า (เข้ารับการรักษาติดตามครั้งถัดไป) คัดกรองอาการ หากมีอาการสงสัยวัณโรคให้ถ่ายภาพรังสีทรวงอก

นอกจากนี้ ประชากรที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะความเสี่ยงของการรับเชื้อและความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ง่ายกว่าประชากรทั่วไปดังนี้

1) ประชากรที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อจากการอาศัยหรือทำงานในสถานที่ที่มีความชุกของผู้ป่วยวัณโรคสูงเช่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ และทัณฑสถาน (รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้วย) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ให้บริการตรวจและรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สัมผัสที่เป็นเด็ก ผู้ที่อาศัยในชุมชนแออัด

2) ประชากรด้อยโอกาสที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยากเช่น แรงงานเคลื่อนย้ายโดยเฉพาะผู้ที่มาจากประเทศที่มีความชุกของวัณโรคสูง ผู้ป่วยเรื้อรังไร้ที่อยู่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการและด้อยสมรรถภาพทางกายหรือทางจิตใจที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ

3) ผู้ที่มีภาวะหรือมีโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องเช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเบาหวานผู้ป่วย silicosis ผู้ป่วยที่มีโรคที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ ผู้ที่มีอาการผิดปกติจากการติดเชื้อหรือติดเชื้อ

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งกลุ่มประชากรหรือผู้ป่วยที่ควรได้รับการคัดกรองด้วยช่องทาง Screening Pathway แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้สัมผัสวัณโรค (Contacts of TB Case) หมายถึง บุคคลที่สัมผัสกับผู้ป่วยที่แพร่เชื้อ (Index Case) สัมผัสวัณโรคจากการอยู่ร่วมกัน ทำงานด้วยกัน ซึ่งสามารถระบุตัวผู้ป่วยได้หรือระบุไม่ได้เช่น อยู่ในรถโดยสารสาธารณะ หรือที่สาธารณะในสังคมร่วมกันเป็นต้น ซึ่งจะต้องได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรค ได้แก่

(1) ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (Household Contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถิ่นนอนห้องเดียวกัน (Household Intimate) มีโอกาสรับและติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (Household Regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นครั้งคราว และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยก็วันก็ได้ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา

(2) ผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close Contact) หมายถึง บุคคลที่ไม่ใช่ผู้อยู่อาศัยร่วมบ้านแต่อยู่ร่วมกันในพื้นที่เฉพาะอาทิเช่น ทำงานที่เดียวกันในช่วงเวลานาน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมง หรือ 120 ชั่วโมง ใน 1 เดือน และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยก็วันก็ได้ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา

2. กลุ่มผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค (Clinical Risk Groups) เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้ว ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ถ้าติดเชื้อวัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่ายกว่าคนทั่วไป เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วยจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ประมาณร้อยละ 10 ต่อปีในขณะที่ผู้ติดเชื้อวัณโรคในประชากรทั่วไปจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 10 ตลอดช่วงชีวิตผู้ป่วยเบาหวานป่วยเป็นวัณโรคสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 3 เท่า ผู้ป่วยเป็นโรคที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน (เช่น มะเร็ง ปลูกถ่ายอวัยวะ SLE เป็นต้น) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) ผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระเพาะอาหาร/ตัดต่อลำไส้ ผู้มีภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ผู้ติดเชื้อเอดส์ หรือผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา เป็นต้น

3. ประชากรกลุ่มเสี่ยง (Risk Population) เป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเฉพาะมีโอกาสสัมผัสและรับเชื้อวัณโรคได้ง่าย หรือเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางที่เข้าถึงบริการได้ยากแม้จะไม่มีโรคประจำตัว แต่มีลักษณะเฉพาะหรือมีโอกาสรับเชื้อได้บ่อยจากการทำงาน เช่น บุคลากร

สาธารณสุข ผู้สูงอายุ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือติดเตียงติดบ้าน) ผู้อาศัยอยู่ในที่คับแคบแออัดมีการระบายอากาศไม่ดีสุขอนามัยไม่ดี เช่น เรือนจำหรือทัณฑสถาน สถานพินิจสถานสงเคราะห์ชุมชนแออัดในเขตเมือง ค่ายอพยพ ค่ายทหาร แรงงานต่างชาติดังกล่าวมาจากประเทศที่มีความชุกของวัณโรคสูง รวมถึงผู้เร่ร่อนไร้ที่อยู่ เป็นต้น

สรุป การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคได้เป็น 2 ลักษณะคือ การค้นหาแบบตั้งรับ (Patient-Initiated Pathway) และการค้นหาโดยการคัดกรอง (Screening Pathway) เป็นการค้นหาผู้ป่วยแบบเข้มข้น (Intensified Case Finding: ICF) ในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค (Key Populations For TB) โดยที่อาจจะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ ซึ่งกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคโดยกลุ่มที่ต้องได้รับการคัดกรอง มีทั้งในผู้ที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค ประชากรเสี่ยงต่อวัณโรค (Risk Populations) และประชาชนทั่วไป (ไม่มีโรคร่วมและไม่ใช้กลุ่มเสี่ยงสูง) ที่มีอาการสงสัยวัณโรครวมถึงผู้สัมผัส ซึ่งต้องได้รับการคัดกรองเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อและทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษารวดเร็วขึ้น

การวินิจฉัยและรักษาวัณโรค

การวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มประชากรทั่วไป (ไม่มีโรคร่วมและไม่ใช้กลุ่มเสี่ยงสูง) ที่มารับบริการ หากมีอาการสงสัยวัณโรค ผู้ให้บริการต้องสามารถค้นหาหรือคัดกรองได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นผู้มีอาการสงสัยวัณโรคโดยคัดกรองอาการ เมื่อมีผลการคัดกรองเข้าเกณฑ์มีอาการสงสัยวัณโรค ปอดแนะนำให้เอกซเรย์ทรวงอก และเก็บเสมหะอย่างน้อย 2 ตัวอย่าง ซึ่งจะต้องเป็นเสมหะที่เก็บตอนเช้าหลังตื่นนอนอย่างน้อย 1 ตัวอย่าง เพื่อส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และแพทย์พิจารณา วินิจฉัยวัณโรคตามผลเอกซเรย์และผลเสมหะ ดังนี้

1) ผลเอกซเรย์พบปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคและผลเสมหะ Smear บวกอย่างน้อย 1 ตัวอย่าง สามารถวินิจฉัยวัณโรคเสมหะบวก ให้การรักษาวัณโรคได้เลย

2) ผลเอกซเรย์พบปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคและผลเสมหะ Smear ลบทั้ง 2 ตัวอย่างผู้ป่วยอาจเป็นวัณโรคหรือโรคปอดอื่นๆ สามารถตรวจเพื่อยืนยันว่าเป็นวัณโรค โดยการตรวจด้วยวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อ (Culture) หรือตรวจด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular Testing) ถ้าตรวจพบเชื้อวัณโรคให้การรักษา แต่ถ้าไม่พบเชื้อแพทย์พิจารณาให้การรักษาแบบปอดอักเสบจากเชื้ออื่นๆก่อนติดตามอาการส่งตรวจเอกซเรย์และเสมหะซ้ำ ถ้าอาการและผลตรวจดีขึ้นแสดงว่าไม่ใช่วัณโรค แต่ถ้าไม่ดีขึ้นหรือผลเสมหะเป็นบวกให้การรักษาวัณโรคและเริ่มการรักษาวัณโรค

3) ผลเอกซเรย์พบปอดปกติหรือไม่เข้ากับวัณโรคแต่ผลเสมหะ Smear บวก อาจมีความผิดพลาดของการตรวจเสมหะ เช่น เป็นผลบวกหลง ให้ตรวจเสมหะซ้ำ และแพทย์พิจารณาตัดสินใจ

4) ผลเอกซเรย์พบปอดปกติหรือไม่เข้ากับวัณโรคและผลเสมหะ Smear ลบ ไม่เป็นวัณโรคแนะนำให้การรักษาตามอาการ

5) กรณีที่ผลเพาะเชื้อเป็นบวก พิจารณาส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาเพื่อค้นหาเชื้อดื้อยาด้วย (กรมควบคุมโรค, 2561)

การรักษาวัณโรค

องค์การอนามัยโรคแนะนำว่าการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่เสมหะเป็นบวกนั้นให้เริ่มด้วยสูตรยาระยะสั้น 6 เดือนคือ ไข้ยา Isoniazid Rifampicin Pyrazinamide และ Ethambutol ในระยะ 2 เดือนแรก ส่วน 4 เดือนหลังไข้ยา Isoniazid กับ Rifampicin จนครบ 6 เดือน ดังนั้นสามารถแบ่งระยะการรักษาออกได้ ดังนี้

1) ระยะ Intensive Phase หมายถึง ในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา ผู้ป่วยบางรายควรได้รับการติดตามในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการของผลข้างเคียงของยา หรืออาการแพ้ยาได้ โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดตับอักเสบได้มากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรได้รับการติดตามใกล้ชิดในช่วงแรกของการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มเหล้าเป็นประจำผู้ป่วยโรคเอดส์ และติดเชื้อตับอักเสบซี ก็เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดตับอักเสบจากยาเช่นเดียวกัน

2) ระยะ Maintenance Phase เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 4 แล้วนั้น ผลการตรวจเสมหะส่วนใหญ่มักเป็นลบเกือบทุกราย การรักษาในช่วงนี้มุ่งเน้นการฆ่าเชื้อที่เหลืออยู่เป็นจำนวนน้อย

3) ระยะ Prolonged Intensive Phase ผู้ป่วยที่มี Delay Conversion ของเสมหะ ในกรณีนี้อาจต้องใช้เวลาในการรักษามากกว่า 6 เดือน

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากยา

ผู้ป่วยที่ได้รับยาวัณโรคมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา หรือแม้กระทั่งเกิดการแพ้ยา อาจมีทั้งที่ไม่รุนแรง หรือรุนแรงถึงชีวิต ซึ่งสามารถแยกผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นออกเป็น ดังนี้

1) อาการทางระบบทางเดินอาหาร เป็นผลข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อย ซึ่งอาการเหล่านี้ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หรือแม้กระทั่งอาการปวดท้อง โดยส่วนใหญ่แล้วอาการเหล่านี้จะปรากฏประมาณช่วง 2-3 สัปดาห์แรกของการรักษา และมักจะค่อยๆหายไปเองเมื่อเวลาผ่านไป

2) ผื่น ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผื่นขึ้นระหว่างทานยาไม่จำเป็นต้องหยุดยาวัณโรคทุกราย โดยเฉพาะผื่นคันที่ขึ้นเพียงเล็กน้อยเป็นบริเวณเล็กๆ ในกรณีนี้ การรักษาโดยให้ Antihistamine ร่วมด้วยก็เพียงพอ ส่วนการหยุดยาควรทำในผู้ป่วยที่มีผื่นดังต่อไปนี้คือ ผื่นแดงขึ้นทั่วตัวโดยมีไข้ร่วมด้วย หรือมีแผลตามเยื่อซึ่งบ่งว่าเป็น Steven-Johnson Syndrome

3) Drug Fever ไข้จากยาวัณโรคสามารถเกิดขึ้นได้จากยาวัณโรคหลายตัว แต่การวินิจฉัยไข้ที่เกิดจากยาต้องตัดสาเหตุอื่นๆ ออกไปก่อน เช่น ไข้จากวัณโรคเอง จากการติดเชื้ออื่น หรือจากภาวะ Paradoxical Reaction ที่เกิดจาก Immune Process โดยเฉพาะในผู้ป่วย HIV ผู้ป่วยที่มีไข้จากยามักจะรู้สึกสบายดีแม้ว่าจะมีไข้สูง และการพบว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อยาวัณโรคได้ดีโดยดูจากผลเสมหะ และลักษณะทางรังสีปอดที่ดีขึ้นเป็นข้อมูลที่ทำให้แพทย์ควรสงสัยภาวะนี้มากขึ้น การตรวจ CBC อาจพบ Eosinophilia หรือไม่มีก็ได้ ส่วนการรักษาทำได้โดยการหยุดยา (พงศเทพธีระวิทย์, 2550)

สูตรยารักษาวัณโรค

1) แนะนำสูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ที่เชื้อไวต่อยา (New Patient Regimen with Drug Susceptible) ที่ยังไม่เคยรักษา หรือเคยรักษาไม่เกิน 1 เดือน ด้วยสูตรยา 2HRZE / 4HR

2) First-Line Drugs (FLD) หมายถึง ยาที่ใช้สำหรับรักษาวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide และ Ethambutol ซึ่งสูตรยาแนวที่ 1 ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือได้รับการรักษามาไม่เกิน 1 เดือนและไม่พบผลเชื้อวัณโรค ติดต่อยา

3) ผู้ป่วยบางรายที่ตอบสนองการรักษาไม่ดี ได้แก่

3.1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีแผลโพรงขนาดใหญ่ หรือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีผลตรวจเสมหะ AFB Smear และผลเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคในเดือนที่ 2 หรือ 3 เป็นบวก

3.2) ผลทดสอบความไวไม่พบเชื้อติดต่อยา สามารถยุติการรักษาในระยะต่อเนื่อง (Continuation Phase) จาก 4 เดือนเป็น 7 เดือน แต่ทั้งนี้ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาเป็นรายๆ ไป

การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ไวต่อยา

1) ผู้ป่วยใหม่ (New; N) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP มาก่อน

2) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse; R) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินผลว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ

3) ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (Treatment After Failure; TAF) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษา และมีผลการรักษาครั้งล่าสุดว่าล้มเหลวจากการรักษา

4) ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา (Treatment After Loss to Follow-up; TALF) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาและขาดการรักษาตั้งแต่ 2 เดือนติดต่อกันขึ้นไป และกลับมารักษาซ้ำ

5) ผู้ป่วยรับโอน (Transfer in; TI) หมายถึง ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาที่สถานพยาบาลอื่น แล้วโอนมาให้รักษาต่อ ณ สถานพยาบาลปัจจุบัน (เมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้ว ให้แจ้งผลการรักษาให้สถานพยาบาลที่โอนมารับทราบด้วย)

6) ผู้ป่วยอื่นๆ (Others; O) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดกลุ่มเข้าประเภทข้างต้น เช่น

6.1) ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาวัณโรคจากคลินิกหรือหน่วยงานเอกชนแล้ว ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปโดยที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP มาก่อน

6.2) ผู้ป่วยที่ไม่ทราบประวัติการรักษาในอดีต

6.3) ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาก่อนแต่ไม่ทราบผลการรักษาครั้งล่าสุด

7) การโอนหรือส่งต่อโดยยังไม่ขึ้นทะเบียน (Refer) หมายถึง การโอนผู้ป่วยไปรับการรักษาวัณโรคที่หน่วยบริการอื่น โดยยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนรักษา ณ หน่วยงานที่โอนหรือส่งต่อ

8) การโอนหรือส่งต่อหลังจากขึ้นทะเบียนแล้ว (Transfer) หมายถึง การส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาวัณโรคต่อที่หน่วยบริการอื่น หลังจากขึ้นทะเบียนและรักษาแล้วระยะหนึ่ง ณ หน่วยงานที่โอนหรือส่งต่อ

การประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

1) ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น ใช้ในกรณีผู้ป่วยเสมหะบวก (B+) ก่อนเริ่มรักษา ถ้าใช้สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ หมายถึง ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 จำแนกได้ ดังนี้

1.1) ผลเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ (Sputum Convert) เมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะ
เข้มข้น

1.2) ผลเสมหะยังเป็นบวก (Sputum Not Convert) เมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะ
เข้มข้น

1.3) ไม่มีผลตรวจเสมหะ (Sputum Not Examined) เมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะ
เข้มข้น

1.4) ตาย (Died) ผู้ป่วยที่ตายด้วยสาเหตุใดก็ได้ ก่อนเริ่มรักษาหรือในช่วงการ
รักษาระยะเข้มข้น

1.5) ขาดยา (Lost to Follow-Up) ผู้ป่วยที่ไม่ได้เริ่มการรักษาหลังวินิจฉัยหรือ
ผู้ป่วยที่ขาดยาติดต่อกันนานเกิน 2 เดือนด้วยสาเหตุใดก็ตามในช่วงการรักษาระยะเข้มข้น

1.6) โอนออก (Transferred Out) ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผล
เสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น

2) ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา (Final Outcome) จำแนกได้ ดังนี้

2.1) รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจ AFB เป็นลบ (B+) ก่อนเริ่ม
รักษาและรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจ AFB Smear (หรือ Culture) เป็นลบ ในเดือนสุดท้าย
และก่อนหน้านั้นอีกอย่างน้อย 1 ครั้ง

2.2) รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยรักษาครบกำหนด โดย
ไม่มีหลักฐานว่าล้มเหลว ผู้ป่วยมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผล
เสมหะในเดือนสุดท้าย

2.3) รักษาล้มเหลว (Treatment Failed) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิ่งส่งตรวจผลเป็นบวก
(Smear or Culture Positive) เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5 หรือหลังจากนั้น

2.4) ตาย (Died) หมายถึง ตายด้วยสาเหตุใดๆ ก่อนเริ่มการรักษา หรือระหว่างการ
รักษา

2.5) ขาดยา (Lost to Follow-Up) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่ได้เริ่มการรักษาหลังวินิจฉัย
หรือเริ่มรักษาและต่อมาขาดยาตั้งแต่ 2 เดือนติดต่อกันขึ้นไป

2.6) โอนออก (Transfer Out) หมายถึง ผู้ป่วยที่โอนออกไปรักษาที่สถานพยาบาล
อื่นและไม่ทราบผลการรักษา (ให้เปลี่ยนผลการรักษา เมื่อทราบผลการรักษาสุดท้ายแล้ว)

2.7) ประเมินผลไม่ได้ (Not Evaluated) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสรุป
ผลการรักษาครั้งสุดท้ายในรอบการประเมินนั้นๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา เป็นต้น (กอง
วัณโรค, 2564)

สรุป การวินิจฉัยวัณโรคโดยการคัดกรองอาการ เมื่อมีผลการคัดกรองเข้าเกณฑ์มีอาการ
สงสัยวัณโรคปอด จึงแนะนำให้เอกซเรย์ทรวงอก และเก็บเสมหะ เพื่อส่งตรวจวินิจฉัยทาง
ห้องปฏิบัติการ และแพทย์พิจารณาวินิจฉัยวัณโรคตามผลเอกซเรย์และผลเสมหะ จากนั้นเข้าสู่ระบบ
การรักษา ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก คือ ระยะ Intensive Phase หรือระยะเข้มข้น โดยในช่วง
2 เดือนแรกของการรักษา ผู้ป่วยบางรายควรได้รับการติดตามในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา
เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการของผลข้างเคียงของยา หรืออาการแพ้ยาได้ ส่วนระยะ

Maintenance Phase รักษาในช่วงนี้มุ่งเน้นการฆ่าเชื้อที่เหลืออยู่เป็นจำนวนน้อย และระยะ Prolonged Intensive Phase ผู้ป่วยที่มี ผลการตรวจเสมหะไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่คาด ในกรณีนี้อาจต้องใช้เวลาในการรักษามากกว่า 6 เดือน

2.1.3 สถานการณ์วัณโรค

วัณโรคส่วนใหญ่ส่งผลกระทบต่อผู้ใหญ่ และมีความเสี่ยงในทุกกลุ่มอายุ โดยพบว่าผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรค พบมากในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางกว่าร้อยละ 80 จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี 2564 จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เกิดขึ้นมากที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ร้อยละ 46) ภูมิภาคแอฟริกา (ร้อยละ 23) และแปซิฟิกตะวันตก (ร้อยละ 18) นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 87 ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เกิดขึ้นในประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง ใน 30 ประเทศ จำนวนผู้ป่วยมากกว่า 2 ใน 3 ของทั่วโลกอยู่ในบังกลาเทศ จีน สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก อินเดีย อินโดนีเซีย ไนจีเรีย ปากีสถาน และฟิลิปปินส์ และ ตามข้อมูลการสำรวจค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ พบว่า 1 ใน 2 ของครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบจาก TB ทั่วโลก มีปัญหาในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า ร้อยละ 20 ของรายได้ครัวเรือน จากสถานการณ์ของวัณโรคในปี 2564 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 2.2 ล้านราย ที่มีสาเหตุมาจากภาวะโภชนาการต่ำ มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 740,000 รายทั่วโลก ที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ และ 690,000 รายเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ (WHO, 2023)

ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 พบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 103,000 รายต่อปี และเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรคกว่า 12,000 ราย และพบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 68 ผู้หญิง ร้อยละ 32 ในจำนวนนั้นเป็นเด็กน้อยกว่า ร้อยละ 1 ในขณะที่ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ประมาณ 2,400 ราย (WHO, 2022) โดยข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบจำนวนผู้ป่วย 79,046, 81,941, 81,318, 70,189 และ 28,462 ราย ตามลำดับ ข้อมูลการดำเนินการรักษาผู้ป่วยวัณโรคสำเร็จ ปีพ.ศ. 2561 - 2565 ร้อยละ 86.23, 85.31, 82.64, 65.45 และ 65.00 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ผลการดำเนินการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการตายที่มีอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 7.94, 8.22, 8.35, 8.47 และ 4.63 ตามลำดับ (กองวัณโรค, 2566)

ในปี พ.ศ. 2566 จากการรวบรวมผลการดำเนินงานวัณโรคจากหน่วยบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั่วประเทศ จำนวน 1,204 แห่ง พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทย ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 78,955 ราย ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคช่วงอายุ ตั้งแต่ 65 ปี มีมากที่สุด จำนวน 21,761 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.7 โดยผู้ป่วยวัณโรค เพศชายมีประมาณ 2 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง (ชาย 53,849 ราย, หญิง 25,106 ราย) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มดังกล่าวมีเชื้อเอชไอวีจำนวน 5,467 ราย (ร้อยละ 8.2) ส่วนอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นรักษา พ.ศ. 2565 (เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาสามารถนำประเมินผลการรักษาได้) พบว่ามีอัตราความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 79.8 สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา มาจากเสียชีวิต ร้อยละ 9.8 และขาดยา ร้อยละ 5.6 (กรมควบคุมโรค, 2567)

จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นจังหวัดนาร่องยุติการระบาดของวัณโรค ในปีพ.ศ. 2563 ด้วยการเสริมศักยภาพอสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยค้นหาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ หลังพบว่าประเทศไทย ติด 1 ใน 14 ประเทศทั่วโลก ที่มีการระบาดของโรคสูง (กรมประชาสัมพันธ์, 2563) แต่ก็ยังไม่เป็นผลสำเร็จ โดยจากรายงานพบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราชพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สัญชาติไทย ในปีพ.ศ. 2560 - 2565 จำนวน 1,420, 1,301, 1,012, 1,645, 1,726 และ 1,606 ราย ตามลำดับ (HDC, 2566) จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคลดลงในปีพ.ศ. 2562 และกลับเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของจังหวัดนครศรีธรรมราช ปีพ.ศ. 2564 - 2566 ร้อยละ 81.0, 87.6, 81.71 และ 79.3 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) มีแนวโน้มลดลง ซึ่งหมายถึงการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้ครบและหายตามระยะเวลา ดำเนินการได้น้อยลง

สถานการณ์วัณโรคในอำเภอช้างกลาง

อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 ซึ่งอำเภอช้างกลางประกอบด้วย 3 ตำบล 36 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 26,138 คน เพศชาย 12,809 คน (ร้อยละ 49.0) เพศหญิง 13,329 คน (ร้อยละ 51.0) สามารถจำแนกประเภทของผู้ป่วยวัณโรคตามการลงทะเบียน ได้ดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 2) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 3) ผู้ป่วยที่รับโอนจากสถานพยาบาลอื่น 4) ผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากล้มเหลว 5) ผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากขาดยา และ 6) ผู้ป่วยอื่นๆ ที่ไม่สามารถจัดกลุ่มเข้าประเภทข้างต้น

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกตามรายตำบล ปีพ.ศ.

2566

ตำบล	จำนวน ประชากร (คน)	ผู้ป่วยวัณโรค ปี พ.ศ. 2566										รวม (ราย)
		รายใหม่		กลับเป็นซ้ำ		รับโอน		รักษาซ้ำ หลังจาก ล้มเหลว		รักษาซ้ำ หลังจากขาดยา		
		จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
ช้างกลาง	13,604	12	0.088	1	0.007	0	0	0	0.000	0	0.000	13
หลักช้าง	7,658	15	0.196	3	0.039	0	0	1	0.013	1	0.013	20
สวนขัน	4,876	2	0.041	0	0.000	0	0	0	0.000	1	0.021	3
รวม	26,138	29	0.111	4	0.015	0	0	1	0.004	2	0.008	36

(ที่มา: NTIP 2567)

จากตารางข้างต้น ปีพ.ศ.2566 อำเภอช้างกลางมีผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งหมด 36 ราย สามารถจำแนก รายตำบลพบว่า ตำบลหลักช้าง มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด 20 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 15 ราย กลับเป็นซ้ำ 3 ราย ผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากล้มเหลว 1

ราย และผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากขาดยา 1 ราย รองลงมาเป็นตำบลช้างกลาง มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 13 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยรายใหม่ 12 ราย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ 1 ราย และตำบลสวนขัน พบผู้ป่วยวัณโรคน้อยที่สุด 3 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยรายใหม่ 2 ราย และผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากขาดยา 1 ราย

การกระจายของวัณโรค ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง

อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 3 ตำบล 36 หมู่บ้าน โดยมีหน่วยบริการสุขภาพ 8 แห่ง คือ 1) โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ (โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง) 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดี 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักช้าง 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหน้าเหมน 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนसान 7) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะนาวหวาน และ 8) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พื้นที่รับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

หน่วยบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง	พื้นที่รับผิดชอบ			รวม
	ตำบลช้างกลาง	ตำบลหลักช้าง	ตำบลสวนขัน	
โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์	ม.7	ม.1 ม.3 ม.5 ม.7 ม.10		6
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดี	ม.3 ม.5 ม.8 ม.16			4
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักช้าง		ม.2 ม.4 ม. 6 ม.8 ม.9		5
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา			ม.3 ม.4 ม.5	3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหน้าเหมน	ม.9 ม.10 ม.12 ม.13			4
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนसान	ม.6 ม.11 ม. 15			3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะนาวหวาน	ม.1 ม.2 ม.4 ม.14 ม.17			5
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน			ม.1 ม.2 ม.6 ม.7 ม.8 ม.9	6
รวม	17	10	9	36

(ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง, 2567)

จากข้อมูลปี พ.ศ. 2566 การกระจายของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอช้างกลาง พบผู้ป่วยวัณโรคทั้ง 3 ตำบล กระจายในพื้นที่ 18 หมู่บ้าน โดยเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลพ่อท่านคล้าย วาจาสิทธิ์ พบผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดจำนวน 9 ราย ประกอบด้วย พื้นที่หมู่ที่ 1 ตำบลหลักช้าง จำนวน 5 ราย หมู่ที่ 7 ตำบลช้างกลาง จำนวน 2 ราย และ หมู่ที่ 10 ตำบลหลักช้าง จำนวน 2 ราย รองลงมา เป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะนาวหวาน พบผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 7 ราย ประกอบด้วย พื้นที่หมู่ที่ 1 ตำบลช้างกลางจำนวน 4 ราย หมู่ที่ 2 ตำบล ช้างกลาง จำนวน 1 ราย และหมู่ที่ 4 จำนวน 1 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักช้าง พบผู้ป่วย วัณโรค จำนวน 6 ราย ประกอบด้วย พื้นที่หมู่ที่ 4 ตำบลหลักช้าง จำนวน 2 ราย หมู่ที่ 6 ตำบลหลักช้าง จำนวน 1 ราย และหมู่ที่ 9 ตำบลหลักช้าง จำนวน 3 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนसान พบผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 6 ราย ประกอบด้วย พื้นที่หมู่ที่ 6 จำนวน 4 ราย และหมู่ที่ 11 จำนวน 2 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดี พบผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 4 ราย ประกอบด้วย พื้นที่หมู่ที่ 3 ตำบลช้างกลาง จำนวน 1 ราย หมู่ที่ 5 ตำบลช้างกลาง จำนวน 2 ราย และหมู่ที่ 8 จำนวน 2 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเฉลิมพระเกียรติวีรสตินชน พบผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 2 ราย ประกอบด้วย พื้นที่หมู่ที่ 2 ตำบลสวนขัน จำนวน 1 ราย และ หมู่ที่ 9 ตำบลสวนขัน จำนวน 1 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหน้าเหมน แห่งละ 1 ราย ในพื้นที่หมู่ที่ 5 ตำบลสวนขัน และ หมู่ที่ 13 ตำบลช้างกลาง ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผู้ป่วยวัณโรคจำแนกรายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปี พ.ศ. 2566

หน่วยบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง	จำนวนผู้ป่วย	หมู่บ้าน
โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์	9	ม.1 ต.หลักช้าง (5 ราย) ม.7 ต.ช้างกลาง (2 ราย) ม.10 ต.หลักช้าง (2 ราย)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดี	4	ม.3 ต.ช้างกลาง (1 ราย) ม.5 ต.ช้างกลาง (2 ราย) ม.8 ต.ช้างกลาง (1 ราย)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักช้าง	6	ม.4 ต.หลักช้าง (2 ราย) ม.6 ต.หลักช้าง (1 ราย) ม.9 ต.หลักช้าง (3 ราย)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา	1	ม.5 ต.สวนขัน (1 ราย)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหน้าเหมน	1	ม.13 ต.ช้างกลาง (1 ราย)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนसान	6	ม.6 ต.ช้างกลาง (4 ราย) ม.11 ต.ช้างกลาง (2 ราย)

ตารางที่ 3 ผู้ป่วยวัณโรคจำแนกรายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ปี พ.ศ. 2566 (ต่อ)

หน่วยบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง	จำนวนผู้ป่วย	หมู่บ้าน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะนาวหวาน	7	ม.1 ต.ช้างกลาง (4 ราย) ม.2 ต.ช้างกลาง (1 ราย) ม.4 ต.ช้างกลาง (2 ราย)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน	2	ม.2 ต.สวนขัน (1 ราย) ม.9 ต.สวนขัน (1 ราย)
รวม	36	18 หมู่บ้าน

(ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง, 2567)

การดำเนินงานด้านวัณโรคอำเภอช้างกลาง

1. การขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

การขึ้นทะเบียนวัณโรคจะจำแนกประเภทผู้ป่วยตามประวัติการรักษาในอดีต โดยมี
นิยมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ดังนี้

1) ผู้ป่วยใหม่ (New) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน จากรายงานผลการดำเนินงานด้านวัณโรคเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง ปี พ.ศ. 2563-2566 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 21, 23, 26 และ 29 รายตามลำดับ

ตารางที่ 4 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี พ.ศ. 2561-2566 ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตำบล	การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่					
	ปี (พ.ศ.)					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566
ช้างกลาง	10	11	12	11	10	12
หลักช้าง	5	8	2	7	13	15
สวนขัน	5	3	7	5	3	2
รวม	20	22	21	23	26	29

(ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง, 2567)

2) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินผลว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ

ผู้ป่วยวัณโรคที่กลับเป็นซ้ำของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีแนวโน้มลดลงในปีพ.ศ. 2562-2564 จากจำนวน 5, 1 และ 0 ตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคที่กลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2565 เป็นจำนวน 2 ราย และปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นจำนวน 4 ราย

ตารางที่ 5 ผู้ป่วยวัณโรคที่กลับมาเป็นซ้ำ ปี พ.ศ. 2561-2566 ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตำบล	ผู้ป่วยวัณโรคที่กลับเป็นซ้ำ ปี (พ.ศ.)					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566
ช้างกลาง	3	3	1	0	0	1
หลักช้าง	0	2	0	0	1	3
สวนขัน	0	0	0	0	1	0
รวม	3	5	1	0	2	4

(ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง, 2567)

3) ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (Treatment After Failure) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาและมีผลการรักษาครั้งล่าสุดว่าล้มเหลวจากการรักษา

ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลวจากการรักษา ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2563 เป็นจำนวน 3 ราย และลดลงในปี พ.ศ. 2564 ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลวจากการรักษา ต่อมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2565 เป็นจำนวน 1 ราย เช่นเดียวกับปี พ.ศ. 2566

ตารางที่ 6 ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลวปี พ.ศ. 2561-2566 ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตำบล	ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลวจากการรักษา ปี (พ.ศ.)					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566
ช้างกลาง	1	1	0	0	0	0
หลักช้าง	0	0	1	0	1	1
สวนขัน	0	0	2	0	0	0
รวม	1	1	3	0	1	1

(ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง, 2567)

4) ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา (Treatment After Loss Follow-Up) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาและขาดการรักษาตั้งแต่ 2 เดือนติดต่อกันขึ้นไป และกลับมารักษาอีกครั้ง

ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2 ราย ในพื้นที่ ตำบลช้างกลาง และ ตำบลสวนขัน แห่งละ 1 ราย และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2565 เป็นจำนวน 3 ราย พื้นที่ ตำบลช้างกลาง 1 ราย และตำบลหลักช้าง 2 ราย และปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษาทั้ง 3 ตำบล แห่งละ 1 ราย

ตารางที่ 7 ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา ปี พ.ศ. 2561-2566 ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตำบล	ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา					
	ปี (พ.ศ.)					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566
ช้างกลาง	0	0	0	1	1	1
หลักช้าง	0	0	0	0	2	1
สวนขัน	0	0	0	1	0	1
รวม	0	0	0	2	3	3

5) ผู้ป่วยรับโอน (Transfer In) หมายถึง ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาที่สถานพยาบาลอื่น แล้วโอนมาให้รักษาต่อ ณ สถานพยาบาลปัจจุบัน (เมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้ว ให้แจ้งผลการรักษาให้สถานพยาบาลที่โอนมารับทราบด้วย)

ผู้ป่วยวัณโรคที่รับโอนจากสถานพยาบาลอื่น เพื่อมาให้รักษาต่อ ณ สถานพยาบาลของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2564 จำนวน 7, 2, 3 และ 2 ราย ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่รับโอนมาจากอำเภอช้างเคียงคือ อำเภอนาบอน และ อำเภอนาวัง

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตารางที่ 8 ผู้ป่วยวัณโรคที่รับโอนจากสถานพยาบาลอื่น ปี พ.ศ. 2561-2566 ของอำเภอช้างกลาง

ตำบล	ผู้ป่วยวัณโรคที่รับโอน ปี (พ.ศ.)					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566
ช้างกลาง	2	1	1	1	0	0
หลักช้าง	3	0	2	0	0	0
สวนขัน	2	1	0	1	0	0
รวม	7	2	3	2	0	0

(ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง 2567)

6) ผู้ป่วยอื่นๆ (Other) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดกลุ่มเข้าประเภทข้างต้น เช่น

1. ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาวัณโรคจากคลินิกหรือหน่วยงานเอกชนแล้ว ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป โดยที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนในฐาน TBCM มาก่อน

2. ผู้ป่วยที่ไม่ทราบประวัติการรักษาในอดีต

3. ผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อนแต่ไม่ทราบผลการรักษาครั้งสุดท้าย

ผู้ป่วยวัณโรคของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่พบผู้ป่วยวัณโรคประเภทอื่นๆ

2. อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่

ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

1) รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา

2) รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

กลุ่มเป้าหมาย

1) การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน

2) การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน

การคำนวณ

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของ ปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2565) โดยมีผลการรักษา หาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2566

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของ ปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2565)

ตารางที่ 9 อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ปี พ.ศ. 2564-2566 ของอำเภอช้างกลาง

ตำบล	อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่								
	2564			2565			2566		
	รายใหม่	รักษาครบและสำเร็จ	อัตราความสำเร็จ	รายใหม่	รักษาครบและสำเร็จ	อัตราความสำเร็จ	รายใหม่	รักษาครบและสำเร็จ	อัตราความสำเร็จ
ช้างกลาง	11	9	81.82	10	10	100.00	12	8	66.67
หลักช้าง	7	6	85.71	13	9	69.23	15	13	86.67
สวนขัน	5	4	80.00	3	2	66.67	2	2	100.00
รวม	23	19	82.61	26	21	80.77	29	23	79.31

(ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง 2567)

2.1.4 การดำเนินงานด้านวัณโรค

องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGS) ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งมีทั้งหมด 17 เป้าหมาย (Goals) โดยมีกรอบระยะเวลา 15 ปีที่จะบรรลุในปี พ.ศ. 2573 (สหประชาชาติ ประเทศไทย, 2019) การควบคุมป้องกันและยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค เป็นหนึ่งในเป้าหมายที่ต้องดำเนินการ ซึ่งอยู่ในเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ในเป้าประสงค์ของการยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคติดต่ออีกเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยกำหนดเป้าหมาย คือ ลดอัตราอุบัติการณ์วัณโรคลงร้อยละ 80 ลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยวัณโรคลง ร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558 และไม่มีกรอบคร่าวใดที่ได้รับความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ (Catastrophic Costs) จากการป่วยด้วยวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ขององค์การอนามัยโลก ที่กำหนดเพื่อเป็นทิศทางการดำเนินงานวัณโรค ให้กับประเทศสมาชิกที่มีเป้าหมายมุ่งลดอุบัติการณ์วัณโรค และลดจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตลง โดยกำหนดเป้าหมายของการยุติวัณโรค ภายในปี พ.ศ. 2578 คือ ลดอัตราอุบัติการณ์วัณโรคลงร้อยละ 90 ลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยวัณโรคลง ร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558 และไม่มีกรอบคร่าวใดที่ได้รับความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ (Catastrophic Costs) จากการป่วยด้วยวัณโรค (กองวัณโรค, 2564)

นโยบายด้านวัณโรค

เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ปี พ.ศ. 2573 มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง และเร่งดำเนินการเกี่ยวกับวัณโรค (TB) เนื่องจากได้รับผลกระทบในกลุ่มคนจน กลุ่มเปราะบาง สังคม ชายขอบและการได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยวัณโรคเป็นโรคระบาดทางสาธารณสุข ที่สะท้อน ความมั่นคงทางสุขภาพและความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรคด้วยยุทธศาสตร์ขององค์กรต่างๆ ซึ่งในปีพ.ศ. 2557 องค์การอนามัยโลกได้รับการอนุมัติโดยสมัชชาอนามัยโลกของประเทศสมาชิก 194 ประเทศ โดยแนะนำกลยุทธ์ยุติวัณโรค ในประเทศต่างๆ และพันธมิตรทั้งหมดจะต้องดำเนินการ 1) การสนับสนุนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยการยกระดับการเมือง หลากหลายภาคส่วนการทำงานร่วมกัน ปรับตัวและการดำเนินการตามกลยุทธ์ 2) การเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับสถานการณ์วัณโรคที่ต้องรู้ทันโรคระบาด สถานะสุขภาพ นโยบายและระเบียบข้อบังคับ 3) การทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานด้านสุขภาพ การเงิน การศึกษา อาหาร สวัสดิการสังคม ความยุติธรรม แรงงาน การขนส่ง และ การส่งต่อผู้ป่วยชุมชนที่ได้รับผลกระทบและภาคประชาสังคม ด้วยความเป็นส่วนตัว (WHO, 2015) สำหรับประเทศได้มีการกำหนดประเด็นและกำหนดการดำเนินงานวัณโรคไว้ ได้แก่

1) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กับการควบคุมวัณโรค

กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ลำดับที่ 48 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 และเมื่อปี พ.ศ. 2562 มีการปรับปรุงประกาศ ให้วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ลำดับที่ 47 อีกทั้งในปี พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 13 (กองวัณโรค, 2564) โดยพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้กำหนดให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อเป็นผู้บังคับใช้กฎหมาย (เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา) ซึ่งการดำเนินการตามมาตรการทางกฎหมายในการป้องกัน ควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ดังนี้ (ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค, 2558)

(1) การเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก เช่น กรณีพบผู้มีเหตุอันควรสงสัยหรือผู้ป่วย XDR-TB เกิดขึ้น ให้บุคคลที่เกี่ยวข้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ (มาตรา 31) โดยการแจ้งให้ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดเกิดขึ้น พ.ศ. 2560

(2) การป้องกันและควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก เช่น กรณีพบผู้มีเหตุอันควรสงสัยหรือผู้ป่วย XDR-TB ให้ผู้มีเหตุอันควรสงสัยหรือผู้ป่วย XDR-TB มารับการตรวจหรือรักษาและเพื่อความปลอดภัยอาจดำเนินการโดยการแยกกักกัน หรือคุมไว้สังเกต ณ สถานที่ซึ่งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกำหนดไว้จนกว่าจะได้รับการตรวจและการชันสูตรทางการแพทย์ว่าพ้นระยะติดต่อของโรคหรือสิ้นสุดเหตุอันควรสงสัย (มาตรา 34(1)) ทั้งนี้การแยกกักกันหรือคุมไว้สังเกตควรพิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม มีการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างบูรณาการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Integrated, Patient-Centered Cares) รวมถึงการช่วยเหลือดูแลสุขภาพจิตและด้านเศรษฐกิจสังคม ไม่ให้ผู้ป่วยถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติจากสังคม สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้มากที่สุด (สำนักวัณโรค, 2561)

2) แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564

แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 มีเป้าประสงค์ คือ ลดอัตราการอุบัติการณ์ของวัณโรคลงร้อยละ 12.5 ต่อปี จาก 171 ต่อประชากร 100,000 คน ปีพ.ศ. 2557 ให้เหลือ 88 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2564 และเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลกแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้มีองค์ประกอบ 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

เป้าประสงค์เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ 100 โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีวิธีการตรวจที่รวดเร็วโดยการคัดกรองด้วยภาพรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอนุชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดีด้วยมาตรการ ดังนี้

(1) เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยวัณโรคที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอนุชีววิทยา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้สัมผัส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ต้องขัง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและแรงงานข้ามชาติ

(2) ค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง

(3) ขยายความครอบคลุมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาลและชุมชน

(4) สนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการวินิจฉัยการดูแลรักษา รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค

เป้าประสงค์เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคลงร้อยละ 50 ภายใน พ.ศ. 2564 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2557 ด้วยมาตรการ ดังนี้

(1) ส่งเสริมผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วนด้วยสูตรยามาตรฐานและยาที่มีคุณภาพ

(2) เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ทั้งด้านการวางแผนงาน ร่วมกันการเร่งรัดค้นหาการให้ยาป้องกันวัณโรคการให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย

(3) ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการวัณโรคดี้อย่าให้ครอบคลุมทั้งประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรคเป้าประสงค์ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในความเป็นผู้นำ และศักยภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค ด้วยมาตรการ ดังนี้

(1) พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลบนระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ทั้งสำหรับหน่วยงานให้บริการ หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณหน่วยงานติดตามประเมินผลและหน่วยงานระดับนโยบาย ได้อย่างเป็นเอกภาพ

(2) เพิ่มคุณภาพการพัฒนาบุคลากรด้านวัณโรค ให้มีศักยภาพและแรงจูงใจในการดำเนินงานวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน

เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (Political Commitment) ด้วยการระดมทรัพยากรในการดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคด้วยมาตรการ ดังนี้

(1) มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมวัณโรคแห่งชาติเพื่อระดมศักยภาพของหน่วยงาน องค์กร ทุกภาคส่วนในการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

(2) ร่วมกับแผนงานโรคเอดส์และมาลาเรียสร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานโรคเอดส์วัณโรคและมาลาเรียต่อเนื่องหลังจากการสนับสนุนของกองทุนโลกสิ้นสุดลง รวมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาจากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

(3) ส่งเสริมการใช้กฎหมาย พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวัณโรคอย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุม วัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานวัณโรครวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมสำหรับการพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่ด้วยมาตรการ ดังนี้

(1) พัฒนาแผนวิจัยวัณโรคระดับชาติ (National Tuberculosis Research Roadmap) โดยความร่วมมือของหน่วยงานผู้ให้ทุนหน่วยงานวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัย

(2) ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมการดำเนินงานวัณโรคอย่างเป็นระบบยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ตลอดจนมาตรการดังกล่าวข้างต้น เป็นแนวทางสำหรับการจัดทำชุดกิจกรรมการดำเนินงาน โดยประเทศไทยมีเป้าหมายที่จะรักษาผู้ป่วยด้วยสูตรยาแนวที่1 ปีละ 108,000 ราย ภายใน พ.ศ. 2564 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 90 ของจำนวนที่คาดประมาณไว้ซึ่งผู้ป่วยจำนวนตามเป้าหมายนี้เพิ่มขึ้นจาก 61,200 ราย ใน พ.ศ. 2555 (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

3) แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 – 2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565)

สำหรับประเทศไทยได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 – 2564 เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB Strategy) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นแผนปฏิบัติการฉบับแรก ใช้ในการดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศที่จะนำประเทศไทยเข้าสู่การยุติปัญหาวัณโรคของประเทศ (ปฏิบัติการของวัณโรค

น้อยกว่า 10 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2578) แต่เนื่องจากเวลาสิ้นสุดของแผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 ไม่สอดคล้องกับช่วงเวลาการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561 - 2580 ที่จะทบทวนทุก 5 ปี ดังนั้นในการประชุมคณะอนุกรรมการเร่งรัดยุติวัณโรค ครั้งที่ 1 ปีพ.ศ. 2563 จึงมีมติให้มีการขยายแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 ไปถึงปี พ.ศ. 2565 และจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) เพื่อให้การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท และแผนปฏิบัติการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565) ยังคงหลักการและยุทธศาสตร์ของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 เดิมโดยมีการปรับรายละเอียดเฉพาะมาตรการเร่งรัดการให้ยารักษาการติดเชื้อระยะแฝงในกลุ่มอายุ 0 - 18 ปี ซึ่งอยู่รวมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานปัจจุบัน และทบทวนตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่เพิ่มเติมในการกำกับกับการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งเป้าหมายอัตราอุบัติการณ์วัณโรคในปี พ.ศ. 2565 คือ 138 ต่อประชากรแสนคน แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565) ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง

เป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ 100 โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอนุชีววิทยา ทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคลงร้อยละ 25 ภายใน พ.ศ. 2565 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2562

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในความเป็นผู้นำ และศักยภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของการป้องกันดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน

เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (Political Commitment) ด้วยการระดมทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน ดูแลรักษา ควบคุมวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะ แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานวัณโรครวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมสำหรับการพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่

ตัวชี้วัดสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564 (เพิ่มเติมพ.ศ. 2565) สอดคล้องกับ 10 ตัวชี้วัดสำคัญ (Top 10 Indicators) ตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคของโลก (The End TB Strategy) ดังนี้

- (1) อัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ถูกรายงานและได้รับการรักษา (TB Treatment Coverage Rate)
 - (2) อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่หนึ่ง (TB Treatment Success Rate)
 - (3) อัตราตายของผู้ป่วยวัณโรค (Death Rate)
 - (4) ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติเคยรักษามาก่อนที่มีผลตรวจยืนยัน (Bacteriologically Confirmed) มีผลทดสอบความไวของเชื้อต่อยารักษาวัณโรค (DST)
 - (5) ร้อยละการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB)
 - (6) ร้อยละความครอบคลุมการได้รับยาใหม่ในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่มีข้อบ่งชี้ (Treatment Coverage, New TB Drugs)
 - (7) ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเอชไอวีบันทึกไว้ในฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค (Documentation of HIV Status among TB Patients)
 - (8) ร้อยละของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Contact Investigation Coverage)
 - (9) ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ได้รับยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ตามแนวทางการรักษาวัณโรคในเด็กของประเทศไทย (LTBI Treatment Coverage)
 - (10) ร้อยละของครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคที่ล้มละลาย (Catastrophic Costs) จากการรักษาวัณโรค (กองวัณโรค, 2564)
- 4) แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะที่ 2 ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566 - 2570)

การดำเนินงานเกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย การส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีสำหรับคนทุกช่วงวัย มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศและการยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชน โดยต้องดำเนินการอย่างจริงจังในทุกระดับ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ท้องถิ่น ภูมิภาคและประเทศ ผ่านการประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยเบื้องต้นอย่างถูกต้อง การกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เพียงพอและครอบคลุม การสร้างระบบการบริการสุขภาพที่ทันสมัย เข้าถึงได้และมีคุณภาพ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมในการรับมือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ซึ่งเกิดจากโรคติดต่อและไม่ติดต่อ โรคอุบัติใหม่อุบัติเหตุ และสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมาย ดังนี้

เป้าหมายย่อย 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งมีตัวชี้วัด 2 ตัว ได้แก่ (1) อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และ (2) สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ เป้าหมายย่อย 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกลงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งมีตัวชี้วัด 2 ตัว ได้แก่ (1) อัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน) และ (2) อัตราตายของทารกแรกเกิด (อัตราต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)

เป้าหมายย่อย 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลืนและต่อสู้กับโรคดื้อยาต้านจุลชีพ โรคติดต่อทางน้ำและโรคติดต่ออื่น ๆ ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งมีตัวชี้วัด 5 ตัว ได้แก่ (1) จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และ กลุ่มประชากรหลัก) (2) อัตราการเกิดโรควัณโรคต่อประชากร 100,000 คน (3) อัตราการเกิดโรคมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี (4) จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีต่อประชากร 100,000 คน และ (5) จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่ถูกกลืน (Neglected Tropical Diseases)

การประเมินสถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็นในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะที่ 2 ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566 - 2570) กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Communicable Chronic Diseases: CCDs) วัณโรคเป็นโรคที่ต้องดำเนินการองค์การอนามัยโลก คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อประชากรแสนคนเสียชีวิต 12,000 ราย จากรายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา 85,837 ราย (เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,631 ราย) ซึ่งคิดเป็นอัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 82 และผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยที่ผ่านมา มีแนวโน้มอัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น การรักษาล้มเหลว การขาดยาและเอดส์ออกดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตยังคงสูง เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่สูงอายุและมีโรคร่วม โดยในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เท่ากับร้อยละ 85 ส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/ RR-TB คาดประมาณในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 2,500 ราย หรือคิดเป็น 3.6 ต่อประชากรแสนคน และใน พ.ศ. 2563 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/ RR-TB ที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 1,302 ราย และได้รับการรักษา 1,204 ราย และวัณโรคดื้อยาชนิด pre-XDR/ XDR-TB ที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 65 ราย และได้รับการรักษา 62 ราย ส่วนอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/ RR-TB และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด XDR-TB ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีพ.ศ. 2561 เท่ากับร้อยละ 63 และร้อยละ 81 (กรมควบคุมโรค, 2566)

5) แผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุขระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการควบคุมวัณโรคตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคให้เป็นไปตามข้อตกลงนานาชาติของการประชุม United Nations

High-Level Meeting (UNHLM) ปีพ.ศ. 2561 และเป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB Strategy) ในปีพ.ศ. 2578 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2565) โดยเน้น 5 ยุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่ 1) เร่งรัดการค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 2) ยกระดับการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 3) เร่งรัดวินิจฉัยและรักษาวัณโรคระยะแฝง 4) เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรค และ 5) ขับเคลื่อนการวิจัยและนวัตกรรมด้านวัณโรค ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ มุ่งค้นหา รักษา ส่งต่อ และรายงานข้อมูลผู้ป่วย รวมถึงส่งเสริมการให้ความรู้ความตระหนักถึงการควบคุมป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้ปลอดภัยจากวัณโรคส่งผลให้ในปีพ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้ประเทศไทยพ้นจาก 14 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 ด้าน ซึ่งถือเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญอีกขั้นในการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาวัณโรค อย่างไรก็ตาม ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการควบคุมโรคติดต่อเนื่องจากปัญหาวัณโรคและวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวียังเป็นปัญหาสำคัญที่ประเทศไทยติดอันดับขององค์การอนามัยโลกอยู่ โดยกลุ่มเฝ้าระวังยังเป็นกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ภูมิคุ้มกันร่างกายไม่ดี กลุ่มผู้ติดเชื้อในเรือนจำ เป็นต้น โดยได้มีแผนการจัดทำโครงการควบคุมวัณโรค งบประมาณ 75.3215 ล้านบาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

6) ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2566

ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 ประเด็นด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ในแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ ได้กำหนดตัวชี้วัดงานวัณโรค ตัวชี้วัดอัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ แบ่งเป็น อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success Rate) ร้อยละ 88 และอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ร้อยละ 90 วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษารอบ 2) เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค โดยมีกลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success Rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณพ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สรุป ประเทศไทยได้จัดทำแผนงานต่างๆ ที่เกี่ยวกับวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB Strategy) ขององค์การอนามัยโลก และขององค์การสหประชาชาติที่กำหนดเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) และได้กำหนดตัวชี้วัดในแผนปฏิบัติการเพื่อให้สามารถดำเนินงานตามเป้าหมาย มีด้วยกัน 2 ประเด็น คือ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success Rate) ร้อยละ 88 และอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ร้อยละ 90 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่จะต้องดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยเฉพาะอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เป็นสิ่งสำคัญที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าระบบการรักษาด้วยการรับประทานยาแบบการสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment: DOT)

บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค

สำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ที่มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาและสนับสนุนผู้ป่วยมักประกอบด้วยบุคลากรหลายประเภท ซึ่งอาจประกอบด้วยบุคลากรดังนี้

- 1) แพทย์ มีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยการออกแบบแผนการรักษาและติดตามผลอย่างใกล้ชิด เช่น การตรวจร่างกาย การส่งยา และการปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาเมื่อจำเป็น (World Health Organization, 2019)
- 2) พยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในขั้นตอนการรักษา รวมถึงการให้ยา สังเกตอาการข้างเคียง และให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Ministry of Public Health Thailand, 2020)
- 3) เภสัชกร มีหน้าที่ในการจ่ายยาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง เภสัชกรต้องให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา เช่น การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา (American Pharmacists Association, 2021)
- 4) นักเทคนิคการแพทย์ ทำหน้าที่วิเคราะห์ตัวอย่างจากผู้ป่วย เช่น การตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรค โดยการวิเคราะห์ข้อมูลนี้มีความสำคัญในการยืนยันผลการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา (Clinical and Laboratory Standards Institute, 2018)
- 5) นักวิชาการสาธารณสุข: วางแผนการดูแลและติดตามผู้ป่วยวัณโรคในระดับชุมชน ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการรักษา (Public Health Agency of Canada, 2021)
- 6) นักโภชนาการ แนะนำโภชนาการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยวัณโรคเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา (Academy of Nutrition and Dietetics, 2021)
- 7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในชุมชน โดยช่วยติดตามและสนับสนุนการรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน ให้คำแนะนำและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย (Public Health Association, 2019)

8) นักจิตวิทยา (ในบางกรณี) ช่วยให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิต โดยนักจิตวิทยาช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรักษา (American Psychological Association, 2018)

สรุป การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรหลากหลายประเภทที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์เฉพาะทาง ซึ่งทำงานร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ลดการแพร่ระบาดของโรค และเพิ่มโอกาสในการหายขาดจากวัณโรคต่อไป

การดำเนินงานด้านวัณโรคของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ดำเนินการตามมาตรฐานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 มีการดำเนินงานหลักโดยโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ให้บริการแบบ One Stop Service โดยทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ บริการตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคจากแพทย์ สถานที่ให้บริการคลินิกวัณโรค แยกส่วนจากการให้บริการของผู้ป่วยอื่นๆ อย่างชัดเจน ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับบริการรักษาคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนการรักษาวัณโรค ในโปรแกรมบันทึกและการรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Program: NTIP) เพื่อรายงานการรักษาและรับการชดเชยยาต้านวัณโรคจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP ข้อมูลผู้ป่วยจะถูกรายงานให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ ทั้งหมด 7 แห่ง โดยรายงานจำแนกตามพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการ เมื่อหน่วยบริการแต่ละแห่งได้รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ค้นหาผู้ป่วยที่มีการสงสัยวัณโรคในผู้สัมผัสที่บ้านและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จากนั้นจะดำเนินการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษาตามที่แพทย์กำหนด

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ

สมรรถนะ (Competency) เป็นปัจจัยในการทำงานที่เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้แก่ องค์กร โดยเฉพาะการเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพราะสมรรถนะเป็นปัจจัยช่วยให้ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้ส่งผลไปสู่การพัฒนาองค์กร

2.2.1 ความหมายของสมรรถนะ

สมรรถนะ หมายถึง การบูรณาการระหว่างความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) และทัศนคติ (Attitudes) ที่บุคคลต้องใช้ในการปฏิบัติงานให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยสมรรถนะไม่ใช่แค่ความรู้และทักษะที่บุคคลมีเพียงเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะนั้นๆ ในสภาพแวดล้อมจริง (Carol D. Goodwin, 1998)

สมรรถนะ หมายถึง การผสมผสานระหว่างความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดำเนินการภายใต้สภาวะแวดล้อมต่างๆ เพื่อให้สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ (Christophersen, 2002)

สมรรถนะ หมายถึง ชุดของความสามารถที่บุคคลต้องมีเพื่อให้สามารถทำงานในระดับที่สูงขึ้นได้ โดยสมรรถนะนี้ประกอบไปด้วยทักษะและความรู้ที่สามารถแสดงออกได้ในพฤติกรรมที่คาดหวัง (Cameron & Carter, 2004)

สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถที่บุคคลมีในการทำงานหรือปฏิบัติการบางอย่างได้ดีและมีประสิทธิภาพ โดยการใช้ความรู้ ทักษะ และความสามารถที่มีอยู่ในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในสภาพแวดล้อมจริง (ชาญวิทย์ สุนทรวัฒน์, 2547)

สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถที่แสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์จากการใช้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในสถานการณ์ที่ท้าทาย (ประเสริฐ ประดิษฐ์, 2555)

สรุป สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถที่ผสมผสานระหว่าง ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ที่บุคคลใช้ในการปฏิบัติงานให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยไม่เพียงแต่มีความรู้และทักษะเท่านั้น แต่ยังสามารถประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมจริง เพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ และบรรลุผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.2 ความเป็นมาของสมรรถนะ

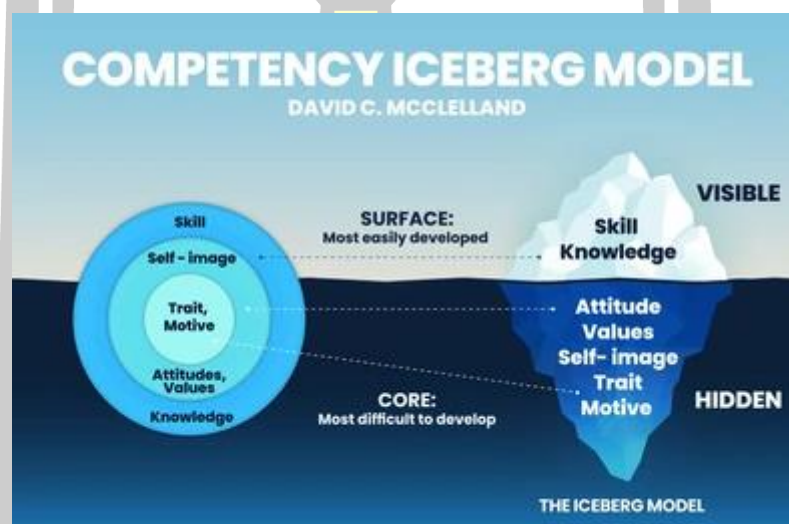
แมคเคลแลนด์ (McClelland) นักจิตวิทยาจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University) เป็นผู้เริ่มต้นแนวคิดเกี่ยวกับ สมรรถนะ โดยการพัฒนาแบบทดสอบทางบุคลิกภาพ เพื่อศึกษาว่าบุคคลที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพนั้นมีทัศนคติและนิสัยอย่างไร แมคเคลแลนด์ใช้ความรู้เหล่านี้เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการคัดเลือกบุคคลให้แก่หน่วยงานรัฐบาลสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะในกระบวนการคัดเลือกที่มุ่งเน้นการวัดความถนัด ซึ่งทำให้กลุ่มชนเชื้อชาติที่ไม่ใช่คนผิวขาว เช่น คนผิวดำและชนกลุ่มน้อยอื่นๆ ถูกมองข้ามและไม่ได้รับการคัดเลือก (ซึ่งถือเป็นการเลือกปฏิบัติผิดกฎหมาย) นอกจากนี้ ยังมีปัญหาผลการทดสอบความถนัดที่ไม่สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานในโลกจริงได้ แมคเคลแลนด์จึงได้ศึกษาผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานโดดเด่นและผู้ที่ไม่มีความโดดเด่น โดยการสัมภาษณ์และพบว่า สมรรถนะ ที่สำคัญในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพคือ ความสามารถในการเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม และทักษะการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานมากกว่าการทดสอบความถนัดแบบดั้งเดิม (McClelland, D. C., 1973)

โมเดลภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg Model) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการอธิบาย สมรรถนะ ของบุคคล โดยการเปรียบเทียบสมรรถนะกับภูเขาน้ำแข็ง ซึ่งมีส่วนที่สามารถมองเห็นและส่วนที่อยู่ใต้ผิวน้ำที่ไม่สามารถเห็นได้ทันที โมเดลนี้ช่วยให้เข้าใจว่า สมรรถนะที่สามารถเห็นได้ชัดเจนในพฤติกรรมและผลลัพธ์ของบุคคลนั้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งของสมรรถนะทั้งหมด ซึ่งยังมีองค์ประกอบที่ซ่อนอยู่ใต้ผิวน้ำที่มีความสำคัญเช่นกัน ซึ่งจำแนกได้ดังนี้

1) ส่วนที่สามารถเห็นได้ (Above the Surface) ส่วนที่สามารถมองเห็นได้จากผิวน้ำของภูเขาน้ำแข็งคือ พฤติกรรมที่แสดงออก และ ผลการปฏิบัติงาน เช่น การแสดงทักษะในงาน การสื่อสาร และการตัดสินใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่องค์กรหรือผู้บริหารสามารถสังเกตได้จากผลลัพธ์และการกระทำที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง เช่น ความสำเร็จในการทำงาน การแก้ไขปัญหา หรือการทำงานเป็นทีม

2) ส่วนที่อยู่ใต้ผิวน้ำ (Below the Surface) ส่วนที่อยู่ใต้ผิวน้ำของภูเขาน้ำแข็ง ประกอบด้วย คุณสมบัติที่ซ่อนเร้น ที่ไม่สามารถมองเห็นได้ทันที เช่น ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) ความคิด (Mindset) และ ทศนคติ (Attitudes) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมา แต่ไม่สามารถมองเห็นได้จากภายนอก ตัวอย่างเช่น การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ความเชื่อมโยงทางสังคม การมีทัศนคติเชิงบวก หรือการมีความสามารถในการคิดเชิงวิพากษ์ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นพื้นฐานที่สนับสนุนการแสดงพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ

3) การเชื่อมโยงระหว่างส่วนที่มองเห็นและส่วนที่ซ่อนเร้น สมรรถนะที่สามารถเห็นได้จากผลลัพธ์หรือพฤติกรรมภายนอกมักมีรากฐานมาจากองค์ประกอบที่ซ่อนอยู่ใต้ผิวน้ำ เช่น การที่บุคคลสามารถทำงานได้ดีนั้นอาจเกิดจากความรู้และทักษะที่สะสมมาหรือการมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน ซึ่งในกรณีนี้ ความสามารถในการแก้ปัญหาอาจมาจากการฝึกฝนและการคิดอย่างเป็นระบบ



ภาพที่ 1 โมเดลภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg Model)

2.2.3 องค์ประกอบของสมรรถนะ

ตามความคิดของ แมคเคลแลนด์ (McClelland) ได้เสนอว่าองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาคนและการทำงานประกอบไปด้วย 5 ส่วนหลัก ดังนี้

1) ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความรู้เฉพาะในเรื่องที่ต้องรู้ ซึ่งเป็นความรู้ที่สำคัญ เช่น ความรู้ด้านเครื่องยนต์ หรือความรู้เฉพาะด้านต่างๆ ที่บุคคลจำเป็นต้องมีเพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

2) ทักษะ (Skill) คือ ความสามารถที่จำเป็นต้องมีในการทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะทางคอมพิวเตอร์ ทักษะในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะเหล่านี้เกิดจากการเรียนรู้และฝึกฝนจากพื้นฐานความรู้ที่มี

3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวเอง (Self-concept) คือ เจตคติ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง เช่น ความมั่นใจในตัวเอง การเห็นคุณค่าในตัวเอง หรือสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าเขาเป็น

4) บุคลิกลักษณะประจำตัว (Traits) คือ ลักษณะเฉพาะตัวที่บ่งบอกถึงความเป็นบุคคลนั้นๆ เช่น การเป็นคนที่น่าเชื่อถือ หรือมีลักษณะเป็นผู้นำ

5) แรงจูงใจ/เจตคติ (Motives/Attitude) คือ แรงขับภายในที่กระตุ้นให้บุคคลทำพฤติกรรมบางอย่างเพื่อบรรลุเป้าหมาย หรือความสำเร็จ เช่น ความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองหรือการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

จากแนวคิดของ แมคเคลแลนด์ (McClelland) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบของสมรรถนะ (Competency) ได้มีการปรับปรุงและเพิ่มเติมโดย สกอตต์พารี (Scott Parry) โดยการรวมส่วนประกอบที่เกี่ยวข้องกับ ความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวเอง (Self-concept), คุณลักษณะ (Traits), และแรงจูงใจ (Motives/attitude) เข้าเป็นกลุ่มเดียวกันเรียกว่า คุณลักษณะ (Attributes) ซึ่งทำให้แนวคิดของสมรรถนะ (Competency) มี 3 ส่วนหลัก คือ

1) ความรู้ (Knowledge) ความรู้เฉพาะในเรื่องที่ต้องรู้ เช่น ความรู้ในวิชาชีพต่าง ๆ หรือทักษะทางด้านวิชาการ

2) ทักษะ (Skills) ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะทางคอมพิวเตอร์ หรือทักษะในการสื่อสาร

3) คุณลักษณะ (Attributes) รวมถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวเอง (Self-Concept) บุคลิกภาพ (Traits) และแรงจูงใจ (Motives/Attitude) ซึ่งเป็นสิ่งที่กำหนดทัศนคติ ความเชื่อมั่นในตนเอง และการกระตุ้นภายในที่ทำให้บุคคลมุ่งสู่เป้าหมายหรือความสำเร็จ

2.2.4 ประเภทของสมรรถนะ

สมรรถนะสามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเภทหลักๆ ดังนี้

1) สมรรถนะส่วนบุคคล (Personal Competencies) คือ สมรรถนะที่เป็นความสามารถเฉพาะตัวของบุคคล ซึ่งคนอื่นไม่สามารถลอกเลียนแบบได้ เช่น ความสามารถในการต่อสู้ป้องกันตัวของนักแสดงชื่อดัง หรือความสามารถของนักดนตรี นักกายกรรม หรือกีฬา ที่ยากจะเลียนแบบหรือต้องใช้ความพยายามสูงในการพัฒนา

2) สมรรถนะเฉพาะงาน (Job Competencies) คือ สมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในตำแหน่งหรือบทบาทเฉพาะ เช่น นักสืบที่ต้องมีทักษะในการวิเคราะห์ตัวเลข การคำนวณ หรือการทำบัญชี นักการเงิน หรือผู้ที่ทำงานในสาขาเฉพาะ ต้องมีความสามารถในการทักษะที่เกี่ยวข้องกับงานนั้น ๆ

3) สมรรถนะองค์กร (Organization Competencies) คือ ความสามารถเฉพาะขององค์กรนั้นๆ ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษที่องค์กรนั้นมี เช่น บริษัท เนชั่นแนล ในประเทศไทยที่มีความสามารถในการผลิตเครื่องใช้ไฟฟ้า หรือบริษัท ฟอर्ड (มอเตอร์) ที่มีความสามารถในการผลิตรถยนต์ ความสามารถเหล่านี้เป็นสิ่งที่องค์กรพัฒนาและมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว

4) สมรรถนะหลัก (Core Competencies) คือ ความสามารถสำคัญที่บุคคลต้องมีหรือทำเพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น พนักงานเลขานุการที่ต้องมีสมรรถนะหลักในการใช้

คอมพิวเตอร์และการติดต่อประสานงาน หรือผู้จัดการที่ต้องมีทักษะในการสื่อสาร การวางแผน การบริหารจัดการ และการทำงานเป็นทีม

5) สมรรถนะในงาน (Functional Competencies) คือ ความสามารถหรือทักษะที่จำเป็นสำหรับการทำงานในแต่ละหน้าที่หรือสาขา เช่น ความสามารถในการจัดการโครงการ การตลาด หรือการพัฒนาเทคโนโลยีในสาขาต่างๆ ซึ่งสมรรถนะนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถทำงานในสาขาเฉพาะได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พสุ เดชะรินทร์, 2546)

2.2.5 สมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

สมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค คือ ความสามารถและทักษะที่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องมีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีประสิทธิภาพ โดยสมรรถนะเหล่านี้จะช่วยให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคคลอื่นในสังคม ดังนี้

1) ความสามารถในการวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยวัณโรค

เจ้าหน้าที่ต้องมีความสามารถในการประเมินอาการของผู้ป่วยวัณโรคอย่างถูกต้อง เช่น การใช้วิธีการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก การตรวจเสมหะ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อวัณโรค (WHO, 2020) การวินิจฉัยที่แม่นยำจะช่วยให้การรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) การให้การรักษาและการติดตามผลการรักษา

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคต้องมีความสามารถในการให้ยาที่เหมาะสมตามแนวทางการรักษามาตรฐาน เช่น การใช้ยาในระบบ DOTS (Directly Observed Treatment, Short-Course) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและลดปัญหาการดื้อยา (Ministry of Public Health, Thailand, 2022) เจ้าหน้าที่ต้องติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค

3) การควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ

การมีสมรรถนะในการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่ โดยการรักษาผู้ป่วยในห้องแยก, การใช้เครื่องมือที่เหมาะสม, และการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัยและเสื้อคลุมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น (WHO, 2020) เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้และทักษะในการควบคุมการติดเชื้อเพื่อป้องกันการระบาด

4) การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตใจ

วัณโรคสามารถสร้างผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ต้องมีสมรรถนะในการให้การสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรับมือกับโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Ministry of Public Health, Thailand, 2022) นอกจากนี้ การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลสุขภาพจิตก็มีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วย

5) การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

เจ้าหน้าที่ต้องมีความสามารถในการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวัณโรค การรักษา และการป้องกันการแพร่เชื้อ การให้ความรู้ในเรื่องนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (WHO, 2020)

2.2.6 สมรรถนะของผู้ป่วยวัณโรค

สมรรถนะของผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ความสามารถและทักษะที่ผู้ป่วยวัณโรคควรมีในการดูแลตนเองระหว่างการรักษาโรควัณโรค และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อสู่ผู้อื่น ดังนี้

1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา

หนึ่งในสมรรถนะที่สำคัญของผู้ป่วยวัณโรคคือความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่กำหนด โดยเฉพาะการทานยาตามระยะเวลาที่กำหนดในระบบ DOTS (Directly Observed Treatment, Short-Course) ซึ่งต้องมีความรับผิดชอบสูงในการทานยาอย่างสม่ำเสมอและครบถ้วน เพื่อหลีกเลี่ยงการดื้อยาและช่วยให้การรักษาผู้ป่วยได้ผล (WHO, 2020)

2) การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ

ผู้ป่วยวัณโรคต้องมีสมรรถนะในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ การใช้ผ้าเช็ดหน้าเมื่อไอหรือจาม และการรักษาความสะอาดในสภาพแวดล้อมส่วนตัว เช่น การจัดการกับเสมหะอย่างถูกวิธี (Ministry of Public Health, Thailand, 2022) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นส่วนสำคัญในการลดการติดเชื้อในชุมชน

3) การติดตามอาการและรายงานผลการรักษา

ผู้ป่วยต้องสามารถติดตามอาการของตนเองและแจ้งอาการที่ผิดปกติให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ เช่น หากมีอาการข้างเคียงจากยา หรือหากอาการไม่ดีขึ้นตามแผนการรักษา การรายงานผลการรักษาจะช่วยให้การปรับแผนการรักษาได้ทันเวลา (WHO, 2020)

4) การปรับพฤติกรรมเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ

การฟื้นฟูสุขภาพหลังจากการรักษาวัณโรคจำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล รวมทั้งการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน (Ministry of Public Health, Thailand, 2022) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพได้เร็วขึ้นและลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ

5) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

การมีสมรรถนะในการขอรับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากความเข้าใจจากครอบครัวและชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์และมีความมั่นใจในการรักษามากขึ้น (WHO, 2020) การให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลและการป้องกันการแพร่เชื้อเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรักษาตัวได้ดีขึ้น

สรุป สมรรถนะของผู้ป่วยวัณโรค คือ ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างการรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ซึ่งประกอบด้วยหลายด้าน ได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ การสังเกตอาการและรายงานผลการรักษา การปรับพฤติกรรมเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคสำเร็จและหายขาด

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายภาวะและการเกิดโรคของประชาชน โดยจำเป็นต้องเข้าใจความหมายของสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ โดยการนำทฤษฎีการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลของวัตสันที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค

2.3.1 ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์และมีความเป็นพลวัต ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีมิติของสุขภาพแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ และได้เน้นถึงความเป็นพลวัตของสุขภาพ ซึ่งมีนัยว่าสุขภาพมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงและขึ้นกับปัจจัยอันสลับซับซ้อน ไม่ใช่เป็นภาวะที่คงที่ตายตัว หรือขึ้นกับปัจจัยเพียงอันใดอันหนึ่งเท่านั้น (องค์การอนามัยโลก, 2541)

สุขภาพ ในลักษณะของสุขภาวะ ซึ่งมีการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งคือ 1) ทางกาย ได้แก่การมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีความต้านทานโรคดี ปราศจากโรค และความทุกข์พลภาพ ปลอดภัยปลอดภัย การมีปัจจัยสี่ 2) จิต ได้แก่ มีจิตใจที่สดชื่น แจ่มใส มีสติ ควบคุมอารมณ์ได้ รวมถึงสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ความมีสติ ความดี 3) สังคม ได้แก่ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้ มีครอบครัวอบอุ่น สังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม และสังคมสันติสุข 4) ปัญญา ได้แก่ รู้รอบ รู้เท่าทัน ทำเป็นอยู่ร่วมกันเป็น (ประเวศ วะสี, 2543)

สุขภาพ หมายถึง 1) ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ที่ปราศจากโรค และความพิการ 2) มีความสมบูรณ์ทางจิต 3) ความสมบูรณ์ทางปัญญา 4) ความสมบูรณ์ทางสังคม สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลและสภาพแวดล้อม ซึ่งทั้ง 4 ด้านต้องเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และให้นิยามของปัญญา ว่าหมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงาม และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสุขอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาพทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็นโรคไม่พิการ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทำงานได้ตามปกติ มีประสิทธิภาพ สุขภาพทางใจ หมายถึง จิตใจที่มีความสุข ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ทำจิตใจให้เบิกบาน มีสติ มีสมาธิมีปัญญา สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมแห่งตนได้อย่างดี และมีความสุข การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีความภราดรภาพ มีสันติภาพ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกรู้สีกมีความสุขในจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสที่มีคุณค่าสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ (ประภาพร ไตรนรินทร์, 2552)

สรุป สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีความพร้อมที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงาม และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

2.3.2 แนวคิดการดูแลสุขภาพ

กฤษฎา วงศ์วิลาสชัย (2549) ได้ให้ความหมายของการดูแลว่าเป็นวงจรของความรู้สึก 3 ประการ คือ 1) เป็นการให้ความสนใจหรือมีความรู้สึกเกี่ยวข้อง 2) มีความรับผิดชอบ หรือเป็นการให้ 3) มีการคำนึงถึงชอบหรือรัก หรือในทัศนะของนักปรัชญาที่มองว่า การดูแลคนนั้นมีความหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้คนเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพอใจต่อชีวิตของตนเอง โดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการแนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันและกันนั้นเกิดขึ้น เช่นเดียวกับญาติที่ให้ความช่วยเหลือแก่กัน ด้วยความไว้วางใจกันและมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพต่อกัน นอกจากนี้การดูแลยังก่อให้เกิดการปรับหรือจัดค่านิยม และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์เสียใหม่ (Mayerroff, 1971 อ้างใน กฤษฎา วงศ์วิลาสชัย, 2549) และการดูแลช่วยให้คนดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าหรือมีความหมายยิ่งขึ้น (Blattner 1981 อ้างใน กฤษฎา วงศ์วิลาสชัย, 2549) ได้เสนอรูปแบบการดูแลไว้ 3 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 คือ การดูแลตนเอง (Intrapersonal Caring) คือ ความเอาใจใส่ต่อตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและวิญญาณ ปัจจุบันการดูแลตนเองเป็นเป้าหมายสำคัญด้านสุขภาพอนามัย โดยมุ่งให้คนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นได้จากเคารพตนเองรู้คุณค่าของตน และเชื่อมสัมพันธ์ตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี

รูปแบบที่ 2 คือ การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นผ่านทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งต้องอาศัยปัจจัยเฉพาะหลายประการ เช่น การสัมผัส (Touch) และการให้การสนับสนุน (Support)

รูปแบบที่ 3 คือ การดูแลโดยชุมชน (Community Caring) เป็นความช่วยเหลือเกื้อกูลภายในชุมชนโดยใช้ความช่วยเหลือจากภายนอกน้อยที่สุด ในเรื่องสุขภาพอนามัย การพึ่งตนเองของชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญ ปัญหาสุขภาพชุมชนควรได้รับการแก้ไขโดยชุมชน ภายใต้การสนับสนุนส่งเสริมโดยหน่วยงานของรัฐและเอกชนการดูแลชุมชนเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการดูแลตนเองที่สำคัญในการสร้างคุณภาพของมนุษย์

นอกจากนี้ยังกล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ คือ 1) การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Care) 2) การดูแลตนเองของครอบครัว (Family Care) 3) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the Extended Social Network) 4) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid or Self-Help Group)

ในส่วนของนักวิชาการในประเทศไทยอย่าง อารีย์ เจียมพุก (2544) กล่าวถึงการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษา

โรค และการปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองและมีความเป็นอยู่ที่ดีแม้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองจะเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมาย แต่การดูแลสุขภาพตนเองนั้น จะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้น อาจจะกระทำโดยไม่ได้รับรู้ถึงเป้าประสงค์ของการกระทำที่จะปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

2.3.2.1 แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง

Orem ในปี ค.ศ. 1985 ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มและกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ มีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และการพัฒนาไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งทุกคนควรต้องปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการพิจารณาตัดสินใจ ซึ่งนำไปสู่การกระทำ โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต้องพิจารณาแล้วว่าการกระทำนั้นๆ เหมาะสม

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการ หรือการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย เพื่อเป็นการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะปฏิบัติและเพื่อติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง และลักษณะของการดูแลตนเอง ต้องมีลักษณะดังนี้

- (1) เป็นกิจกรรมที่ทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปตามปกติ
- (2) เป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายของมนุษย์อยู่ในสภาพปกติและอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งทางด้านโครงสร้าง และการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ
- (3) เป็นกิจกรรมที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาการในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างมีประสิทธิภาพ และเต็มกำลังความสามารถ
- (4) เป็นกิจกรรมที่ป้องกันอันตราย และการเกิดพยาธิสภาพต่อร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุ
- (5) เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการควบคุม จำกัดข้อบกพร่อง หรือผลอันเกิดจากการมีพยาธิสภาพของร่างกาย

สามารถแบ่งโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองเป็น 3 ระดับคือ

1. ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ แบ่งออกเป็น

(1) ความสามารถที่จะรู้กับความสามารถที่จะกระทำ (ทางสรีระวิทยาและจิตวิทยา แบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และความจำ)

(2) คุณสมบัติ และปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมาย ของการกระทำ ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่

ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน การหาเหตุผล และการใช้เหตุผล หน้าที่ของประสาทสำหรับรับรู้ความรู้สึก ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การรับรส และการได้กลิ่น การรับรู้เหตุการณ์ต่างทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความหวังใยในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Components: Capabilities for Self-Care) เป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้ และการกระทำอย่างจริงจังเพื่อดูแลตนเอง ได้แก่

(1) ความสนใจ และเอาใจใส่ตนเอง รวมถึงการสนใจเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในภายนอกตนเอง และปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

(2) ความสามารถในการควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอเพื่อการเริ่มการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

(3) ความสามารถในการควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

(4) ความสามารถในการใช้เหตุผลในการดูแลตนเอง

(5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

(6) มีทักษะในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

(7) ความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

(8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา การรับรู้การจัดกระทำติดต่อกัน และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

(9) ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

(10) ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self – Care Operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ประกอบด้วย

(1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบ สถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง สิ่งแวดล้อมสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

(2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

(3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ประการนี้สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง โดยเป็นการกระทำที่จริงจัง และมีเป้าหมาย

WHO อธิบายว่าการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกผู้สูงอายุ ครอบครัว เพื่อนบ้านผู้ร่วมงาน และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง

กับสุขภาพ การรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การใช้จ่ายและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (WHO, 1993)

สุขเกษม ร่วมสุข การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการของการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาลในขั้นพื้นฐาน และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อการมีสุขภาพดีตามศักยภาพของตน โดยเริ่มจากตัวผู้สูงอายุ ครอบครัวเพื่อเป้าหมายคือการมีสุขภาพที่ดี (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553)

สรุป การดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่ริเริ่มและกระทำการกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย และการพัฒนาไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพดี ภายใต้การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การใช้จ่ายและการปฏิบัติตนตามหลักที่ถูกต้อง

2.3.2.2 แนวคิดการดูแลสุขภาพโดยชุมชน

การดูแลสุขภาพโดยชุมชน มีศัพท์สองคำที่มักสับสนและใช้ปนกัน คือ บริการชุมชน (Community Care) และบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) ทั้งนี้ Community Care เป็นคำเฉพาะที่ใช้ในอังกฤษเป็นส่วนใหญ่ เป็นบริการที่จัดให้สำหรับผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านหรือชุมชน ไม่ใช่สถาบัน รวมถึงการดูแลไม่เป็นทางการ ซึ่งอาจเป็นการดูแลโดยเพื่อนสนิท ครอบครัว และเพื่อนบ้าน เพื่อป้องกันหรือชะลอการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Walker, 1982) ส่วนใหญ่การดูแลสุขภาพโดยชุมชน หมายถึง บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ เพื่อให้เขาสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยนัยแห่งความหมายนี้ บริการชุมชนจึงเป็นบริการที่จัดกันภายในครอบครัวและชุมชนภาคไม่เป็นทางการ

สำหรับบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) องค์การอนามัยโลกให้ความหมายไว้คือ บริการที่ใกล้บ้านที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชนสอดคล้องกับวิถีชุมชนแบบดั้งเดิม โดยมีการกำหนดขอบเขตรับผิดชอบที่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น 1) การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) การพัฒนาแผนการรักษา 3) การประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพ และสังคมเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง การดูแลผู้สูงอายุแบบนี้ประกอบด้วย การให้บริการด้านอาหารที่บ้าน การติดต่อประสานงานผู้นำทางศาสนา การให้คำปรึกษาด้านยาและโภชนาการ การจ้างงาน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร การตรวจคัดกรองโรค และการให้บริการทำความสะอาดบ้าน โดยนัยนี้การบริการที่มีชุมชนเป็นฐานจึงหมายถึงบริการสุขภาพะที่มีการจัดการในระดับชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นการจัดบริการของหน่วยงานในหรือนอกชุมชนก็ได้

ทั้งนี้การดูแลสุขภาพในชุมชนนั้นควรเป็นการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วมด้วย โดยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างครอบครัวกับหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมีเป้าหมายคือการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ไม่ต้องเป็นภาระหรือพึ่งพิงผู้อื่น และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (Department of Human Services, 1998) โดยอุดมคติแล้วการดูแลแบบชุมชน มีความหมายถึงชุมชนที่มีความเอื้ออาทร เป็นผลพวงของสถาบันทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการที่เข้มแข็ง (Goldberg, 1982) มีอิทธิพลจากรากฐานจากความคิดว่า บุคคลควรให้การ

ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ระบบการจัดการภาคทางการควรเข้าไปเพียงจัดให้มีโครงข่ายการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถได้รับการดูแลจากเครือข่ายตนเองได้ และมีหน้าที่หลักคือ การทำให้ชุมชนสามารถให้การดูแลสมาชิกในชุมชนของตนเองได้โดยเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบทบาทของสถาบันต่างๆ ในสังคม คือ 1) รัฐทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น 2) ชุมชนอันประกอบไปด้วยบุคคลต่างๆ ภายในชุมชน และ 3) ครอบครัว ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นหน่วยย่อยที่สุดของสังคม ทั้งสามส่วนต้องมีการจัดความสัมพันธ์ที่เหมาะสม เพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีภายในชุมชนที่อาศัยอยู่

สรุป แนวคิดการดูแลสุขภาพ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน การรักษาพยาบาลในขั้นพื้นฐาน และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของตน โดยเริ่มจากตนเอง ครอบครัว ซึ่งสามารถแบ่งการดูแลสุขภาพออกได้เป็น 3 รูปแบบ คือการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล และการดูแลที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยทั้ง 3 รูปแบบ มีเป้าหมายคือการมีสุขภาพที่ดี

2.3.2.3 แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Concept of Home Care)

การพยาบาลที่บ้านคือ No Place Like Home: A History of Nursing and Home Care in the United States ประพันธ์โดย Karin Buhler-Wilkerson ในปี 2544 ดังที่ Buhler-Wilkerson กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า การพยาบาลที่บ้านในสหรัฐอเมริกาเริ่มต้นแบบมาจากการดูแลในบ้านผู้ป่วยที่ริเริ่มโดยวิลเลียม แรธบอน ในเมืองลิเวอร์พูล ประเทศอังกฤษ ในปี พ.ศ. 2402

วิลเลียม แรธบอน ได้พบกับ แมรี โรบินสัน พยาบาลประจำบ้านเป็นครั้งแรกในช่วงที่ภรรยาป่วย แรธบอนชักชวนให้โรบินสันทำงานร่วมกับเขาในการทดลองเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ยากจนในบ้านของพวกเขา ในขณะเดียวกันก็สอนพวกเขาถึงวิธีดูแลตัวเองให้ดียิ่งขึ้น โรบินสันรู้สึกตกใจและหนักใจกับงานมากจนเธอพร้อมที่จะลาออกหลังจากสามเดือนแรก ปัญหาสำคัญคือการสรรหาพยาบาลสำหรับงานที่ยากลำบากเช่นนี้ จากนั้นแรธบอนขอความช่วยเหลือจากฟลอเรนซ์ ไนติงเกล โดยไนติงเกลมองว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นงานที่สำคัญที่สุดงานหนึ่งของพยาบาล และสนับสนุนความพยายามของโรบินสัน ด้วยใจจริง ตามที่ ไนติงเกล ระบุในบทความที่มีผู้อ่านอย่างกว้างขวางซึ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2419 เป้าหมายของการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านคือ ทำให้ผู้คนกลับมามีชีวิตอีกครั้ง ด้วย ร่างกายและจิตใจที่ดี แต่ไนติงเกลไม่ประสบความสำเร็จในการสรรหาพยาบาลมาช่วยแรธบอนและโรบินสัน ดังนั้น แรธบอนจึงก่อตั้งโรงเรียนเพื่อฝึกอบรมพยาบาลดูแลที่บ้าน (Elizabeth Hogue, 2018)

Home Health Care Nursing หรือการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน หมายถึงระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ในขณะที่ต้องการการดูแลสุขภาพหรือ เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สามารถปรับตัวและจากโลกนี้ไปอย่างสงบ โดยมีการใช้ เทคโนโลยีขั้นสูงในการประเมินภาวะสุขภาพและให้การพยาบาลที่บ้าน (High-Tech Home Care) และ โดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมกับการพยาบาลและทีมสุขภาพในการกำหนดปัญหา เป้าหมาย และกลวิธีในการดูแลตนเอง หรือการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและครอบครัว (Self-Determination) ซึ่งมีหลักการสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้ภายใต้องค์ประกอบที่สำคัญคือ ผู้ดูแล และครอบครัว

สิ่งแวดล้อมที่บ้าน แหล่งประโยชน์ในชุมชน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงการปลอดจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงภาวะที่สุขภาพอานวยประโยชน์สูงสุด (Optimal Health) ไม่ว่าจะป่วย พิกัดหรือกำลังจะตาย ในการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการสังเกต การสรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล การบันทึกข้อมูล และการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยในการพยาบาลที่บ้านมีหลายระดับ ซึ่งปัญหาที่พบจะต่างกันการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจะช่วยให้การวางแผนการพยาบาล การกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมและการประเมินผลง่ายขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่ส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่บ้านแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม คือ

1) Curable/ Recover ผู้ป่วยที่รักษาหายได้ ต้องการการดูแลระยะสั้น ส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้ป่วยเรื้อรัง

2) Long-Term Chronic ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ได้แก่ การควบคุมอาหาร รับประทานยา และการออกกำลังกาย

3) Long-Term with Mild Disability มีการเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก'ต้องมีคนช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลต้องการการสอน และสาธิตการช่วยผู้ป่วยบางส่วนในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

4) Long-Term with Extreme Disability การดูแลซับซ้อน โรคอาเจียนรุนแรงขึ้น ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ดูแลต้องการการสอน และสาธิตกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื่องต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสายผ่านทางจมูก การเคาะปอดและการดูดเสมหะ การสวนปัสสาวะ

5) Terminally Ill ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือกำลังจะตาย อาจต้องกลับไปรับการรักษาในโรงพยาบาล อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยังดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้เอง หรือได้บ้าง และกลุ่มที่ดูแลตนเองไม่ได้เลย (วรรณ ประสารอิทธิม, 2561)

สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กล่าวว่าการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยมีการจัดกิจกรรมการดูแลตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินปัญหาสุขภาพภายใต้ความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน ช่วยให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมในระยะฟื้นฟูสภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นการบริการพยาบาลเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่บ้านให้บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งยังมีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับความจำเป็น โดยให้บริการทางการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะ มีความรู้ไม่เพียงพอ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อสร้างความมั่นใจเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและในสังคมได้ตามศักยภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อ มุ่งจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพโดยให้บริการผสมผสานเป็นองค์รวมด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและ

ครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินการตามแผนการดูแลเหมาะสมกับความต้องการ สามารถดูแลตนเองให้เกิดสุขภาวะได้ (สำนักการพยาบาล, 2556)

การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) เป็นการจัดการบริการพยาบาลดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care) ให้แก่ผู้ป่วย ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน ครอบคลุม 6 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Curable) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Long Term Chronic) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long-Term with Mild Disabilities) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และมีความพิการอย่างรุนแรง (Long-Term Extreme Disabilities) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย (Terminally Ill with Independent/ Partial Dependent) และกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (Special Group) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม (Holistic Care) ครอบคลุมกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น บริการพยาบาลที่ให้องค์การต้องเหมาะสมตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน แต่ละครอบครัว กิจกรรมประกอบด้วย การศึกษาเบื้องต้น การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ (Patient-Family Participation) รวมทั้งการประสานส่งต่อให้ได้รับบริการตามความจำเป็นจนสามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้ตามศักยภาพกลุ่มเป้าหมาย (กองการพยาบาล สาธารณสุข สำนักรงนาคัย, 2559)

การปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ส่งผลให้มีการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยสาระสำคัญที่ประชาชนจะได้รับ คือ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ การเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเป็นธรรม ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง อาทิ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ เป็นต้น ประกอบกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้เตียงรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอ กรมการแพทย์จึงมีนโยบายสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal-Based Medical Services) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) การดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน หรือการดูแลเสมือนโรงพยาบาลที่บ้าน (Hospital Care at Home) เป็นการให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในที่ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (IPD) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษา

การดูแลแบบ Home Ward เป็นการดูแลที่เปลี่ยนจาก Disease Focus เป็น Holistic Patient and Family Focus ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงในแง่คุณค่าด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้โอกาสการเข้าถึงครอบครัวผู้ป่วยในการเน้นย้ำให้เกิดทักษะความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว การเสริมพลังให้เกิดการพึ่งพาตนเองในด้านสุขภาพได้ในระยะยาว เพื่อผลลัพธ์การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการ Home Ward

1) การติดตามผู้ป่วยในความรับผิดชอบรายวัน โดยควรมีแบบบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับผู้ป่วย (Self-Monitor Form) และสำหรับทีมบุคลากร (Home Ward Clinical Assessment Form)

2) ประเมินความเจ็บป่วยทางคลินิกตามเหมาะสมและให้การดูแลรักษาตามสภาวะของผู้ป่วยโดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3) ประเมิน Psychosocial Wellbeing ของผู้ป่วยและครอบครัว และการปรับตัวต่อการดูแลรักษาความเจ็บป่วยครั้งนั้นๆ ที่บ้าน

4) ประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง รวมถึงการป้องกันการเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสร้างเสริมสุขภาพ

5) บันทึกข้อมูลเป็นปัจจุบัน

องค์ประกอบของทีมดูแลต่อเนื่อง

1) Core Team ซึ่งรับหน้าที่ดูแลหลัก ติดตามประเมินตลอดระยะการดูแลผู้ป่วย ในทีมจำเป็นต้องมีแพทย์ที่สามารถให้การดูแลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างรักษาตัวที่บ้านได้ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่มีความสนใจพร้อมร่วมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และทีมบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ อันได้แก่ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข การเยี่ยมติดตามจากแพทย์และทีมสามารถทำได้หลายรูปแบบ หมายรวมถึงตั้งแต่การติดตามไปที่บ้านผู้ป่วยโดยตรงการโทรศัพท์ติดตามอาการหรือการใช้ดีไอส์สื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต

2) Extended Team ซึ่งหมายถึง หน่วยสนับสนุนอื่น ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน พิจารณาตามความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผลลัพธ์การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด ตัวอย่างเช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ (กรมการแพทย์, 2565)

สรุป แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ในขณะที่ต้องการการดูแลสุขภาพหรือ เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ซึ่งเป็นการดูแลแบบ Holistic Patient and Family Focus ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

2.3.2.4 การดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้รับบริการแต่ละรายในปัจจุบันไม่เฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ให้ความสนใจในการดูแลรูปแบบนี้ บุคลากรทางการแพทย์ในสาขาอื่นต่างให้ความสนใจและให้ความสำคัญเห็นได้จากการบรรจุเรื่องการดูแลโดยยึดผู้ป่วยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเข้าไปในการฝึกอบรม

ความเป็นมาของการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (History of Patient-Centered Care) ในปี ค.ศ. 1951 Client-Centered Therapy ที่พัฒนาโดย Carl Rogers การรักษาลักษณะนี้

มีลักษณะไม่ชี้นำ Client-Centered Therapy (CCT) เป็นรูปแบบการรักษา (Non-Directive) ซึ่งหากเป็นการชี้นำ (Directive) เป็นการที่ผู้ให้การรักษาตั้งใจชี้นำผู้รับการรักษาไม่ว่าโดยวิธีการใด ตัวอย่างของการชี้นำ ได้แก่ การถามคำถามนำ การเสนอแนวทางการรักษา การแปลผลการตรวจ และการบอกการวินิจฉัยวิธีการ CCT ซึ่งมีลักษณะไม่ชี้นำ มีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

- 1) ฟังและพยายามทำความเข้าใจในมุมมองของผู้รับการรักษา (Listen and Try to Understand How Things are From The Client's Point of View)
- 2) ตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับการรักษาเป็นระยะ (Check That Understanding)
- 3) ดูแลโดยยอมรับและเคารพในตัวตนของผู้รับการรักษา (Treat the Client with the Utmost Respect and Regard)
- 4) ความสอดคล้องหรือโปร่งใส (A Mandate for The Therapist to be "Congruent", or "Transparent") ซึ่งทำได้โดยการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Aware) การยอมรับ (Self-Accepting) และการไม่สวมหน้ากากกับผู้รับบริการ (No Mask between Oneself and The Client)

Patient-Centered Medicine with Illness-Centered Cares (1957) Michael Balint ซึ่งเป็นแพทย์และนักจิตวิเคราะห์ ได้เสนอการแพทย์แนวใหม่เรียกว่า Patient-Centered Medicine with Illness-Centered Care ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ จากการแพทย์รูปแบบเดิมที่แพทย์มีบทบาทหลัก (Medical Paternalism) ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา เปลี่ยนมาเป็นผู้ป่วยมีบทบาทหลักในการเลือกแนวทางการรักษาของตนเอง

Total Person Approach (1972) Neuman และ Young ได้นำเสนอรูปแบบการสอนการพยาบาลแบบใหม่ ซึ่งมองบุคคลเป็นระบบใหญ่ โดยมีองค์ประกอบย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ร่างกาย (Physiological) จิตใจ (Psychological) สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural) จิตวิญญาณ (Spiritual) รวมไปถึงพัฒนาการและการปรับตัว (Developmental)

The Primary Care Consultation (1976) Byrne และ Long ได้มีการวิเคราะห์รูปแบบการสนทนาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 2,000 ครั้ง สรุปได้ออกมาเป็น 6 ระยะของการสนทนา ดังนี้

- 1) สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (The Doctor Establishes a Relationship with The Patient)
- 2) ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (The Doctor Attempts to Discover or Actually Discovers the Reasons for The Patient's Attendance)
- 3) ซักประวัติและตรวจร่างกาย (The Doctor Conducts a Verbal or Physical Examination or Both)
- 4) การระบุปัญหา (The Doctor and/or Patient Consider the Condition)
- 5) การกำหนดข้อตกลง แนวทางในการรักษา และการส่งตรวจเพิ่มเติมหากจำเป็น (The Doctor and Patient Agree and Detail Further Treatment or Investigation If Necessary)
- 6) สิ้นสุดการรักษา (The Consultation is Terminated)

The Patient-Centered Clinical Method: A Model for The Doctor-Patient Interaction in Family Medicine Leven Stein และคณะ (1984) ได้แสดงวิธีการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีการผนวกเอามุมมองของแพทย์ (Doctor's Agenda) และมุมมองของผู้ป่วย (Patient's Agenda) เข้าไว้ด้วยกัน โดยในมุมมองของแพทย์นั้นสนใจในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค สำหรับในมุมมองของผู้ป่วยนั้นต้องค้นหาความคิด ความรู้สึก และความคาดหวังของผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเมื่อบูรณาการทั้งสองมุมมองเข้าไว้ในการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วย จะทำให้แพทย์สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มี 6 องค์ประกอบ

- 1) วิเคราะห์โรคและความเจ็บป่วย (Exploring Both Disease and Illness)
- 2) เข้าใจความเป็นคน (Understanding the Whole Person)
- 3) หาแนวทางร่วมในการรักษา (Finding Common Ground)
- 4) ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ (Incorporating Prevention and Health Promotion)
- 5) ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Enhancing the Patient-Doctor Relationship)
- 6) ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (Being Realistic) (กฤษณะ สุวรรณภูมิ, 2554)

สรุป การดูแลโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการรับฟังและพยายามทำความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วย เน้นการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและเสนอแนวทางการรักษาที่เป็นไปในลักษณะของการหาแนวทางร่วมกันในการรักษา มากกว่าการชี้แนะ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

2.3.2.5 การดูแลผู้ป่วยวัยโรค

การดูแลผู้ป่วยวัยโรค โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centred Care; PCC) หมายถึง การให้บริการ ดูแลรักษาแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งต้องทำความเข้าใจกับบริบทต่างๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล บทบาทในครอบครัวองค์ประกอบครอบครัวสถานการณ์ปัจจุบันในชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมของชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย เพื่อให้เข้าใจและวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง ได้รอบด้าน เป็นการบริการดูแลรักษาแบบองค์รวม สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงจุดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อแผนการรักษา ซึ่งผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับประเมินเป็นรายบุคคล โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา เทคนิคการหาหนทางร่วมกันระหว่างแพทย์หรือผู้ให้บริการกับผู้ป่วย การพิจารณาทางเลือกให้โอกาสผู้ป่วยพูดถึงความกังวลข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษา พูดคุยเกี่ยวกับประเด็นความกังวลข้อสงสัยร่วมกัน วางเป้าหมายการรักษาร่วมกันที่เป็นรูปธรรม โดยแพทย์ควรยืดหยุ่นให้เกียรติการตัดสินใจของผู้ป่วย เมื่อตกลงเป้าหมายร่วมกันได้แล้วก็แบ่งปันบทบาทหน้าที่ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยให้ชัดเจนโดยให้ผู้ป่วยรับผิดชอบให้ความร่วมมือในการรักษาส่วนแพทย์หรือผู้ให้บริการมีบทบาทในการให้คำแนะนำชี้แนะ แนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมและช่วยแก้ไข้ปัญหา การดำเนินงานให้บรรลุ

เป้าหมายนี้จำเป็นต้องอาศัยการทำงาน ของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย เฉพาะรายแบบองค์รวมเรียกว่า Case Manager (กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค, 2561)

วัตถุประสงค์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1) เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเรื่องวัณโรค ให้สามารถดูแลตัวเอง และให้ความร่วมมือในการรักษากับทีมสหวิชาชีพ

2) เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพเข้าใจบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวในมิติต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคมและเศรษฐกิจ

3) เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (Positive Partnership) ซึ่งนำไปสู่การสื่อสารพูดคุย การสร้างความไว้วางใจ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการตัดสินใจร่วมกันต่อการวางแผนการรักษา (Decision-Making Between Patients and Health Professionals)

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centred Care; PCC) เน้น การให้คำปรึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิด สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ป่วยจนเกิดความร่วมมือในการรักษาจนหาย การให้ การปรึกษาจะช่วยให้เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคทราบถึงปัญหา สาเหตุและความต้องการของผู้ป่วย และ ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาเทคนิค ทักษะที่นำมาใช้ในกระบวนการให้การรักษานั้นมีหลายเทคนิค และมีหลายระดับ เช่น

(1) BATHE Interview Technique เทคนิคเบื้องต้นที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างแพทย์หรือเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคกับผู้ป่วย เหมาะกับการให้บริการผู้ป่วยที่เริ่มรักษาหรือไม่มี ปัญหาที่ซับซ้อนหรือเจ้าหน้าที่มีระยะเวลาจำกัด ใช้ระยะเวลา 5-10 นาที เน้นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะสื่อสาร ที่สำคัญคือ เจ้าหน้าที่จะต้องรับฟังด้วยท่าทีเห็นใจ

B (Background) = สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเช่น รายได้อาชีพ ระดับ การศึกษาสถานะภาพสมรส ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นต้น

A (Affect) = สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อทราบผลการวินิจฉัย

T (Trouble) = สอบถามเพื่อสำรวจปัญหาของผู้ป่วย

H (Handling) = สอบถามเพื่อให้ผู้ป่วยวางแผนจัดการแก้ปัญหา

E (Empathy) = เจ้าหน้าที่แสดงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจเสนอแนะแนว ทางแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย

กรณีที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคใช้เทคนิค BATHE Interview แล้ว พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาที่ซับซ้อนมากให้พิจารณาส่งต่อผู้ให้การศึกษาโดยเร็วที่สุด โดยใช้เทคนิค Advance Counseling เพื่อหาวิธีแก้ไขปัญหาลงมือปฏิบัติต่อไป เช่น ส่งพบนักสังคมสงเคราะห์กรณี ผู้ป่วยมีปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม ส่งพบนักจิตวิทยากรณีผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับโรคสูงมากหรือ มีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเอง เป็นต้น

(2) Advance Counseling เป็นเทคนิคการให้การปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา ซับซ้อน เทคนิคนี้ใช้ระยะเวลาในการให้การปรึกษา 30-50 นาที เพื่อให้ได้ทราบปัญหาสาเหตุและ ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ให้การศึกษาควร ติดตามผลการให้การช่วยเหลือของผู้ป่วยทุกครั้ง

การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

1) การดูแลการรับประทานยาโดยการสังเกตตรง (DOT: Directly Observe Treatment) กระบวนการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แพทย์และทีมสหวิชาชีพ ต้องเข้าใจ เรื่อง โรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ของผู้ป่วยแต่ละราย ไปด้วยกัน สำหรับผู้ป่วยวัณโรค ควรต้องได้รับการอธิบายเรื่องโรคและ การรักษาหาย ต้องใช้เวลารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Good Compliance) จำเป็นต้องมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา (DOT Observer) ตลอด ระยะเวลาการรักษา ความเจ็บป่วย (Illness) ของผู้ป่วยแต่ละรายผู้ให้บริการควรทำความเข้าใจในมิติ ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยซึ่งควรให้คำปรึกษาทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาตามนัด

DOT (Directly-Observed Treatment) หรือการมีพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยวัณโรค รับประทานยาต่อหน้า อันเป็นมาตรการสำคัญของกลยุทธ์ DOTS (Directly-Observed Treatment, Short-Course) ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำสำหรับการควบคุมวัณโรค

เป็นเวลากว่า 100 ปี ที่สามารถใช้กล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจจับแบคทีเรียที่ทำให้เกิด วัณโรค และเป็นเวลาเกือบ 50 ปี ที่มียาต้านวัณโรค ผู้คนเสียชีวิตด้วยวัณโรคจำนวนมาก มีสาเหตุมา จากการขาดการจัดบริการ เพื่อให้แน่ใจว่าการตรวจหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรค จึงนำกลยุทธ์การรักษา วัณโรคที่ได้รับการพิสูจน์แล้วและคุ้มค่า เรียกว่า DOTS (Directly-Observed Treatment) มาใช้ เป็นการผสมผสานระหว่างองค์ประกอบด้านเทคนิคและการจัดการ ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ติดเชื่อซ้ำและ หยุดวงจรของการแพร่เชื้อ และยังช่วยป้องกันการดื้อยาอีกด้วย (WHO, 1999)

กลยุทธ์ทางเทคนิคสำหรับ DOTS (Directly-Observed Treatment) ได้รับการ พัฒนาโดย Karel Styblo จาก International Union Against TB & Lung Disease ในปีพ.ศ. 2513 โดยเริ่มในแทนซาเนีย มาลาวี นิการากัว และโมซัมบิกด้วย Styblo ได้ปรับปรุงระบบการรักษา แบบตรวจสอบและถ่วงดุล ซึ่งมีอัตราการรักษาสำเร็จสูง ในราคาที่ไม่แพง เหมาะสำหรับประเทศที่ กำลังพัฒนา ซึ่งเป็นการเพิ่มสัดส่วนของผู้รักษาวัณโรคจาก ร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 80 โดยมีค่าใช้จ่าย ต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วยวัณโรคอยู่ที่ 10 ดอลลาร์ และ 3 ดอลลาร์ต่อรักษาผู้การติดเชื้อวัณโรครายใหม่ โดยในปี พ.ศ. 2550 องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้เริ่มตรวจสอบการขยายศักยภาพของกล ยุทธ์ DOTS (Directly-Observed Treatment) ในเดือนกรกฎาคมพ.ศ. 2551 ธนาคารโลกได้เชิญ Styblo และ WHO ให้ออกแบบโครงการควบคุมวัณโรคสำหรับประเทศจีน เป็นโครงการนำร่องในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งประสบผลสำเร็จ โดยมีอัตราการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่า จนทำให้ ประเทศจีนก็ขยายโครงการนี้ให้ครอบคลุมครึ่งประเทศ ต่อมา อาราคะ โคชิ ได้พัฒนา กรอบการ ทำงานสำหรับการควบคุมวัณโรคที่รัดกุมมากยิ่งขึ้นโดยเน้นที่องค์ประกอบหลัก 5 ประการและการ ดำเนินงานหลัก 9 ประการ ความสำคัญเบื้องต้นอยู่ที่ DOTS (Directly-Observed Treatment) หรือการรักษาแบบสังเกตโดยตรง โดยใช้ชุดยารักษาวัณโรคแบบเฉพาะเจาะจงที่เรียกว่า เคมีบำบัด ระยะสั้น เป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการในการควบคุมวัณโรค ต่อมาในปีพ.ศ. 2536 รายงานการพัฒนาของธนาคารโลกอ้างว่ากลยุทธ์การควบคุมวัณโรคที่ใช้ใน DOTS (Directly-Observed Treatment) เป็นหนึ่งในการลงทุนด้านสาธารณสุขที่คุ้มค่าที่สุด มีการใช้บริการควบคุม DOTS TB อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ก่อนหน้านี้มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ น้อยกว่า ร้อยละ 2 ที่ได้รับการ ตรวจพบและรักษาให้หายขาด ด้วยบริการ DOTS (Directly-Observed Treatment) ในปีพ.ศ.

2533 ประมาณร้อยละ 60 ได้รับประโยชน์จากการดูแลนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา ผู้คน 41 ล้านคนได้รับการรักษาที่ประสบความสำเร็จ และช่วยชีวิตผู้ป่วยวัณโรคได้ถึง 6 ล้านคนผ่านการใช้วิธี DOTS และ Stop TB Strategy (United Nations Millennium Development Goals Report, 2011)

การมีพี่เลี้ยงกำกับกับการรับประทานยา (Directly Observed Therapy, DOT) จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มมีการนำ DOT มาใช้ในการรักษาวัณโรคตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1996 (พ.ศ. 2539) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาวัณโรคโดยติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การรักษาวัณโรคได้ผลการรักษาที่หายขาด (Cure) ลดการเกิดเป็นซ้ำ (Relapse) และลดปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยา (Drug Resistance) (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2558) นอกจากนี้ยังมีเทคโนโลยีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรับประทานยา VOT (Video Observed Treatment)

Video Observed Treatment (VOT) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบันทึกวิดีโอการรับประทานยา ซึ่งผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถดูได้ในภายหลัง ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำผ่าน แอปพลิเคชันมือถือที่ปลอดภัยเพื่อบันทึกวิดีโอของตนเองขณะรับประทานยาประจำวัน สิ่งนี้จะถูกอัปโหลดไปยังเซิร์ฟเวอร์ระยะไกลที่ปลอดภัยซึ่งผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถเข้าถึงได้เพื่อตรวจสอบปริมาณที่ได้รับ หากวิดีโอไม่ถูกส่งตามที่คาดหวัง หรือหากการรับประทานยาไม่ชัดเจนในวิดีโอ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สามารถติดต่อผู้ป่วยเพื่อระบุปัญหาและให้การสนับสนุน เพื่อให้แน่ใจว่าจะปฏิบัติตามการใช้ยาต่อไป (TB Digital Adherence, 2022)

VOT อาจเรียกเป็น VDOT (Video DOT) หรือ Video-Supported Treatment for TB เป็นการใช้อินเทอร์เน็ต (Video Call) ผ่านทางโทรศัพท์มือถือประเภท Smart Phone หรืออุปกรณ์สนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ Tablet หรือ Computer ที่มีกล้องถ่ายวิดีโอให้เจ้าหน้าที่ได้สังเกตดูผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาผ่านวิดีโอคอล เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคได้รับประทานยาทั้งหมดนี้จะมีความสะดวกกว่าการทำ DOT ที่ผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องเดินทางทุกวันไปที่โรงพยาบาล หรือไปที่ PCU (Primary Care Unit) ที่โดยทั่วไป คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ทำให้เป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยวัณโรค โดย VOT ได้รับรายงานการศึกษาส่วนใหญ่มาจากประเทศพัฒนาแล้วที่มีเครือข่ายอินเทอร์เน็ตสากลครอบคลุมอย่างกว้างขวางทำให้สะดวกต่อการดำเนินการ VOT ข้อจำกัดสำคัญของการทำ VOT คือ ความเสถียรของระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตทำให้อาจไม่ได้ดูผ่านวิดีโอคอลในขณะที่รับประทานยาที่เป็น Real Time อย่างไรก็ตามในปัจจุบันก็มีความพยายามในการทำ VOT เป็น Off-line บันทึกเก็บไว้ส่งให้เจ้าหน้าที่ดูในภายหลังได้ (พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ, 2018)

การพัฒนาและประเมินด้วยทุนสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง รัฐ และเอกชน โดยนักวิจัยของมหาวิทยาลัยของแคลิฟอร์เนีย ซานดิเอโก และผู้ให้บริการด้านการแพทย์ในสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เม็กซิโก และเวียดนาม VOT อิงตามหลักฐานและแจ้งให้ผู้ใช้ทราบ Sure Adhere VOT เป็นระบบที่ช่วยให้ผู้ให้บริการมีการรับประกันว่าผู้ป่วยกลืนยา เป็นการ DOT ด้วยตนเอง ในขณะที่ลดภาระการเดินทาง เวลาและจำกัดปริมาณที่สามารถรับประทานได้ มีความปลอดภัยสูง ระบบที่ปรับแต่งได้ได้รับการออกแบบมาสำหรับผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชนในการตรวจสอบ Caseloads ของ TB ตั้งแต่ผู้ป่วยรายเดียวไปจนถึงโครงการระดับชาติ การใช้ SureAdhere อินเทอร์เน็ตแบบ

กราฟิกบนเว็บ ผู้ให้บริการสามารถตรวจสอบสถานะการรักษาสำหรับผู้ป่วย TB ทั้งหมดได้ตลอด การ
ใช้ข้อมูลที่บ้านที่กักไว้ในระบบเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้จัดการโปรแกรมและผู้กำหนด
นโยบาย

ประโยชน์ของการรักษาโดยสังเกตจากวิดีโอ VOT คือ 1) มีความแม่นยำสูงและมี
หลักฐานที่เชื่อถือได้ว่ายาถูกกลืนเข้าไป 2) ปริมาณจะถูกบันทึกไว้ทุกที่และทุกเวลาที่ถ่าย 3) VOT
ช่วยให้ผู้ป่วยมีเอกราชและความเป็นส่วนตัวมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ DOT จึงช่วยลดความอับยศ
ของ TB 4) VOT มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเพิ่มการสื่อสารด้วยผู้ให้บริการ 5) ผู้ให้บริการใช้เวลา
น้อยลงในการสังเกตผู้ป่วยที่สมัครใจมีเวลารองรับผู้ป่วยที่ต้องการความเอาใจใส่มากขึ้น 6) ใช้ข้อมูล
การปฏิบัติตามเพื่อระบุผู้ป่วยที่ยึดมั่นไม่ดีปรับการศึกษาผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและส่งเสริมการรักษาให้
เสร็จสิ้น 7) VDOT อิงตามหลักฐานและสามารถปรับขนาดได้ (Sure Adhere, 2022)

สรุป กลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ทั้ง DOT (Directly-Observed Treatment) หรือ
การมีพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาต่อหน้า และ VOT (Video Observed Treatment) ที่
ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบันทึกวิดีโอการรับประทานยา ทั้ง 2 กลยุทธ์เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรค
ได้รับยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตามระยะเวลา ช่วยให้ผู้ป่วยหายตามเวลา และลดการดื้อยาอีกด้วย

2) การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในช่วงแรกของการรักษา หากไม่ได้รับ
การดูแลทันทีอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาและหยุดการรักษาเอง จึงควรให้การดูแลผู้ป่วย
เพื่อบรรเทาอาการทุกขั้วทรมานเพื่อผู้ป่วยให้มีความร่วมมือรักษาในที่สุด

3) การดูแลด้านโภชนาการ (Nutritional Care for Patients with Tuberculosis)

ผู้ป่วยวัณโรคจะมีน้ำหนักตัวลดลง เนื่องจากเบื่ออาหารคลื่นไส้อาเจียน และหากมีดัชนีมวลกาย หรือ BMI ต่ำกว่า 18.5 kg/m² จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของวัณโรค การดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วยควรดำเนินการอย่างจริงจังตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยวัณโรคที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐานควบคู่ไปกับการวินิจฉัยวัณโรคเพื่อการรักษา และติดตามภาวะโภชนาการในระยะการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกเพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยมี
สุขลักษณะของการดำรงชีพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

สิทธิของผู้ป่วย

ด้านการดูแลรักษา ผู้ป่วยมีสิทธิเข้าถึงการดูแลรักษาวัณโรคตามมาตรฐานสากล และมี
สิทธิได้รับประโยชน์จากการดูแลรักษา เช่น การวินิจฉัยโรค การรักษาให้หาย การให้ สุขศึกษา การ
ป้องกัน เป็นต้น

ด้านศักดิ์ศรี ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปฏิบัติด้วยความเสมอภาค การรักษาความลับหรือ
เปิดเผยข้อมูลโดยความยินยอมของผู้ป่วยการได้รับบริการต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ โดยไม่ถูกเลือก
ปฏิบัติและไม่ถูกตีตรา พร้อมทั้งมีสิทธิเข้าร่วมพัฒนาแผนงานวัณโรคทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ
และนานาชาติด้านข้อมูลข่าวสารผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์การบริการดูแลรักษา

วัคซีน เช่น การปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่เชื้อ ระยะเวลาการรักษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษา การสนับสนุน ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

แจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการรักษาและควบคุมโรค เช่น ประวัติการรักษาโรคในอดีต อาการป่วยปัจจุบัน ผู้สัมผัสโรคในบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิด เป็นต้น

ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามแผนการรักษา หากมีปัญหาในการปฏิบัติควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบเพื่อหาวิธีแก้ไขหรือปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมต่อไป

หากพบผู้มีอาการสงสัยวัณโรคหรือผู้สัมผัสวัณโรคในชุมชน ควรแจ้งให้มารับการตรวจเพื่อวินิจฉัยวัณโรค

ร่วมผลักดันให้ผู้ป่วยในชุมชนให้ความร่วมมือในการรักษาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพื่อการควบคุมวัณโรคในชุมชนต่อไป (กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค, 2561)

สรุป การดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีหลักการที่สำคัญคือ การเน้นการให้การปรึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ป่วยจนเกิดความร่วมมือในการรักษาจนหาย การให้การปรึกษาจะช่วยให้เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคทราบถึงปัญหา สาเหตุและความต้องการของผู้ป่วย และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา เทคนิค ทักษะที่นำมาใช้ในกระบวนการให้การปรึกษานั้นมีหลายเทคนิค และมีหลายระดับ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิด ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชนหรือองค์การในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรมทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมการดำเนินการและร่วมรับผลประโยชน์โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันของกลุ่มและเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มด้วยการให้ความหมายคำจำกัดความการมีส่วนร่วมมีมากมายหลายทัศนะ มีทั้งความหมายกว้างและความหมายแคบในบริบทของลักษณะงานในแง่มุมมองประเด็นต่างๆ เป็นไปในทิศทางเดียวกันในแง่ของการพัฒนา “การมีส่วนร่วม” (Participation) หมายถึงกระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริมชักนำและสร้างโอกาสให้กับประชาชนทั้งส่วนบุคคล กลุ่มชน ชุมชน สมาคม มูลนิธิและองค์กรอาสาสมัครเข้ามามีบทบาทในการดำเนินการในเรื่องใด เรื่องหนึ่งหรือหลาย ๆ เรื่องแล้วแต่กรณี (ไพรัตน์ เดชะรินทร์, 2527)

การมีส่วนร่วมของชุมชน สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

- 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจควรทำอะไรและทำอย่างไร
- 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค (Cohen and Uphoff, 1981)

2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนใช้สิทธิหน้าที่และความรับผิดชอบในการเข้าไปร่วมแก้ไขปัญหาของชุมชน รวมไปถึงสำรวจตรวจสอบความจำเป็นในเรื่องต่าง ๆ เพื่อระดมทรัพยากรท้องถิ่นและเสนอแนวทางแก้ไขใหม่ๆให้กับชุมชน สำหรับกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมนั้นต้องอาศัยความพร้อมเพรียงในการใช้อำนาจตัดสินใจเพื่อบูมไปสู่ความสำเร็จ (ถวิลวดี บุรีกุล, 2546)

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผลในทุกขั้นตอน โดยกิจกรรมใดก็ตามควรเปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการ ถือเป็นแนวคิดหนึ่งของการพัฒนาชุมชนซึ่งจะประสบผลสำเร็จได้ต้องเกิดจากความร่วมมือระหว่างรัฐและชุมชน ไม่ปล่อยให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรับผิดชอบเพียงฝ่ายเดียว (สนธยา พลศรี, 2547; มนัส สุวรรณ, 2549)

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมชักนำและเปิดโอกาสให้บุคคล กลุ่ม องค์กร ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการ โดยเฉพาะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเปิดช่องทางการมีส่วนร่วมให้กับประชาชนดังนี้ 1) การเปิดช่องทางให้ประชาชนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้มีช่องทางการแสดงความคิดเห็น 2) การเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็น และเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล และเป็นเวทีในการตัดสินใจ 3) การรณรงค์ส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มตามความสนใจในลักษณะของชมรม รวมทั้งการส่งเสริมอาสาสมัครที่มีจิตอาสาเพื่อช่วยเหลืองานท้องถิ่น ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในชุมชนในฐานะทั้งผู้ส่งเสริม ผู้รับบริการ และผู้ตรวจสอบ (โกวิทย์ พวงงาม, 2553)

การมีส่วนร่วมการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กำหนดทิศทางการพัฒนาการดำรงชีวิตเป็นการสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในแนวทางการพัฒนาวางแผนปฏิบัติ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือทรัพยากรทางการบริการตลอดจน อำนาจในการตัดสินใจ ในการกำหนดกิจกรรมหรือแนวทางการดำเนินกิจกรรมของตนเองให้เกิดขึ้น เกิดขึ้นภายในชุมชนด้วยความเต็มใจ เต็มความสามารถของตนเองเพื่อเพิ่ม (ธวัชชัย สนธิธมโม, 2561)

สรุป การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่เปิดโอกาสให้ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผลในทุกขั้นตอน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการ ซึ่งต้องมีช่องทางการแสดงความคิดเห็น เวทีรับฟังความคิดเห็น และเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นำไปสู่การพัฒนา

2.4.2 ประเภทของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม แบ่งประเภทตามขั้นตอนในการพัฒนาออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นริเริ่มการพัฒนา ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการด้วย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการวางแผนในการพัฒนา ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่ใช้

ขั้นตอนที่ 3 ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ และแรงงาน หรือเข้าร่วมบริหาร ประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

ขั้นตอนที่ 4 ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนา หรือยอมรับผลประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ

ขั้นตอนที่ 5 ประชาชนเข้าร่วมประเมินการพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด ซึ่งในการประเมินอาจปรากฏในรูปของการประเมินผลย่อย (Formative Evaluation) เป็นการประเมินผลก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ หรือกระทำในรูปของการประเมินผลรวม (Summative Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลสรุปสุดท้าย (ทศพล กฤตยพิสิฐ, 2538 อ้างใน ธวัชชัย สนธิธมโม, 2561)

การมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ

1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชนร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ

2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงานรวมถึงทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้ในโครงการ

3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการโดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันได้ (อภิญา กังสนารักษ์, 2544)

การมีส่วนร่วม แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1) การมีส่วนร่วมโดยตรง เป็นการมีส่วนร่วมด้วยตนเองในองค์กรที่จัดตั้งขึ้น ประชาชน (Inclusive Organization) เช่นการรวมกลุ่มของสตรี หรือเยาวชนต่าง ๆ เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมโดยทางอ้อม เป็นการมีส่วนร่วมที่ผ่านองค์กร หรือผู้แทน (Representative Organization) เช่นกรรมการหมู่บ้าน กรรมการกลุ่มสตรี หรือกรรมการกลุ่มเยาวชน

3) การมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาส (Open Participation) เป็นการมีส่วนร่วมโดยผ่าน การที่ไม่ใช่ตัวแทนของประชาชน (Non-Representative Organization) เช่นสถาบันหน่วยงานที่ เชิญชวนและเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมได้ตลอดเวลา

รูปแบบการมีส่วนร่วม 5 รูปแบบ ดังนี้

- 1) การรับรู้ข่าวสาร (Public Information)
- 2) การปรึกษาหารือ (Public Consultation)
- 3) การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting)
 - 3.1) การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting)
 - 3.2) การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing)
 - 3.3) การประชุมประชาพิจารณ์ (Public Hearing)
- 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)
- 5) การใช้กลไกทางกฎหมาย (นิคม สมสงวน, 2544)

สรุป การมีส่วนร่วมมีหลากหลายลักษณะ หลากหลายรูปแบบ โดยจะต้องเริ่มต้นจาก การค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหภายในชุมชน นำมาวางแผน โดยที่ประชาชนในชุมชนนั้นๆ มี ส่วนในการร่วมคิดเห็น ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล ซึ่งการมีส่วนร่วมอาจเป็นไปได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม ซึ่งต้องมีช่องทางที่ทำให้ประชาชนได้แสดงออกและมีส่วนร่วมได้ตลอดเวลา

2.4.3 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน สิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญหรือคำนึงถึง คือ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน เนื่องจากจะนำไปสู่การกำหนดทิศทางในการสร้าง กระบวนการมีส่วนร่วมที่สะท้อนถึงบทบาทและอิทธิพลของประชาชน โดยยิ่งระดับการมีส่วนร่วมของ ประชาชนสูงมากเท่าใด บทบาทของประชาชนและการอุทิศตัวของประชาชนในกิจกรรมที่เข้ามามี ส่วนร่วมก็ยิ่งสูงมากขึ้นเท่านั้น และบทบาทภาครัฐก็จะน้อยลงตามไปด้วย ระดับการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในทางวิชาการมีหลากหลายตัวแบบ ในที่นี้ใช้ตัวแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนของ สมาคมการมีส่วนร่วมสากล (International Association for Public Participation - IAP2) Public Participation Spectrum โดยประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน 5 ระดับ (สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2560)

ระดับที่ 1 การให้ข้อมูลข่าวสาร (To Inform) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน เกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนในการได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับงานของภาครัฐ โดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลที่เป็นจริงถูกต้อง ทันสมัย และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ เป็นระดับที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมน้อยที่สุด แต่ถือว่าเป็นขั้นพื้นฐานและมีความสำคัญมาก ซึ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมในระดับนี้อยู่ในลักษณะการให้ข้อมูล ทางเดียวจากภาครัฐสู่ประชาชน

ระดับที่ 2 การปรึกษาหารือ (To Consult) เป็นการเปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ ข้อมูล ข้อเท็จจริง และแสดงความคิดเห็น รวมทั้งข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการหรือการ ปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐอย่างอิสระและเป็นระบบ โดยหน่วยงานภาครัฐจัดให้มีกระบวนการ รับฟังความคิดเห็นทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และนำข้อเสนอแนะความคิดเห็น และประเด็น

ที่ประชาชนเป็นห่วงไปประกอบเป็นแนวทางในการปรับปรุงนโยบายหรือพัฒนาวิธีการปฏิบัติงานในหน่วยงาน และประกอบการตัดสินใจ

ระดับที่ 3 การเข้ามามีบทบาท (To Involve) เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลระหว่างรัฐกับประชาชนอย่างจริงจังและมีจุดมุ่งหมายชัดเจน โดยมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การวางแผนงาน โครงการ และวิธีการปฏิบัติงาน โดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่จัดระบบ อำนาจความสะดวก ยอมรับ การเสนอแนะและการตัดสินใจร่วมกับภาคประชาชน การมีส่วนร่วมระดับนี้มักดำเนินการในรูปแบบ คณะกรรมการที่มีตัวแทนภาคประชาชนเข้าร่วม

ระดับที่ 4 ความร่วมมือ (To Collaborate) เป็นการให้บทบาทของประชาชนในระดับสูงมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การเป็นหุ้นส่วนกับประชาชนในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจตั้งแต่การระบุปัญหา พัฒนาทางเลือก และแนวทางแก้ไข รวมทั้งการเป็นภาคีในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ ดังนั้น การมีส่วนร่วมในระดับนี้ คือ การสัญญากับประชาชนและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียว่า เราจะร่วมงานกับประชาชนเพื่อได้ข้อเสนอแนะและแนวความคิดใหม่ รวมทั้งนำข้อเสนอแนะของประชาชนมาเป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ความคิดเห็นของประชาชนจะสะท้อนออกมาในการตัดสินใจที่ค่อนข้างสูง รูปแบบการมีส่วนร่วมในขั้นนี้ เช่น คณะกรรมการร่วมภาครัฐและเอกชนคณะที่ปรึกษาภาคประชาชน เป็นต้น

ระดับที่ 5 การเสริมอำนาจประชาชน (Empower) เป็นระดับที่บทบาทของประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงสุด เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทในการเป็นผู้ตัดสินใจ โดยหน่วยงานภาครัฐจะต้องดำเนินการตามการตัดสินใจของประชาชนการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูงสุดนี้ เน้นให้ประชาชนมีบทบาทในการบริหารจัดการโดยเป็นผู้ดำเนินการกิจ และภาครัฐมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนเท่านั้น รูปแบบการมีส่วนร่วมในระดับนี้ ได้แก่ การลงประชามติ หรือสภาเมือง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2560)

สรุป ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน มีความแตกต่างกันในแต่ละระดับ ซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกิจกรรมหรืองานที่ทำ การเลือกระดับการมีส่วนร่วมให้เหมาะสม และสื่อสารให้เข้าใจก่อนที่จะมีกระบวนการมีส่วนร่วม ผู้นำหรือผู้จัดการกิจกรรมจะต้องมีความชัดเจนว่า ต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระดับใด ซึ่งหากขาดการสื่อสารที่ชัดเจนจะก่อให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมาจากการได้รับข้อมูลและความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ ในขณะที่ประชาชนคาดหวังว่าความคิดเห็นหรือความต้องการของประชาชนเป็นสิ่งที่ได้รับความสำคัญและถูกนำไปปฏิบัติตาม ดังนั้น ก่อนเริ่มกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องสื่อสารให้ชัดเจนว่า ผลของการมีส่วนร่วมคืออะไร เป็นการมีส่วนร่วมในระดับใด ซึ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนจะสะท้อนถึงบทบาท อิทธิพล และการอุทิศตนของประชาชนในกิจกรรมนั้นๆ

2.4.4 การสร้างการมีส่วนร่วม

ในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น มีเทคนิคหรือวิธีการที่ต้องเลือกใช้ อย่างเหมาะสมกับประเด็น เวลา สถานการณ์ และทรัพยากรที่มีจำกัดหรือกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต่างสถานะ ต่างสภาพกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการให้ข้อมูลหรือการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน หรือ การปรึกษาหารือร่วมกัน ที่ต้องอาศัยรูปแบบหรือวิธีการที่ต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งเทคนิคการมี

ส่วนร่วมเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) เทคนิคการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล 2) เทคนิคการมีส่วนร่วมในการรับฟังความคิดเห็น และ 3) เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบปรึกษาหารือ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2560)

1) เทคนิคการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล เป็นเทคนิคที่เป็นการสื่อสารทางเดียว (One-Way Communicate) เพื่อให้ประชาชนรับทราบข้อมูล ได้แก่ เอกสารข้อเท็จจริง (Fact sheet) จดหมายข่าว (Newsletter) รายงานการศึกษา (Report Study) การจัดทำวีดิทัศน์ การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสาร (News Repositories) การแถลงข่าว (New Release) การสัมมนาทางวิชาการให้กับสื่อมวลชน การสื่อสารผ่านวิทยุกระจายเสียง หอกระจายข่าวชุมชน (Village News Announcement) ทักษะศึกษาและเยี่ยมชมโครงการ (Facility tour/ Site Visit) การนำเสนอ (Presentation) และการชี้แจงในการประชุมของทางราชการ

2) เทคนิคการมีส่วนร่วมในการรับฟังความคิดเห็น เป็นเทคนิคที่เป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way Communicate) ซึ่งมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น แต่จุดเน้นหรือวัตถุประสงค์หลักอยู่ที่การได้ข้อมูลและความคิดเห็นของประชาชน ได้แก่ การสัมภาษณ์รายบุคคล (Community Interview) การสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ (Interactive Website) การสำรวจความคิดเห็น (Surveys and Telephone Poles) สายด่วนสายตรง (Hot Line) การรับฟังความคิดเห็นในเวทีประชุม สัมมนา และการประชาพิจารณ์

3) เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบปรึกษาหารือ เป็นรูปแบบที่เป็นการสื่อสารสองทางมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นในเนื้อหาอย่างชัดเจน เทคนิคกลุ่มนี้เป็นการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระดับที่ค่อนข้างสูง ได้แก่ เวทีสาธารณะ (Public Meeting/ Forum) การพบปะแบบไม่เป็นทางการ (Open House/ Informal Meeting) การจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนแก่ชุมชน (Community Outreach Service) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) และการตั้งคณะที่ปรึกษา (Advisory Group) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2560)

สรุป การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน เกิดจากการให้ข้อมูลเป็นสำคัญ การได้รับข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งแรกที่ทำให้ประชาชนเกิดความสนใจ จากนั้นเมื่อได้รับ การสื่อสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะทำให้ประชาชนเห็นถึงจุดเน้นหรือวัตถุประสงค์ของกิจกรรมมากขึ้น และเมื่อประชาชนสามารถแสดงความคิดเห็นที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมก็จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น การมีส่วนร่วมสามารถนำมาใช้ในการกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเน้นที่บุคคลในครอบครัว และต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบ เมื่อมีการนำรูปแบบไปปฏิบัติ หรือนำไปใช้ จึงทำให้เกิดการพัฒนาต่อยอดเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด ซึ่งคำว่ารูปแบบมีการสื่อความหมายที่หลากหลาย และถูกตีความที่ต่างออกไปขึ้นอยู่กับรูปแบบนั้นถูกนำไปในงานหรือทฤษฎีใด

2.5.1 ความหมายของรูปแบบ

เลอร์ ได้ให้ความหมายของรูปแบบไว้ว่า รูปแบบ หมายถึง การสร้างมโนทัศน์เกี่ยวกับชุดของปรากฏการณ์โดยอาศัยหลักการของระบบรูปนัยทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้เกิดความกระจ่างชัดของนิยามความสัมพันธ์ และประพจน์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรูปแบบที่มีความเที่ยงตรงจะพัฒนาเป็นทฤษฎีต่อไป (Willer, 1967)

รูปแบบ หมายถึง แบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำเป็นตัวอย่างเพื่อการเลียนแบบ เป็นแผนภูมิ หรือรูปสามมิติซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลักการหรือแนวคิด เป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันซึ่งรวมกันเป็นตัวประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบ (Good, 1973)

พจนานุกรม Contemporary English ของ Longman (2009) ได้ให้ความหมายของรูปแบบ หรือ Model ไว้ว่า รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองขนาดเล็กของสิ่งก่อสร้าง ยานยนต์ เครื่องจักรหรือสิ่งอื่นๆที่สามารถแยกส่วนออกจากกันได้หรือ หมายถึง บุคคลที่ทำงานในด้านการแสดงแบบเสื้อผ้า ด้านการตกแต่งทรงผม ที่เป็นการแสดงแฟชั่นหรือการถ่ายภาพ รวมทั้งหมายถึงชิ้นส่วนหรือการออกแบบผลิตภัณฑ์ยานยนต์ หรือเครื่องจักรกล อีกทั้งยังหมายถึง ตัวอย่างการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทางด้านวิทยาศาสตร์ด้วยการคำนวณทางคอมพิวเตอร์ทั้งนี้ยังหมายถึง บุคคลที่ประสบความสำเร็จหรือสิ่งของบางอย่างที่เป็นสินค้าที่มีคุณภาพที่ต้องการเลียนแบบ

รูปแบบ (Model) เป็นการสังเคราะห์ความคิดที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรมที่แสดงออกมาเป็นคำอธิบาย แผนผัง ไดอะแกรมหรือแผนภาพที่ช่วยให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น มีความสำคัญ คือ เป็นเครื่องมือทางความคิดสำหรับใช้ในการสืบค้นหาคำตอบ สร้างความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์รูปแบบสร้างขึ้นจากความคิด ประสบการณ์การอุปมาอุปไมย หรือจากทฤษฎีและหลักการต่างๆ แต่รูปแบบไม่ใช่ทฤษฎี (ทิตินา แคมมณี, 2555)

รูปแบบ หมายถึง รูปที่กำหนดขึ้นเป็นหลักหรือเป็นแนวซึ่งเป็นที่ยอมรับ เช่น รูปแบบร้อยกรอง สิ่ง que แสดงให้เห็นว่าเป็นเช่นนั้น ๆ อย่างรูปคน รูปบ้าน รูปปลา รูปใบไม้ เช่น รูปแบบผู้หญิง รูปแบบเปิด รูปแบบวัด (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546, น. 965)

รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองหรือตัวแบบอย่างง่ายหรือย่อส่วนของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ผ่านการศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแสดงหรืออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น เป็นสิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นจากหลักปรัชญา ทฤษฎีหลักการ แนวคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการแสดงโครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญเป็นขั้นเป็นตอนสำหรับถ่ายทอดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบโดยใช้สื่อ หรือเครื่องมือเข้าช่วยเพื่อทำให้เกิดความรู้เข้าใจได้ง่ายและกระชับถูกต้อง สามารถตรวจสอบ และเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจได้ (พัฒนาพรหมณ และคณะ, 2560)

สรุป รูปแบบ หมายถึงการสร้างมโนทัศน์ที่เป็นนามธรรมให้ออกมาเป็นรูปธรรม เพื่อช่วยให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยผ่านกระบวนการทางความคิด จากการสืบค้นหาคำตอบ สร้างความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ ซึ่งรูปแบบสร้างขึ้นจากความคิด ประสบการณ์การอุปมาอุปไมย หรือจากทฤษฎีและหลักการต่างๆ ที่ได้รับการยอมรับ แต่รูปแบบไม่ใช่ทฤษฎี

2.5.2 ประเภทของรูปแบบ

รูปแบบสามารถจำแนกออกได้หลายประเภท ได้มีผู้จำแนกประเภทของรูปแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model)

1) รูปแบบคล้ายจริง (Iconic Model) มีลักษณะคล้ายของจริง เช่น เครื่องบินจำลอง หุ่นไล่กา หุ่นตามร้านตัดเสื้อผ้า

2) รูปแบบเหมือนจริง (Analog Model) มีลักษณะคล้ายปรากฏการณ์จริง เช่น การทดลองทางเคมีในห้องปฏิบัติการก่อนจะทำการทดลอง เครื่องบินจำลองที่บินได้หรือเครื่องบินขับ เป็นต้น รูปแบบชนิดนี้มีความใกล้เคียงความจริงมากกว่าแบบแรก

2. รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Model) จำแนกออกเป็น

1) รูปแบบข้อความ (Verbal Model) หรือรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Model) เป็นการใช้อธิบายปฏิกิริยาในการอธิบายโดยย่อ เช่น คำพรรณนาลักษณะงาน คำอธิบายรายวิชา เป็นต้น Bertalanffy (1968) ผู้สร้างทฤษฎีระบบกล่าวว่า การมีรูปแบบข้อความนั้น บางครั้งเขาใจยากแต่ก็ยิ่งดีกว่าไม่มีรูปแบบเสียเลย เพราะอย่างน้อยก็เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบประเภทอื่นต่อไป

2) รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) หรือรูปแบบเชิงปริมาณ (Quantitative Model) เช่น สมการและโปรแกรมเชิงเส้น เป็นต้น

นอกจากนี้ การจำแนกรูปแบบยังสามารถจำแนกได้ตามแนวคิดของ Keeves ในปีค.ศ. 1988 ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

(1) รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue Model) เป็นรูปแบบเชิงกายภาพ ส่วนใหญ่ใช้ในด้านวิทยาศาสตร์ เช่น รูปแบบโครงสร้างอะตอมสร้างขึ้น โดยใช้หลักการเปรียบเทียบ โครงสร้างของรูปแบบให้สอดคล้องกับลักษณะที่คล้ายกันทางกายภาพ สอดคล้องกับข้อมูลและความรู้ที่มีอยู่ในลักษณะนั้นด้วยรูปแบบที่สร้างขึ้นต้องมียุทธศาสตร์ประกอบชัดเจน สามารถนำไปทดสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้และสามารถนำไปใช้ในการหาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวาง เช่น รูปแบบจำนวนนักเรียนในโรงเรียน สร้างขึ้นโดยเปรียบเทียบกับลักษณะถึงน้ำที่ประกอบด้วยท่อน้ำเข้าและท่อน้ำออก ปริมาณที่ไหลเข้าถึงเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่เข้าโรงเรียน อัตราการเกิด อัตราการตาย อัตราการรับเด็กอายุต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนปริมาณไหลออกเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่ออกจากโรงเรียน เนื่องจากพันธุศาสตร์การศึกษาการจบการศึกษา สำหรับปริมาณน้ำที่เหลือในถังเปรียบเทียบกับจำนวนนักเรียนที่เหลืออยู่ในโรงเรียน เป็นต้น จุดมุ่งหมายของรูปแบบนี้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงจำนวนนักเรียนในโรงเรียน

(2) รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยาย หรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิดองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น และใช้ข้อความในการอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่จุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้คือข้อความชัดเจนแน่นอน ทำให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตามได้มีการนำรูปแบบนี้มาใช้กับ

การศึกษามาก เช่น รูปแบบการเรียนรู้ในโรงเรียนรูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Mode) เป็นรูปแบบที่ใช้แสดงความ

(3) รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) เป็นรูปแบบที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปร โดยใช้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะนำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดและประเมินผลทางการศึกษา รูปแบบลักษณะนี้ส่วนมากพัฒนามาจากรูปแบบเชิงข้อความ

(4) รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal Model) เป็นรูปแบบที่เริ่มจากการนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ รูปแบบเชิงสาเหตุนี้ทำให้สามารถศึกษารูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อน ได้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้คือต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์ (Keeves, 1988)

สรุป รูปแบบสามารถจำแนกออกได้หลายประเภท ซึ่งแต่ละประเภทมีจุดมุ่งหมายที่ต่างกัน โดยรูปแบบเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ถึงปรากฏการณ์ต่างๆ ที่นำหลักการในสาขาต่างๆ มาอธิบาย สามารถจำแนกได้เป็นรูปแบบหลักๆได้เป็น รูปแบบเชิงกายภาพและรูปแบบเชิงสัญลักษณ์

2.5.3 การพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบเป็นกระบวนการที่วนซ้ำ ซึ่งรูปแบบจำนวนมากได้รับ ทดสอบ และสร้างขึ้นจนกว่าจะสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับเกณฑ์ที่ต้องการ งานสร้างรูปแบบในภายหลังอาจต้องเริ่มค้นหาที่เดียวกับที่เริ่มสร้างรูปแบบดั้งเดิม แทนที่จะเป็นจุดที่สร้างเสร็จ อาจมีสาเหตุหลายประการโดยทั่วไปแล้วโมเดลที่ให้บริการในปัจจุบันไม่เหมาะที่จะนำกลับมาใช้ใหม่เนื่องจากเข้าใจได้ไม่ดี (Foss, 1998)

การพัฒนารูปแบบขึ้นอยู่กับความสมดุลของประชากรที่มาจากกลไกกลไกการวิจัย วิธีการช่วยเหลือที่รู้จักกันดีถูกนำมาใช้เพื่อเปลี่ยนเครื่องซึ่งเหล่านี้เพื่อสร้างรูปแบบคุณสมบัติโมเลกุลโดยเฉลี่ย สมการเชิงอนุพันธ์ที่เป็นผลลัพธ์ได้รับการเผยแพร่โดยผู้เขียนคนอื่นแล้ว (Zapata-González et al., 2011)

การพัฒนารูปแบบ

- 1) รูปแบบต้องมีทฤษฎีรองรับ เช่น ทฤษฎีทางวิทยาการระบาด
- 2) เมื่อสร้างและพัฒนารูปแบบแล้ว ก่อนนำไปใช้ต้องมีการวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎี และตรวจสอบคุณภาพในการใช้งานในสถานการณ์จริงและน ข้อค้นพบมาปรับปรุงแก้ไขอยู่ตลอด
- 3) การพัฒนารูปแบบอาจออกแบบให้ใช้ได้กว้างขวางหรือเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจงอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้

4) การพัฒนารูปแบบแต่ละรูปแบบต้องมีจุดมุ่งหมายหลักเป็นตัวตั้ง และการนำรูปแบบไปใช้ควรเลือกให้ตรงกับจุดมุ่งหมายรูปแบบนั้น จึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแต่สามารถนำรูปแบบนั้นไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่นได้ถ้าพิจารณาเห็นว่าเหมาะสมแต่ความสำเร็จอาจน้อยลง (Joyce & Weil, 1972)

ขั้นตอนการสร้างและพัฒนาารูปแบบ

1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและข้อค้นพบจากการวิจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน หรือปัญหาจากเอกสารผลการวิจัย หรือจากการสังเกตสอบถามผู้ที่เกี่ยวข้อง

2) กำหนดหลักการเป้าหมายและองค์ประกอบอื่นๆ ของรูปแบบให้สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานและสัมพันธ์กันอย่างเป็นระเบียบ การกำหนดเป้าหมายของรูปแบบจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเลือกรูปแบบไปใช้ให้ตรงจุดมุ่งหมาย เพื่อให้การดำเนินงานด้านการสาธารณสุขบรรลุผลสูงสุด

3) กำหนดแนวทางการนำรูปแบบไปใช้ประกอบด้วยรายละเอียดของวิธีการและเงื่อนไขต่างๆ เช่น ใช้ดำเนินงานกับกลุ่มใหญ่หรือกลุ่มย่อย เพื่อให้การใช้รูปแบบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

4) การประเมินรูปแบบเป็นการประเมินเพื่อทดสอบความมีประสิทธิภาพของรูปแบบที่สร้างขึ้นโดยทั่วไปจะใช้วิธีการต่อไปนี้

4.1) ประเมินความเป็นไปได้ในเชิงทฤษฎีโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะประเมินความสอดคล้องภายในระหว่างองค์ประกอบต่างๆ

4.2) ประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติการโดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง ในลักษณะของการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง

5) การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเมื่อพบข้อบกพร่องแล้วต้องนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการปรับปรุงรูปแบบ มี 2 ระยะ คือ

5.1) ระยะก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้การปรับปรุงรูปแบบในระยะนี้ใช้ผลจากการประเมินความเป็นไปได้เชิงทฤษฎีเป็นข้อมูลในการปรับปรุง

5.2) ระยะหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้การปรับปรุงรูปแบบในระยะนี้อาศัยข้อมูลจากการทดลองใช้เป็นตัวชี้้นำในการปรับปรุงและอาจมีการนำรูปแบบไปทดลองใช้และปรับปรุงซ้ำจนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ (พัฒนา พรหมณี, 2560)

สรุป การพัฒนารูปแบบเป็นกระบวนการที่วนซ้ำ ซึ่งรูปแบบจำนวนมากได้รับ ทดสอบ และสร้างขึ้นจนกว่าจะสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับเกณฑ์ที่ต้องการ ผ่านการศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและข้อค้นพบจากการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานและสัมพันธ์กัน เพื่อให้การใช้รูปแบบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ในปัจจุบันนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นที่รู้จักและได้รับการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง และยิ่งไปกว่านั้นยังได้ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาในชุมชนสถานศึกษา สถาบัน หรือองค์กรต่างๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชนของประเทศไทยมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังต่อไปนี้

2.6.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เคมมิส และแมคแทกกาท (Kemmis & McTaggart) ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่นๆ ในเชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) เป็นการศึกษาที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น (Kemmis & McTaggart, 1988)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by Changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง เป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา เพื่อต้องการพัฒนาหาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2546)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของ นักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้น ส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเองเป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ (Holloway, 2010)

จอห์นสัน (2008) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าเป็นการวิจัยระหว่างการพัฒนาปฏิบัติงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็นกระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจและพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน (Johnson, 2008 อ้างใน วีระยุทธ ชาติตะกานัญญ์, 2558)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติโดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นการสร้าง ความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัยนำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้ (สมปอง พะมุลิตา, 2561)

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของพื้นที่ที่ทำการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจและพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน ต้องอยู่ภายใต้หลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น ก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบที่มาจากความเข้าใจ

2.6.2 ที่มาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นเมื่อปลายปี 1940 โดย Collier เป็นคนแรกที่มีแนวคิดในการรวมทีมวิจัยในปี ค.ศ. 1945 ที่ประกอบด้วยนักวิจัย นักบริหาร และประชาชนในการปรับปรุงความสัมพันธ์ของเชื้อชาติ และต่อมาปี ค.ศ. 1946 Kurt Lewin ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

มาใช้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานของคนงาน (Streubert & Carpenter, 2003) ซึ่งในปีค.ศ. 1946 Kurt Lewin ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เขาเป็นนักจิตวิทยาสังคมชาวเยอรมันผู้มีเชื้อสายยิวที่อพยพถิ่นฐานเข้ามาพำนักในประเทศสหรัฐอเมริกา Lewin กล่าวไว้ว่า Action Research เป็นการวิจัยเปรียบเทียบสภาพ และผลที่ได้รับจากการกระทำทางสังคมและงานวิจัยนำไปสู่การกระทำทางสังคม เป็นขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย

- 1) ขั้นตอนแรกเป็นการวางแผนเพื่อเปลี่ยนพื้นที่หรือพฤติกรรมของบุคคล
- 2) นำกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงใส่ลงไป
- 3) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง
- 4) ปรับปรุงการปฏิบัติการให้ดีขึ้น
- 5) เริ่มกระบวนการทั้งหมดอีกครั้ง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เลวิน (Kurt Levin) นักจิตวิทยาสังคมชาวอเมริกา มีจุดกำเนิดมาจากการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาสังคม ที่ต้องการจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ และเพื่อปรับปรุงคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์โดยอาศัยแนวความคิดสำคัญ 2 ประการ คือ การร่วมกันตัดสินใจของกลุ่ม และความตั้งใจที่จะทำการปรับปรุง ในส่วนของวงการศึกษานั้น อาจกล่าวได้ว่าคอร์รี (Stephen M. Corey) จากมหาวิทยาลัย Columbia สหรัฐอเมริกา เป็นผู้นำ การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการจัดการการศึกษาเป็นบุคคลแรกในลักษณะของการปรับปรุง หลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน โดยมีการนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการไปปรับใช้ เช่น

ค.ศ. 1967 - 1972 Lawrence Stenhouse แห่งมหาวิทยาลัย East Anglia ซึ่งเป็น ผู้อำนวยการโครงการ Humanities Curriculum Project ได้กระตุ้นให้ครูผู้สอนนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการจัดการศึกษา มุ่งเปลี่ยนสภาพของครูจากการเป็นผู้สอนตามปกติให้เป็นครูในฐานะนักวิจัย

ค.ศ. 1973 - 1975 John Elliott & Clem Adelman ได้นำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ในโครงการ Ford Teaching Project โดยให้ครูได้พัฒนาการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน แล้ว นำผลการปฏิบัติงานมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนอื่น ๆ โดยใช้วิธีการติดตามผลการกระทำที่เกิด จากช่องว่างระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติงานจริงของครู สำหรับเป็นแนวทางช่วยเหลือครูให้ได้ ทำการพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสืบสวนสอบสวนในชั้นเรียน และเน้นการ ปฏิบัติงานด้วยการควบคุมตนเองหรือด้วยกลุ่มมากกว่าการใช้ผู้ควบคุมคุณภาพที่มาจากภายนอก

ค .ศ . 1982 Stephen Kemmis, Wilf Carr & Robin McTaggart) ได้ เสน อ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่สมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้นและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในรูป ของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การ วางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ซึ่งเมื่อครบวงจรหนึ่งจะพิจารณาปรับปรุงแผน (Re - Planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจร ต่อไปจนกว่าจะบรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน (วีระยุทธ ชาติเอกาญจน์, 2558)

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีที่มาจากการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาสังคมของ เลวิน (Kurt Levin) ซึ่ง Action Research เป็นการวิจัยเปรียบเทียบสภาพ และผลที่ได้รับจากการกระทำ ทางสังคมและงานวิจัยนำไปสู่การกระทำทางสังคม ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ถูกพัฒนาอย่าง

ต่อเนื่อง ในยุคของKemmis & McTaggart ได้เสนอกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่สมบูรณ์แบบ มากยิ่งขึ้นในรูปของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ประกอบไปด้วยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) และเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัฒนา สว่างศรี (2562) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอ เมือง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ได้บูรณาการพัฒนารูปแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งจากเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องวางแผนแก้ไขปัญหาและร่วมกันพัฒนา โดยมีพยาบาลชุมชนเป็นผู้จัดการในการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน ดำเนินการ ประเมินผล โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแล ตนเอง รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคครั้งนี้มีการพัฒนาระบบการประสานส่งต่อเครือข่ายโดยใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการติดตามดูแลผู้ป่วย สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปสู่ การวางแผนการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนให้ได้ประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิติดตามเยี่ยมบ้านและเป็นพี่เลี้ยงกำกับกินยาตลอดระยะเวลาการ ที่รักษา

จิราภรณ์ ชูวงศ์ (2562) ศึกษากลยุทธ์การลดการตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก รายใหม่ในชุมชนจังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ความรู้สึก ถูกรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้จากคนในชุมชน ซึ่งความกลัวการถูกตีดรานั้นเป็นอุปสรรคสำคัญในการ เปิดเผยตนเองของผู้ป่วย ซึ่งกลยุทธ์ที่ใช้เพื่อลดปัญหาการตีตราผู้ป่วย ประกอบด้วย การเสริมสร้างพลัง อำนาจทั้งผู้ป่วยและพี่เลี้ยง การกำกับกินยา การปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ การให้ ความรู้แก่พี่เลี้ยงกำกับการกินยาเพื่อให้มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของ ภาควิชาเครือข่ายชุมชน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีทัศนคติที่ดี มีกำลังใจ และมีความตระหนักถึง ความสำคัญในการกินยาอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา

ชวารี ชื่นวัฒนา (2563) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคณะกรรมการประสานงาน สาธารณสุขระดับอำเภอภูธรชัย ผลการศึกษาพบว่าพัฒนาระบบการจัดการวัณโรคผ่าน รูปแบบ Total Manager เป็นการกระจายความรับผิดชอบให้เหมาะสมและเป็นการดึงศักยภาพ ทักษะเด่นของแต่ละวิชาชีพ มาออกแบบการรักษาที่ดีที่สุดผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ตัดสินใจ ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การทำงานแทนกันได้ มีความไว้วางใจกัน ไม่โดดเดี่ยว ไร้รอยต่อ ได้แก่ 1) Disease Manager 2) Case Manager 3) Drug Manager และ 4) System Manager โดยมีการ การแบ่งประเภท และกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแยกตามประเภท โดยการสร้าง กระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน สร้างทางเลือกและทางออกในการรักษา สร้างกระบวนการ สนับสนุน การรักษา และการให้ข้อมูลแบบไม่ตีตรา โดยเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษาและหาวิธีที่ดีที่สุดในการ จัดการดูแล ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากในการวางแผนให้การดูแล ผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งแบ่งตามความยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วย

มานพ ผสม (2563) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน อำเภอมืองจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินการผู้ป่วยวัณโรคขาดการติดตามการรักษา ส่วนใหญ่ พี่เลี้ยงกำกับการกินยาไม่ได้ดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยอย่างจริงจังจึงการประสานส่งต่อข้อมูลและแนวทางการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยไม่ชัดเจนหลังดำเนินการ เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีการดำเนินงาน 9 ขั้นตอนได้แก่ 1) การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 2) การเก็บเสมหะส่งตรวจ 3) การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อไป ถ่ายภาพรังสีทรวงอกที่โรงพยาบาล 4) การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 5) การให้ความรู้เรื่องโรควัณโรคและความรู้เรื่องการรับประทานยา 6) การนัดหมายพบแพทย์ 7) การติดตามเยี่ยมบ้าน 8) การพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและส่งต่อในชุมชน 9) การประเมิน ผลการรักษาจากการดำเนินการ 9 ขั้นตอนพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชนจำนวน 15 ราย ได้รับการรักษาหายขาด 15 รายคิดเป็น ร้อยละ 100 ซึ่ง กระบวนการที่เหมาะสมในพื้นที่เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีคุณภาพต่อไป

จิรพันธุ์ อินยาพงษ์ และคณะ (2564) ศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนานของชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้โรควัณโรคและวัณโรคดื้อยา การดูแลรักษาและการป้องกันการแพร่เชื้อ อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.94 (SD.=1.686) ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.80 (SD.= 6.77) และระดับการติดตามผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 (SD.= 1.439) ประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน คือการมีผู้ดูแลกำกับการกินยา รวมทั้งการดูแลในมิติด้านสังคมเศรษฐกิจ และมิติจิตใจรวมทั้งการจัดการลดการตีตราด้วยการสร้างความเข้าใจให้คนในชุมชนร่วมกับการเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน

อนุพันธ์ ประจำ (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอบุขัน จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาพบว่าพฤติกรรมดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผลการจัดกิจกรรมปฏิบัติการทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นการพยาบาลที่เนนครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเป็นหัวใจสำคัญเป็นการดึงครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัวมีความ

ชลธิชา รอดเพชรภัย และ ทิพาพร ธาระวานิช (2564) ศึกษาความชุกและลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 12,470 คน เป็นวัณโรคปอดจำนวน 115 คน พบความชุกของวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 9.0 ต่อประชากรเบาหวาน 1,000 คนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.70 มีอายุเฉลี่ย 68.38 ปี (SD= 10.60) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.30 กก./ม² เป็นเบาหวานมานานเฉลี่ย 12.44 ปี โดยส่วนใหญ่ยังไม่เคยตรวจพบโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ 68.48) ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยย้อนหลัง 1 ปี ก่อนการวินิจฉัยวัณโรคปอด มากกว่า 7.0% ร้อยละ 83.70 เป็นโรคเอชไอวีร้อยละ 1.09 และมีประวัติผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน ร้อยละ 16.30 ควรมีการคัดกรองวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวานทุกปี และ

ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายในการรักษา

เอกพันธ์ คำภีระ สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และอะเคื้อ อุณหเลขกะ (2564) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอสม. ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ทักษะเกี่ยวกับวัณโรคปอด อุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดอยู่ในระดับสูง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนพบว่า ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ทักษะเกี่ยวกับวัณโรคปอด และความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = .195$, $r = .132$ และ $r = .227$ ตามลำดับ) ส่วนอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงานแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ทศพงษ์ บุระมาน และคณะ (2565) ศึกษาความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและการติดตามตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าพบว่าการกำกับกับการกินยาแบบ DOT แบบสมบูรณ์ (67.4%, 95% CI: 61.4–72.8%) มีนัยสำคัญต่อผลการรักษาสำเร็จ มากกว่า การกินยาดด้วยตนเอง (46.9%, 95% CI: 41.4–52.4%) ไม่พบความแตกต่างของผลการรักษาสำเร็จระหว่างการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนในครอบครัว และ DOT โดยคนอื่นๆ ส่วนที่พบว่ามีปัญหา คือ การร่วมรับประทานอาหารร่วมกับคนในชุมชนอย่างเป็นปกติ เพียงร้อยละ 11.8 แม้ว่าจะอยู่ในระยะที่ไม่แพร่เชื้อแล้วก็ตาม อีกประการหนึ่ง คือ การเข้าร่วมกิจกรรมงานบุญประเพณีของชุมชนมีเพียงร้อยละ 45.1 ดังนั้น การให้ความรู้ความเข้าใจต่อระยะปลอดภัยและไม่แพร่เชื้อเมื่อเข้ารับการรักษา พร้อมทั้งทำความเข้าใจกับเพื่อนบ้านและคนในชุมชน เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเพื่อลดการติดตามตนเอง และสามารถใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติสุขจึงมีความสำคัญ

กมลวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และคณะ (2565) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเข้าถึงยาเบตาควิลินในผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา ผลการศึกษาพบว่าในด้านการรักษา ยามีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ลดระยะเวลาในการรักษา ลดอาการไม่พึงประสงค์ และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ด้านการเมืองเรื่องของยาพบว่าพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 และฉบับที่กำลังแก้ไขส่งผลต่อการขึ้นทะเบียนยาของบริษัทยาชื่อสามัญ ราคาขายส่งผลต่อการเข้าถึงยา การเจรจาการค้าระหว่างประเทศ อาจส่งผลทำให้การเข้าถึงยากขึ้น สรุปลยาเบตาควิลินมีความเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา แต่ปัญหาเรื่องระบบสิทธิบัตรและการเจรจาการค้าระหว่างประเทศอาจส่งผลต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรที่จะพิจารณาคำขอรับสิทธิบัตรที่เกี่ยวกับยาเบตาควิลิน อย่างละเอียดรอบครอบ และส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันของยาชื่อสามัญที่จะทำให้ราคาขายถูกลง

พิชิต แสนเสนา และ สมลักษณ์ หนูจันทร์ (2565) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันแบบครอบครัวใหญ่ ในสภาพบ้านที่การระบายอากาศไม่ดี และไม่ยอมไปตรวจเพราะความกลัว ดังนั้น จึงได้นำมาเข้าสู่การพัฒนาารูปแบบร่วมกับชุมชน ผ่านการสนทนากลุ่มย่อยได้เป็น ZOOM TB mode หลังดำเนินการพบผลบวกเพิ่มอีก 2 ราย และเข้าสู่ระบบการรักษาจนครบ (complete) ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรควัณโรค พบว่า ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 6.62 คะแนน (SD=1.33) และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 8.03 (SD=0.64) ด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 31.55 คะแนน (SD=1.94) หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 35.77 (SD=2.15)

เกษราภรณ์ บรรณวงศศิลป์ ระพีพัฒน์ อาราชฤทธิ์ และวิโรจน์ แต่งด้วง (2565) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามมิติสุขภาพและสังคมในทัศนสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่งผลการวิจัยพบว่า 1) ขั้นพัฒนาแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสะท้อนปัญหาการจัดการระบบการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องทั้งจากตัวผู้ต้องขังและอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) เสี่ยงต่อโอกาสที่จะรักษาวัณโรคให้หายขาด โดยการศึกษาด้านมิติสุขภาพและสังคม ครอบครัวและเพื่อนผู้ต้องขังได้เข้ามาร่วมแก้ไขปัญหามีระบบคัดกรองการนำส่งวัณโรคติดตามถึงชุมชนของผู้ต้องขังที่ป่วยวัณโรคที่ชัดเจน 2) การพัฒนาแนวทางลงสู่การปฏิบัติได้แก่ 2.1) แนวทางพัฒนาผู้ต้องขังที่เป็นอาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) ให้มีการอบรมความรู้ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคการดูแลและรับประทานยา (DOT) โดย พบว่าผู้ป่วย 13 คน รักษาหาย 11 คน คิดเป็นอัตราสำเร็จร้อยละ 84.61 ผลการประเมินด้านความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นร้อยละ 90 ปฏิบัติตามแนวทางได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 95 2.2) แนวทางการคัดกรองผู้ต้องขังใหม่ตามการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามมิติสุขภาพและสังคม ทุกรายปฏิบัติตามแนวทางได้ ร้อยละ 100

ธนาธิป บัวกล้า (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวานมีหลายปัจจัยซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการควบคุมและป้องกันวัณโรคอันเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานควรมีการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรวมถึงผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆส่งเสริมศักยภาพในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชนรวมทั้งในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ

อุไร ไชวรกุล (2566) พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ในระยะเตรียมการ พบปัญหาการติดตามคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนระบบ DOT ยังไม่มีประสิทธิภาพ ระบบการควบคุมและป้องกันวัณโรคในชุมชนก็ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ส่วนระยะดำเนินการ โดยจัดประชุมทบทวนแนวทางปฏิบัติ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ประชุมกลุ่มย่อยระดมสมอง และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค และระยะประเมินผล พบว่ารูปแบบการดูแลรักษาวัณโรคที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการจัดระบบบริการการประสานงานส่ง

ต่อข้อมูล และการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยพี่เลี้ยงกำกับการกินยา ติดตามเยี่ยมบ้าน ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย วัณโรคพบว่ามีการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคเพิ่มขึ้น ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าอัตราการรักษาสำเร็จ 91.76 อัตราการขาดยา 1.2 และอัตราตายของผู้ป่วยวัณโรค 8.26 ผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

อภิญา ตันเจริญ (2566) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.0 เป็นร้อยละ 100.0

จันทรา สุวรรณธาร และ ณัฏฐธิดา พิมพ์กลมวัต (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน โรควัณโรค ต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 19.33 (95% ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง 12.41 ถึง 26.24 แสดงว่าโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน สามารถส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรควัณโรค ได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย และมีความเชี่ยวชาญด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้ต้องขังอื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง และความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

สุชนา รัชศรี และคณะ (2566) ศึกษาสถานการณ์วัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาลหาดใหญ่จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาอยู่ที่กลุ่มอายุ 30-44 ปีการที่สภาพปัญหาในในกลุ่มอายุนี้นี้จะมีผลเชิงลบต่อการประกอบอาชีพและการหารายได้ประวัติการป่วยวัณโรคพบว่าเกือบทั้งหมดเคยมีประวัติการป่วยและการรักษาวัณโรคมาก่อนมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับวัณโรคมากถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทั้งหมดตั้งนั้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องได้รับการคัดกรองวัณโรคและการคัดกรองวัณโรคระยะแฝงทุกรายเพื่อให้เข้าสู่การรักษา กินยาโดยเร็วนอกจากนี้ควรมีการพัฒนารูปแบบการติดตามกำกับการกินยารักษาวัณโรคของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคส่งผลต่อลดอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคดื้อยาต่อไป

มยุรี กุโรรัตน์ (2566) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคโควิดในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคโควิดในชุมชน ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อ เปรียบเทียบ ความเข้าใจการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคโควิดในชุมชน และ การรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิดในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง

ณัฐพงศ์ ศรีธรรตัญกุล ธาตรี โปสิทธิพิเชษฐ์ และ ธนภมณ ลีศรี (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคปอดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยเป็นโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($AOR=3.57[95\%CI\ 1.18-10.79]$), ระดับ HbA1C มากกว่า 8.5% ($AOR=2.53\ [95\%CI\ 1.93-6.89]$), การสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคปอด ($AOR\ 4.78[95\%CI\ 1.45-15.72]$) และการมีจำนวนสมาชิกในบ้านเดียวกันมากกว่า 4 คน ($AOR=2.73[95\%CI\ 1.15-6.49]$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าควรมีการตรวจคัดกรองโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สม่ำเสมอทุกปี และส่งเสริมความรู้เรื่องโรคปอด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีประวัติดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์ มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคปอด และกลุ่มที่มีระดับ HbA1C มากกว่า 8.5%

พิชิต แสนเสนา และสมลักษณ์ หนูจันทร์ (2566) ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเร่ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านอาศัยอยู่แบบ ครอบครัวใหญ่ นอนร่วมกับผู้ป่วย อาศัยไม่ถ่ายเท ไม่กล้าตรวจคัดกรองเนื่องจากกลัวทราบว่าป่วย จึงนำเข้าข้อมูลในการสนทนากลุ่มร่วมกับชุมชน ได้ BUDDY Model 1) B (Ban): ทุกหมู่บ้าน ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคทุกคนโดยความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชน และ ภาครัฐ สื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ “เพื่อนทีบี” และการเยี่ยมบ้าน 2) U(Unity): การทำงานเป็นทีม บูรณาการกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ ท้องที่ประสานชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดบริการเชิงรุก 3) D (Design): ทางด่วนคัดกรอง TB 4) D(Do): จับคู่ อสม. 1 : 2 คน ค้นหา ชักชวน และส่งต่อตรวจคัดกรอง สร้างความมั่นใจว่า TB รู้ไวรักษาได้ และ 5) Y: (Yardstick) เป็นมาตรฐานในการดำเนินงานจากการประเมิน ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการคัดกรองทุกราย พบผลบวกเพิ่ม 3 ราย ดังนั้น BUDDY Model สามารถใช้เสริมการป้องกันควบคุมโรคของรพ.สต.ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

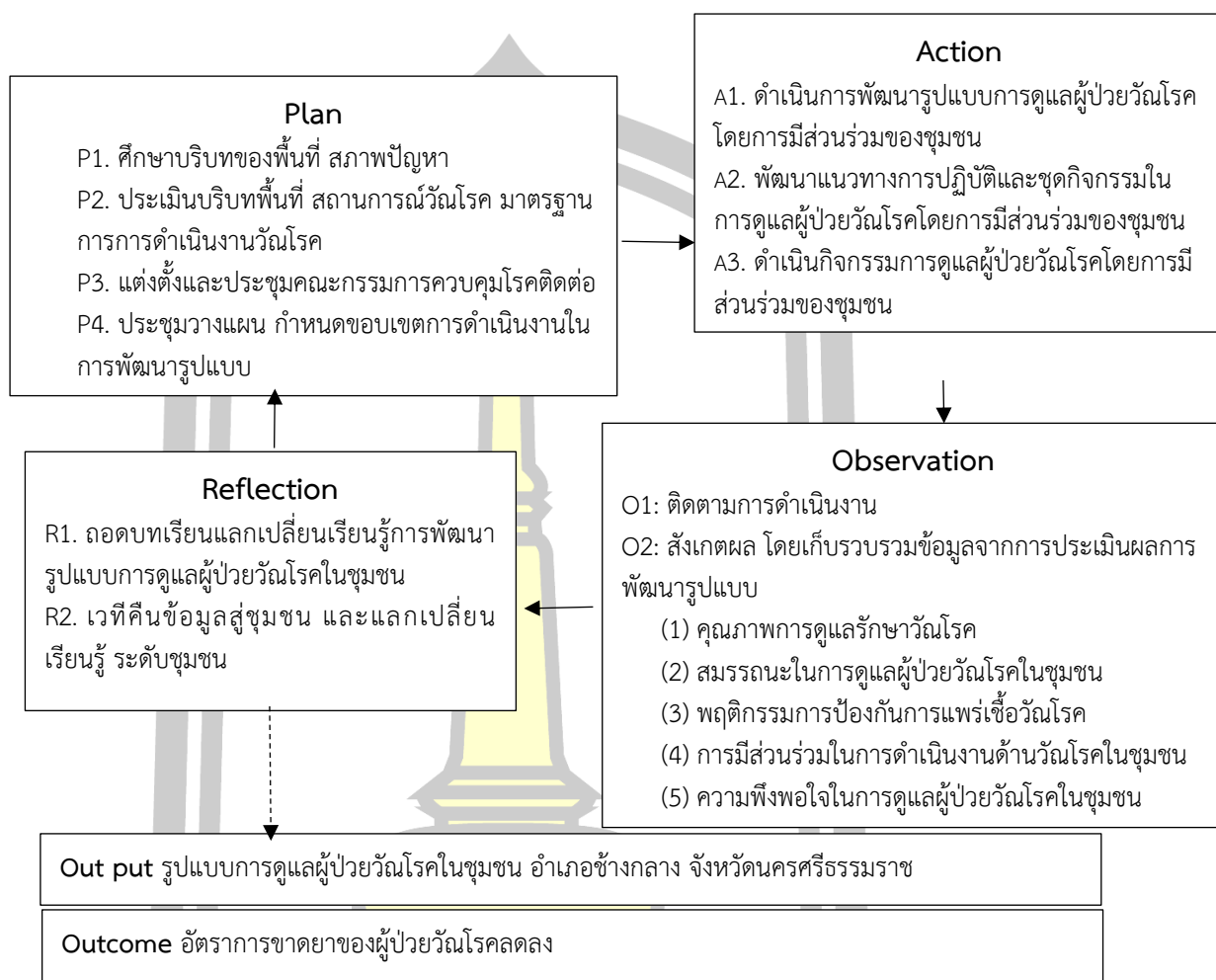
สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคปอดในชุมชนนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยในหลากหลายมิติ ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ผู้อาศัยร่วมบ้าน เพื่อนบ้าน ชุมชน รวมไปถึงผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญ เพราะการติตราของผู้ป่วยโรคปอดยังคงมีในสังคม และเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษาโรค ผู้ป่วยบางรายต้องการปกปิดข้อมูลการป่วย ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เมื่อไม่ยอมรับการเป็นโรค จึงดำเนินชีวิตปกติขาดการป้องกัน

ตนเอง เช่น การพูด การไอ การจาม ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ใกล้ผู้คน รวมไปถึงพฤติกรรม การอยู่รวมบ้านกับบุคคลในครอบครัว ที่ขาดความตระหนัก ขาดการป้องกันตนเอง บุคคลที่สัมผัสร่วม บ้านส่วนใหญ่จึงเป็นบุคคลเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตามดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ได้รับการ คัดกรอง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคยังต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ที่ถูกสุขลักษณะ การถ่ายเทอากาศภายในบ้าน และการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อต้องรักษาตัว การรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และได้รับคำชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข โดยอาการและความรุนแรงของผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันตามความ แข็งแรงของร่างกายและการตอบสนองของยาที่ได้รับ ผู้ป่วยบางรายมีอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ จนเกิดความท้อใจในการรักษาต่อ ส่งผลให้เกิดการขาดยาและดื้อยาในที่สุด การรักษาจะใช้เวลานาน ขึ้น ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพ สังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ให้ได้รับการดูแลที่ ต่อเนื่องโดยชุมชนมีส่วนในการสร้างแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยังคงไว้ซึ่งการเคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ลดการตีตรา และให้ผลการรักษาที่สำเร็จ และไม่กลับมาเป็นซ้ำ



2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอ
ช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 กลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การสร้างและตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 สถิติที่ใช้ในการวิจัย
- 3.9 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่เน้น การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 ร่วมกันการวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observation) ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) โดยการวิเคราะห์ปัญหา บริบท สถานการณ์พัฒนา แนวทางการพัฒนา โดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกกระบวนการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method)

3.2 กลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 16 ราย เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ได้มาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ อาศัยในหมู่บ้านที่มีการเกิดวัณโรคซ้ำจากพื้นที่ 3 ตำบล 8 หมู่บ้าน ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ปี พ.ศ. 2567 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ที่เข้ารับรักษาวัณโรคด้วยการรับประทานยาแบบการสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment: DOT)

ตารางที่ 10 จำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามตำบล หมู่บ้าน และสถานพยาบาล

ตำบล	หมู่ที่	จำนวน (ราย)	สถานพยาบาล
ข้างกลาง	1	2	รพ.สต.บ้านมะนาวหวาน
	6	3	รพ.สต.บ้านควนसान
	5	2	รพ.สต.บ้านจันดี
	13	1	รพ.สต.บ้านหน้าเหมน
สวนขัน	5	1	รพ.สต.บ้านไสคา
	9	1	รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน
หลักช้าง	1	3	รพ.สต.บ้านหลักช้าง
	9	3	

กลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 456 คน ประกอบด้วย

(1) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 16 คน ซึ่งเป็นญาติหรือบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแล กำกับการรับประทานยาวัณโรค ติดตามการรับยาตามนัด และมีส่วนในการดูแลด้านโภชนาการ หรือ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มที่ 1 อาศัยในหมู่บ้านที่มีการเกิดวัณโรคซ้ำซาก จาก พื้นที่ 3 ตำบล 8 หมู่บ้าน ในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ได้มาแบบ เจาะจง (Purposive Sampling)

(2) ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 36 คน จากทั้งหมด 36 หมู่บ้านของอำเภอข้างกลาง จังหวัด นครศรีธรรมราช เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ได้มาแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

(3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 36 คน เป็นอสม. ที่มี ความเชี่ยวชาญสาขาการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อ หมู่บ้านละ 1 คน จาก 36 หมู่บ้าน เป็น กลุ่มเป้าหมายที่ได้มาแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

(4) ภาคประชาชน จำนวน 368 คน จากพื้นที่ 3 ตำบล 36 หมู่บ้าน ของอำเภอข้าง กลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำนวณกลุ่มเป้าหมายจากประชากรทั้งหมด 8,309ครัวเรือน ใช้สูตรของ Daniel (1999) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2P(1-P)}{d^2(N-1)+Z^2P(1-P)}$$

n = Sample

N = Population

d = Sample error (0.05)

Z = Standard value at significant level 0.5 (1.96)

P = Proportion of interests from previous (p=0.45)

$$n = \frac{(8309)(1.96)^2 0.45(1-0.45)}{(0.05)^2 (8309-1) + (1.96)^2 (0.45)(1-0.45)}$$

$$n = 367.07$$

$$n \approx 368 \text{ คน}$$

การสุ่มกลุ่มเป้าหมาย ได้จากตัวแทนจากภาคประชาชน ใช้วิธีสุ่มตัวแทนครัวเรือนโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Sampling) ตามบัญชีรายชื่อบ้านเลขที่ของครัวเรือนของแต่ละตำบล โดยนำบ้านเลขที่ของแต่ละหมู่บ้านมาสุ่มอย่างมีระบบ โดยฉลากแห่งบ้านเลขที่หลังแรกที่ใช้เริ่มสุ่ม ซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนจากจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 368 หลังคาเรือน ตามที่คำนวณได้ของแต่ละหมู่บ้าน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด สุ่มหาตัวสุ่มเริ่มต้นการสุ่ม โดยฉลากแห่งบ้านเลขที่หลังแรกที่ใช้เริ่มสุ่ม ใช้วิธีการนับหน่วยของตัวอย่างนับไปตามช่วงของการสุ่ม จนกระทั่งครบ ซึ่งมีวิธีการสุ่มตัวแทนครัวเรือน โดยเลือกหัวหน้าครอบครัว หรือตัวแทนในแต่ละหลังคาเรือน ซึ่งเลือกผู้ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของบุคคลในบ้านหรือในชุมชนมากที่สุด วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) เลือกตำบล ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งหมด จำนวน 3 ตำบล ได้แก่ ช้างกลาง สวนขัน และ หลักช้าง มีหมู่บ้าน 36 หมู่
- 2) นำบ้านเลขที่ของแต่ละหมู่บ้านมาสุ่มอย่างมีระบบ บ้านเลขที่หลังแรกที่ใช้เริ่มสุ่ม ซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนจากจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 368 หลังคาเรือน ตามที่คำนวณได้ของแต่ละหมู่บ้าน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

โดยหาช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่างโดยใช้สูตร ดังนี้

$$I = N/n$$

เมื่อ I = ช่วงของการสุ่ม

N = จำนวนครัวเรือนทั้งหมด

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{ได้ค่า } I = 8309/368 = 22.57 \sim 23$$

- 3) สุ่มหาตัวสุ่มเริ่มต้นการสุ่ม โดยฉลากแห่งบ้านเลขที่หลังแรกที่ใช้เริ่มสุ่ม
- 4) ใช้วิธีการนับหน่วยของตัวอย่างนับไปตามช่วงของการสุ่ม จนกระทั่งครบ 368 คน ซึ่งมีวิธีการสุ่มตัวแทนครัวเรือน โดยเลือกหัวหน้าครอบครัว หรือตัวแทนในแต่ละหลังคาเรือน

ตารางที่ 11 จำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ตำบล	หมู่ที่	ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค (คน)	ผู้ใหญ่บ้าน (คน)	อสม. (คน)	ภาคประชาชน (คน)
ช้างกลาง	1	2	1	1	21
ช้างกลาง	2	-	1	1	20
ช้างกลาง	3	-	1	1	22
ช้างกลาง	4	-	1	1	19
ช้างกลาง	5	2	1	1	16
ช้างกลาง	6	3	1	1	16
ช้างกลาง	7	-	1	1	10
ช้างกลาง	8	-	1	1	8
ช้างกลาง	9	-	1	1	7
ช้างกลาง	10	-	1	1	6
ช้างกลาง	11	-	1	1	9
ช้างกลาง	12	-	1	1	8
ช้างกลาง	13	1	1	1	12
ช้างกลาง	14	-	1	1	16
ช้างกลาง	15	-	1	1	8
ช้างกลาง	16	-	1	1	7
ช้างกลาง	17	-	1	1	6
หลักช้าง	1	3	1	1	12
หลักช้าง	2	-	1	1	8
หลักช้าง	3	-	1	1	9
หลักช้าง	4	-	1	1	11
หลักช้าง	5	-	1	1	6
หลักช้าง	6	-	1	1	8
หลักช้าง	7	-	1	1	9
หลักช้าง	8	-	1	1	8
หลักช้าง	9	3	1	1	10
หลักช้าง	10	-	1	1	6
สวนขัน	1	-	1	1	5
สวนขัน	2	-	1	1	7
สวนขัน	3	-	1	1	6
สวนขัน	4	-	1	1	9

ตารางที่ 11 จำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค(ต่อ)

ตำบล	หมู่ที่	ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค (คน)	ผู้ใหญ่บ้าน (คน)	อสม. (คน)	ภาคประชาชน (คน)
สวนขัน	5	1	1	1	11
สวนขัน	6	-	1	1	8
สวนขัน	7	-	1	1	8
สวนขัน	8	-	1	1	7
สวนขัน	9	1	1	1	9
รวม	-	16	36	36	368

กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำนวน 12 คน ประกอบด้วย

- (1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลพื้งอานคล้ายฯ 1 คน
- (2) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง 1 คน
- (3) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช แห่งละ 1 คน รวม 7 คน ได้แก่ รพ.สต. บ้านจันดี รพ.สต.บ้านมะนาวหวาน รพ.สต.บ้านไสคา รพ.สต.บ้านควนसान รพ.สต.บ้านหลักช้าง รพ.สต.บ้านหน้าเหมน และ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน
- (4) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แห่งละ 1 คน รวม 3 คน ได้แก่ เทศบาลตำบลหลักช้าง เทศบาลตำบลสวนขัน และอบต. ช้างกลาง

3.2.2 การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

1) กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพื้งอานคล้ายวาจาสิทธิ์ ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือได้รับการรักษาวัณโรคไม่เกิน 4 เดือน และได้รับยาต้านเชื้อวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ Rifampicin (R), Isonazid (H), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E)

- 2) เป็นผู้ป่วยวัณโรค ที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลพื้งอานคล้ายวาจาสิทธิ์ พักอาศัยอยู่พื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตลอดการรักษาวัณโรคระยะเข้มข้น

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ป่วยวัณโรค เสียชีวิตระหว่างระยะเวลาของการรักษา
- 2) ผู้ป่วยวัณโรค ย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 3) ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการปรับสูตรยาจากแนวที่ 1 ไปใช้ยาแนวที่ 2 ภายหลังจากการเข้าร่วมการวิจัย

2) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

เกณฑ์การคัดเข้า

1) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค เป็นญาติหรือบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลกำกับการรับประทานยาวัณโรค ติดตามการรับยาตามนัด และมีส่วนในการดูแลด้านโภชนาการ หรือสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย วัณโรค ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมามาก่อนหรือได้รับการรักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน และได้รับยาต้านเชื้อวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ Rifampicin (R), Isoniazid (H), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E)

2) เป็นผู้ใหญ่อำเภอในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวัณโรค หรือได้รับการอบรมความรู้ด้านวัณโรคที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี

4) ตัวแทนภาคประชาชน อาศัยอยู่จริงในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี

2) เป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่พื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตลอดการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตลอดรักษาวัณโรคระยะเข้มข้น

เกณฑ์การคัดออก

1) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างระยะเวลาของการรักษา

2) ผู้ป่วยวัณโรคที่ทำการดูแลได้รับการปรับสูตรยาจากแนวที่ 1 ไปใช้ยาแนวที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมการวิจัย

3) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นผู้รับผิดชอบด้านวัณโรคที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2) ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก

1) เสียชีวิต

2) เกษียณอายุราชการหรือสิ้นสุดจากการปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบด้านวัณโรคของหน่วยงาน

3) ย้ายสถานที่ทำงาน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัย โดยมีการดำเนินงานในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพของการวิจัย ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งได้ดำเนินการปรับปรุงและดัดแปลงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนปรับปรุงดัดแปลงจาก (รัตนะ วงศ์อิสกรกุล, 2566) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน ปรับปรุงดัดแปลงจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม (ดาวประกาย หญางาม, 2565) และปรับปรุงดัดแปลงจากปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก (ฐิติมา ถมทอง, 2566) ส่วนความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านวัณโรค ปรับปรุงดัดแปลงจาก ความพึงพอใจของผู้รับบริการของโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ภายใต้นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ไม่มีใบส่งตัว (นงลักษณ์ เกตุแก้ว, 2564) มีการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ที่เข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ หรือคำถามปลายเปิด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ หรือคำถามปลายเปิด จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นวัณโรค ลักษณะที่อยู่อาศัย ประเภทสถานบริการใกล้บ้าน ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 2 สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย มีข้อความจำนวน 25 ข้อซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านไวรัสในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยไวรัสในชุมชนของต่อเครือข่ายสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามต้องเลือกตอบคำถามเพียง 1 คำตอบ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ 6 ข้อ 2) ความพึงพอใจด้านบุคลากร 4 ข้อ 3) ความพึงพอใจด้านสถานที่ 5 ข้อ และ 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ 5 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านไวรัส ที่เข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไวรัสในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ หรือคำถามปลายเปิด โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงใน () และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ หรือคำถามปลายเปิด จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ตำแหน่ง ระดับการศึกษา รายได้ หน่วยงานที่สังกัด การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นไวรัส โรค ระยะเวลาการทำงานด้านไวรัส เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านไวรัส ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไวรัสในชุมชน

ส่วนที่ 2 สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยไวรัสในชุมชน มีลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านไวรัสในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยไวรัสในชุมชนของต่อเครือข่ายสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามต้องเลือกตอบคำถามเพียง 1 คำตอบ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ 6 ข้อ 2) ความพึงพอใจด้านบุคลากร 4 ข้อ 3) ความพึงพอใจด้านสถานที่ 5 ข้อ และ 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ 5 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ชุดที่ 3 แบบประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับกลุ่มดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไวรัส โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1

ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการระดมสมอง เพื่อบันทึกประเด็นการพูดคุย ปรัชญาหรือในสิ่งที่เกิดขึ้นของกระบวนการวิจัยในขั้นตอนของ ขั้นตอนแผน ครั้งที่ 1 ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. สถานการณ์การณ์ ของปัญหาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไวรัส ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีปัญหาต่อท่าน ครอบครัวและชุมชนหรือไม่อย่างไร

2. ท่านคิดว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอ ช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นหน้าที่ของใคร เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น

3. ที่ผ่านมามีท่านใดให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง ในด้าน คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ หรือไม่ อย่างไร และมีความเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตามแนวคิดดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร

4. ปัญหาอุปสรรคการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอ ช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ของเรามีอะไรบ้าง

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2

ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการระดมสมอง เพื่อบันทึกประเด็นการพูดคุย ปรัชญาหรือในสิ่งที่เกิดขึ้นของกระบวนการวิจัยในขั้นตอนของ ขั้นวางแผน ครั้งที่ 2 ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. การทบทวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอ ช้างกลาง ของเราจากการประชุมครั้งที่ 1 เราค้นพบอะไรบ้าง

2. ท่านคิดว่าแนวทางที่เราจะใช้ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) เราควรจะทำอย่างไรบ้าง

3. ท่านคิดว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอ ช้างกลาง ในรูปแบบ หรือวิธีการใด ที่พวกเราจะนำมาใช้เป็นแนวทางร่วมกัน ให้มีความเหมาะสมกับชุมชนอำเภอช้างกลาง ของเรามากที่สุด

4. ชุมชนอำเภอช้างกลาง จะมีการจัดทำ แผนงาน โครงการ และกิจกรรม เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทาง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้อย่างไร

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยบันทึกประเด็นการพูดคุย แสดงความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย ในสิ่งที่เกิดขึ้นของกระบวนการวิจัยในขั้นตอนของ ขั้นสังเกตในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ระยะก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นอย่างไรบ้าง

2. ระยะการดำเนินงาน ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการทำกิจกรรมอะไรบ้าง

3. ระยะเสร็จสิ้นกระบวนการหรือการทำงาน ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง

ชุดที่ 4 แบบบันทึกการถอดบทเรียน

ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการระดมสมอง เพื่อถอดบทเรียน โดยบันทึกประเด็นการพูดคุย แสดงความคิดเห็นในสิ่งที่เกิดขึ้นของกระบวนการวิจัยในขั้นตอนของ ขั้นตอนอันผล ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ความต้องการหรือความคาดหวังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นอย่างไร

- 1.1 ผู้ป่วยวัณโรค
- 1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค
- 1.3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน
- 1.4 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

2. ความเป็นจริงของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นอย่างไร

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างไร

- 3.1 การค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย (Explore Both Disease and Illness)
- 3.2 การเข้าใจชีวิตบุคคล (Understand the Whole Person)
- 3.3 การหาหนทางร่วมกัน (Find Common Ground)
- 3.4 การสร้างเสริมงานป้องกัน ส่งเสริม (Incorporate Prevention and Health Promotion)

- 3.5 ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี (Enhance Doctor-Patient Relationship)
- 3.6 อยู่บนความเป็นจริง (Being Realistic)

4. แนวทางหรือวิธีการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีอะไรบ้าง

ชุดที่ 5 แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยบันทึกประเด็นการพูดคุย แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในสิ่งที่เกิดขึ้น จากการวิจัยในชั้นตอน ของ ขั้นตอนผล ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ชุมชนของท่านมีนวัตกรรมอะไรบ้าง ที่เกิดขึ้นจากผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. ท่านคิดว่าปัญหาอุปสรรค การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีอะไรบ้าง
3. ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
4. ท่านคิดว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีอะไรบ้าง

3.4 การสร้างและตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

- 1) ศึกษาเนื้อหาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เอกสาร ตำรา วิชาการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรค
- 2) ศึกษาแนวทางการดำเนินงานด้านโรค การดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน การดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านโรค
- 3) ศึกษาแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)
- 4) นำเนื้อหา เอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎี รวมถึงผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบในการกำหนดแนวทางการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งการสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมทุกด้าน
- 5) นำเครื่องมือแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะแล้วนำกลับมาปรับปรุงแก้ไข

6) นำเครื่องมือแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการแก้ไขให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) พิจารณาความถูกต้องของภาษาและความชัดเจนของ ภาษา โดยพิจารณาเป็นรายข้อและตรวจสอบความถูกต้องระหว่างเนื้อหา

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.2.1 ด้านความตรง (Validity)

เครื่องมือวิจัยที่สร้างและพัฒนาขึ้นในการศึกษาค้างนี้ นำไปตรวจสอบคุณภาพ โดย ให้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิง เนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่ มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านเกี่ยวกับวัยโรค มี ประสบการณ์ในการทำงานด้านการส่งเสริมและป้องกันวัยโรค จำนวน 3 ท่าน ดังนี้

1) ดร. ดนิตา จำปาแก้ว อาจารย์ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2) นายวิทยา ศรีแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (สาธารณสุขอำเภอช้างกลาง) จังหวัดนครศรีธรรมราช

3) นางสาวมนวิภา รียาพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณา ดังนี้

การหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ประเมินความสอดคล้องมี 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง
- 2 หมายถึง สอดคล้องบางส่วน
- 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง
- 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก

สูตรในการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ข้อที่ได้รับการประเมิน 3 หรือ 4 เท่านั้น มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ดังนั้นในการคำนวณจึงมีลักษณะเป็นข้อมูลทวิ (Dichotomous) คือ ไม่สอดคล้อง (1 หรือ 2) และ สอดคล้อง (3 หรือ 4)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ (3 หรือ 4)}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

$CVI = 1.00$ = เนื้อหาคำถามสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของตัวแปร

$CVI = 0.00$ = เนื้อหาคำถามไม่สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของตัวแปร

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ซึ่งผ่านการปรับปรุงแก้ไขให้มีความตรงกับเนื้อหาที่ศึกษา โดยมีค่า CVI เท่ากับ 0.80

3.4.2.2 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายและเป็นกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายจริงในการวิจัยครั้งนี้ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอฉวาง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน แบบประเมินส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจของท่านต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย 2 วิธี คือ (1) วิธีหาค่า Cronbach's alpha Coefficient กำหนด 0.80 ขึ้นไป และ (2) วิธีหาค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือวิจัย (Discrimination Index) กำหนด 0.20 ขึ้นไป

ในการศึกษานี้ ค่า Cronbach's alpha Coefficient ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการวิเคราะห์ค่าต้องได้ค่า มากกว่า 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับเครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่น ซึ่งได้ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค

ด้านสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80

ด้านส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91

ด้านความพึงพอใจของท่านต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ในการดูแลผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

ชุดที่ 2 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค

ด้านสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89

ด้านพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

ด้านส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91

ด้านความพึงพอใจของท่านต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ในการดูแลผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแทกการ์ท (Kemmis และ McTaggart, 1990) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (P-A-O-R) ร่วมกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยมีรายละเอียดในการดำเนินงานดังนี้

1. การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 ศึกษาบริบทของพื้นที่ และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

กิจกรรมที่ 1.2 ประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์วัณโรค มาตรฐานการการดำเนินงานด้านวัณโรค และประเมินคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรค

กิจกรรมที่ 1.3 แต่งตั้งและประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่ออำเภอช้างกลางซึ่งมีการวิเคราะห์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน และประสานตัวแทนผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค เพื่อแต่งตั้ง ประชุมสร้างความรู้ความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง

กิจกรรมที่ 1.4 ประชุมวางแผน กำหนดขอบเขตการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน กำหนดแนวทางการดำเนินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานให้กับแกนนำชุมชน แลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานและปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานด้านวัณโรคในพื้นที่ และกำหนดบทบาท หน้าที่ของแกนนำชุมชนตามบริบทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ชุมชน

โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการ วิเคราะห์ในกิจกรรมที่ผ่านมาไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดทิศทาง กิจกรรม เพื่อสร้าง และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2.1 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ พัฒนาออกแบบกรอบและโครงสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง โดยประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันสร้างและออกแบบกรอบ โครงสร้างรูปแบบ โดยการมีส่วนร่วมของ ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

กิจกรรมที่ 2.2 พัฒนาชุดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันพัฒนาชุดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของ ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนแบบ On-Site และรับฟังความคิดเห็นจากผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคทั้งแบบ Online

กิจกรรมที่ 2.3 ดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งนำกิจกรรมที่ได้จากการพัฒนาชุดกิจกรรม นำไปใช้ในการดำเนินงานด้านวัณโรค

ขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3.1 ติดตามและประเมินการดำเนินงาน พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการดำเนินงานตามแผน และเพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

กิจกรรมที่ 3.2 สังเกตผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ โดยประเมินจาก 1) คุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค 2) สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคใน

ชุมชน 3) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโรค 4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านไวรัสโรคในชุมชน 5) ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโรคในชุมชน

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 4.1 ถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยไวรัสโรคในชุมชน วัตถุประสงค์ เพื่อถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบ

กิจกรรมที่ 4.2 เวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับชุมชน วัตถุประสงค์ เพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชุมชน ในประเด็น และปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยไวรัสโรคในชุมชน

ในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นพิธีกรดำเนินรายการ พยายามให้กลุ่มสมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ได้ดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข เพื่อการพัฒนาต่อไป และสรุปผลการดำเนินงานเพื่อทบทวนกิจกรรมหรือขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่เกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ ผลการดำเนินงาน ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ หรือได้ดำเนินการตามแผนและไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการ ความร่วมมือที่ได้รับและความภาคภูมิใจ หลังจากนั้นให้ทุกคนร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและนำประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรค เข้าสู่ระยะการวางแผน เพื่อพัฒนาในวงรอบต่อไป

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การจัดการข้อมูล ผู้ศึกษาได้นำข้อที่ได้จากการสังเกต การสอบถาม โดยแยกเป็น 2 ส่วน คือ

3.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

2) การลงรหัสข้อมูล (Data Coding) ในข้อมูลเชิงปริมาณของกลุ่มประชากรที่ใช้ใน

การเก็บข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 สำหรับผู้ป่วยไวรัสโรค โดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ คุณลักษณะประชากร สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไวรัสโรค พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโรคในชุมชน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านไวรัสโรคในชุมชน และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโรคในชุมชนของต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง

กลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไวรัสโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ คุณลักษณะประชากร สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโรค พฤติกรรมการป้องกันเชื้อไวรัสโรคในชุมชน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านไวรัสโรคในชุมชน และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโรคในชุมชนของต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง

กลุ่มที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านไวรัสโรค ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ คุณลักษณะประชากร สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโรค พฤติกรรมการป้องกันเชื้อไวรัสโรคในชุมชน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านไวรัส

โรคในชุมชน และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง

3.6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) การจัดกลุ่มย่อยที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) การจัดเวทีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus Group) ในประเด็นที่กำหนด โดยแยกกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค (2) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (3) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค
- 3) บันทึกรายละเอียดที่สำคัญ โดยการใช้แบบบันทึกการประชุม การบันทึกเสียงและการสังเกตลักษณะของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม
- 4) จัดทำสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการในแต่ละกลุ่มย่อย ในรายละเอียดที่สำคัญ นำมารวบรวม ตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ และพิจารณาเชิงเหตุผลพร้อมทั้งสรุปประเด็นจนเกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา ได้ดำเนินการเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ที่เข้าร่วมการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ หรือคำถามปลายเปิด จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นวัณโรค ลักษณะที่อยู่อาศัย ประเภทสถานบริการใกล้บ้าน ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 2 สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย มีข้อความจำนวน 25 ข้อซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	ให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนน มีการจัดระดับคะแนนสมรรถนะ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งมีการพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977: 14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3-1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับสมรรถนะ	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับสมรรถนะสูง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับสมรรถนะปานกลาง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับสมรรถนะต่ำ	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	ให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนน มีการจัดระดับคะแนนพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งมีการพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977: 14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3-1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับพฤติกรรม	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับพฤติกรรมสูง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับพฤติกรรมต่ำ	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านไวรัสโคโรนาในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 3 คะแนน
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น ให้ 2 คะแนน
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนน มีการจัดระดับคะแนนการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งมีการพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977: 14) ดังนี้

อันตรภาคชั้น		$= \frac{\text{คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$
		$= \frac{3-1}{3}$
		$= 0.66$
ระดับการมีส่วนร่วม	เกณฑ์การให้คะแนน	
ระดับการมีส่วนร่วมสูง	หมายถึง	การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง	การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับการมีส่วนร่วมต่ำ	หมายถึง	การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของต่อเครือข่ายสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามต้องเลือกตอบคำถามเพียง 1 คำตอบ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ 6 ข้อ 2) ความพึงพอใจด้านบุคลากร 4 ข้อ 3) ความพึงพอใจด้านสถานที่ 5 ข้อ และ 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ 5 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 3 คะแนน
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น ให้ 2 คะแนน
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนน มีการจัดระดับคะแนนความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งมีการพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977: 14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3-1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับความพึงพอใจ	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความพึงพอใจสูง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับความพึงพอใจต่ำ	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวินโรค ที่เข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวินโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ หรือคำถามปลายเปิด โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงใน () และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ หรือคำถามปลายเปิด จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ตำแหน่ง ระดับการศึกษา รายได้ หน่วยงานที่สังกัด การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นวินโรค ระยะเวลาการทำงานด้านวินโรค เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านวินโรค ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวินโรคในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 2 ด้านสมรรถนะ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย มีข้อความจำนวน 25 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	ให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนน มีการจัดระดับคะแนนสมรรถนะ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งมีการพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977: 14) ดังนี้

$$\text{อันดับภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{3-1}{3}$$

$$= 0.66$$

ระดับสมรรถนะ	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับสมรรถนะสูง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับสมรรถนะปานกลาง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33

ระดับสมรรถนะต่ำ หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น ให้ 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนน มีการจัดระดับคะแนนพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งมีการพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977: 14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3-1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับพฤติกรรม

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับพฤติกรรมสูง หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00

ระดับพฤติกรรมปานกลาง หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33

ระดับพฤติกรรมต่ำ หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านไวรัสโคโรนาในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น ให้ 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนน มีการจัดระดับคะแนนการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งมีการพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977: 14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3-1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

$$= 0.66$$

ระดับการมีส่วนร่วม	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับการมีส่วนร่วมสูง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับการมีส่วนร่วมต่ำ	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของต่อเครือข่ายสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามต้องเลือกตอบคำถามเพียง 1 คำตอบ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ 6 ข้อ 2) ความพึงพอใจด้านบุคลากร 4 ข้อ 3) ความพึงพอใจด้านสถานที่ 5 ข้อ และ 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ 5 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	ให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนน มีการจัดระดับคะแนนความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งมีการพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977: 14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันดับภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3-1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับความพึงพอใจ	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความพึงพอใจสูง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับความพึงพอใจต่ำ	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยข้อมูลที่ได้หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษาและบรรยายนำเสนอผลการวิจัย

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อการวิจัยมีรายละเอียดในการนำเสนอ ดังนี้

3.8.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ผู้วิจัยดำเนินการใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร

3.8.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงอนุมานโดยมีการใช้สถิติที่ใช้ทดสอบ Paired Samples t-test (กรณีแจกแจงปกติ) และใช้ Wilcoxon Matched-pairs Signed Rank Test (กรณีแจกแจงไม่ปกติ) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง ด้านสมรรถนะ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน
- 2) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง ด้านสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน
- 3) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง ด้านสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญ และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์กับกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการวิจัย โดยได้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลหลังจากที่ได้รับอนุมัติหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเงื่อนไขในการยื่นขอรับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม การพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ร่วมวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการวิจัยจนสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการศึกษาด้านจริยธรรมในการวิจัย ดังนี้

3.9.1 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการและระยะเวลาในการศึกษากับกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชโดยกิจกรรมการดำเนินการวิจัยเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและไม่ก่อให้เกิดอันตราย รวมทั้งการระมัดระวังมิให้เกิดความผิดพลาด หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์กับผู้เข้าร่วมวิจัย

3.9.2 ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และโดยการเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย รวมทั้งมีความรอบคอบและระมัดระวังในการดำเนินการทุก

ขั้นตอน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบ หรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมในการวิจัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3.9.3 ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และจะเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย เป็นความลับไม่เปิดเผย หากมีการบันทึกภาพหรือเสียงและจดบันทึกการสนทนา จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

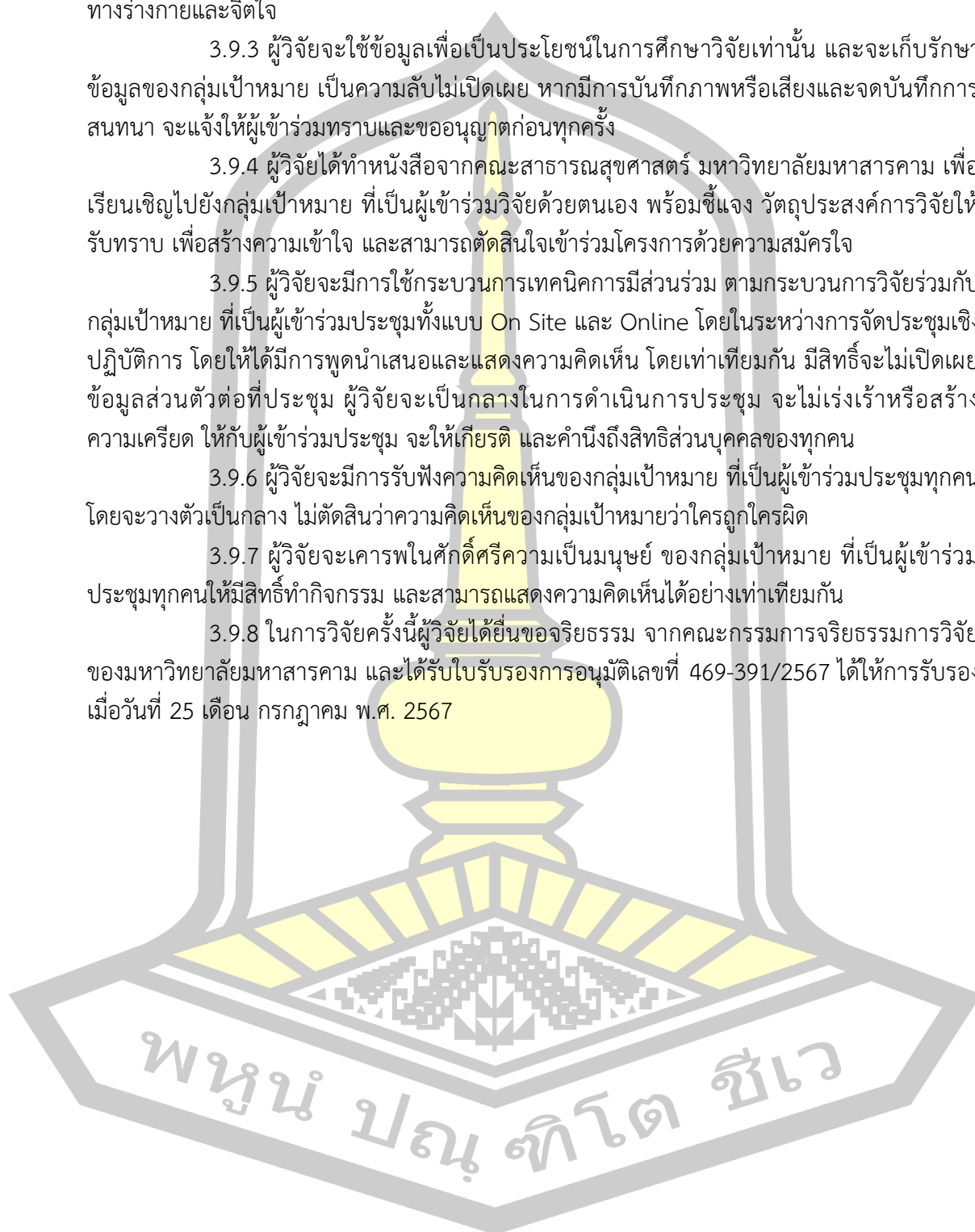
3.9.4 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเรียนเชิญไปยังกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง พร้อมชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยให้รับทราบ เพื่อสร้างความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

3.9.5 ผู้วิจัยจะมีการใช้กระบวนการเทคนิคการมีส่วนร่วม ตามกระบวนการวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นผู้เข้าร่วมประชุมทั้งแบบ On Site และ Online โดยในระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยให้มีการพูดนำเสนอและแสดงความคิดเห็น โดยเท่าเทียมกัน มีสิทธิ์จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุม ผู้วิจัยจะเป็นกลางในการดำเนินการประชุม จะไม่เร่งเร้าหรือสร้างความเครียด ให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติ และคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของทุกคน

3.9.6 ผู้วิจัยจะมีการรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน โดยจะวางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินว่าความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายว่าใครถูกใครผิด

3.9.7 ผู้วิจัยจะเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ของกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนให้มีสิทธิ์ทำกิจกรรม และสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

3.9.8 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยื่นขอจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับใบรับรองการอนุมัติเลขที่ 469-391/2567 ได้ให้การรับรองเมื่อวันที่ 25 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) คือ ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation) และขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 16 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 456 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำนวน 12 คน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาข้อมูลจากกลุ่มตัวเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอผลรายละเอียดข้อมูลการวิจัย ดังต่อไปนี้

4.1 ผลการศึกษาริบทบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.2 ผลการศึกษาระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.1 ผลการศึกษาริบทบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.1.1 ลักษณะประชากรที่ศึกษากลุ่มผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 16 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.00 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 18.75 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 50.00 รองลงมา สถานภาพสมรส ร้อยละ 37.50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.75 รองลงมา รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.75 รายได้ส่วนใหญ่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน ร้อยละ 62.50 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย ร้อยละ 81.75 ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.25 เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.50 และส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิดเป็นหรือเคยเป็นวัณโรค ร้อยละ 81.25 ลักษณะที่อยู่อาศัยไม่แออัด ร้อยละ 56.25 และ สถานพยาบาลใกล้บ้านเป็นรพ.สต. ร้อยละ 93.75 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคจำแนกตามลักษณะทางประชากร (N=16)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	12	75.00
หญิง	4	25.00
2. อายุ (ปี)		
20 - 29 ปี	2	12.50
30 - 39 ปี	1	6.25
40 - 49 ปี	8	50.00
50 - 59 ปี	2	12.50
อายุ 60 ปี ขึ้นไป	3	18.75
Mean = 47.50, SD=21.43, Min= 27, Max= 82		
3. สถานภาพ		
สมรส	6	37.50
โสด	8	50.00
หม้าย	1	6.25
หย่า/แยก	1	6.25
4. ศาสนา		
พุทธ	16	100.00
คริสต์	0	0.00
อิสลาม	0	0.00
5. อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	0	0.00
รับจ้างทั่วไป	6	37.50
เอกชน	2	12.50
เกษตรกร	7	43.75
ธุรกิจส่วนตัว	1	6.25
6. รายได้		
น้อยกว่า 10,000 บาท	12	75.00
10,001 - 20,000 บาท	2	12.50
20,001 - 30,000 บาท	1	6.25
มากกว่า 30,000 บาท	1	6.25
Mean = 9,800, SD= 8,436.66, Min= 600, Max= 35,000		

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคจำแนกตามลักษณะทางประชากร (N=16) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	8	50.00
มัธยมตอนต้น	3	18.75
มัธยมตอนปลาย	3	18.75
อนุปริญญา	0	0.00
ปริญญาตรี	2	12.50
ปริญญาโทขึ้นไป	0	0.00
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-2 คน	10	62.50
3-4 คน	5	31.25
มากกว่า 5 คน	1	6.25
9. การเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มีโรคอื่นร่วม	13	81.25
โรคเบาหวาน	2	12.50
โรคความดันโลหิตสูง	1	6.25
10. การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	7	43.75
เคยสูบบุหรี่	9	56.25
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	0	0.00
11. การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	6	37.50
เคยดื่มแอลกอฮอล์	10	62.50
ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์อยู่	0	0.00
12. มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิดเคยเป็นวัณโรค		
ไม่มี	13	81.25
มี	3	18.75
13. ลักษณะที่อยู่อาศัย		
แออัด	7	43.75
ไม่แออัด	9	56.25
14. ประเภทสถานพยาบาลใกล้บ้าน		
โรงพยาบาลชุมชน	1	6.25
รพ.สต.	15	93.75

4.1.2 ลักษณะประชากรที่ศึกษากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำนวน 456 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.07 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 45.83 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 19.08 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 56.14 รองลงมาสถานภาพสมรส ร้อยละ 38.60 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.39 รองลงมา รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 15.79 รายได้ส่วนใหญ่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 50.66 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.53 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.22 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 96.74 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 81.58 และส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิดเป็นหรือเคยเป็นวัณโรค ร้อยละ 92.11 ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่ ไม่แออัด ร้อยละ 94.52 และสถานพยาบาลใกล้บ้านเป็น รพ.สต. ร้อยละ 67.11 ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามลักษณะทางประชากร (N=456)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	214	46.93
หญิง	242	53.07
2. อายุ (ปี)		
20 - 29 ปี	53	11.62
30 - 39 ปี	87	19.08
40 - 49 ปี	209	45.83
50 - 59 ปี	64	14.04
อายุ 60 ปี ขึ้นไป	43	9.43
Mean=48.50, SD=34.33, Min= 20, Max= 79		
3. สถานภาพ		
สมรส	176	38.60
โสด	256	56.14
หม้าย	18	3.95
หย่า/แยก	6	1.31
4. ศาสนา		
พุทธ	456	100.00
คริสต์	0	0.00
อิสลาม	0	0.00

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามลักษณะทางประชากร (N=456) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	11	2.41
รับจ้างทั่วไป	72	15.79
เอกชน	45	9.87
เกษตรกร	321	70.39
ธุรกิจส่วนตัว	7	1.54
6. รายได้		
น้อยกว่า 10,000 บาท	231	50.66
10,001 – 20,000 บาท	165	36.18
20,001 – 30,000 บาท	48	10.53
มากกว่า 30,000 บาท	12	2.63
Mean=9,700, SD=12,542.34, Min= 500, Max=68,000		
7. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	87	19.08
มัธยมตอนต้น	162	35.53
มัธยมตอนปลาย	95	20.83
อนุปริญญา	24	5.26
ปริญญาตรี	83	18.20
ปริญญาโทขึ้นไป	5	1.10
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-2 คน	254	55.70
3-4 คน	145	31.80
มากกว่า 5 คน	57	12.50
9. การเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	343	75.22
โรคเบาหวาน	57	12.50
โรคความดันโลหิตสูง	46	10.09
โรคมะเร็ง	6	1.32
โรคหัวใจ	4	0.88
10. การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	318	69.74
เคยสูบบุหรี่	91	19.96

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามลักษณะทางประชากร (N=456) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	47	10.31
11. การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	372	81.58
เคยดื่มแอลกอฮอล์	53	11.62
ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์อยู่	31	6.80
12. มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นวัณโรค		
ไม่มี	420	92.11
มี	36	7.89
13. ลักษณะที่อยู่อาศัย		
แออัด	25	5.48
ไม่แออัด	431	94.52
14. ประเภทสถานพยาบาลใกล้บ้าน		
โรงพยาบาลชุมชน	150	32.89
รพ.สต.	306	67.11

4.1.3 ลักษณะประชากรที่ศึกษากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

ผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำนวน 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.67 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 66.67 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 66.67 รองลงมา สถานภาพสมรส ร้อยละ 33.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 66.67 รายได้ส่วนใหญ่ มากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 50.00 การศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 เป็นเจ้าหน้าที่รพ.สต. ร้อยละ 58.34 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 66.67 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.00 ไม่มีบุคคลในครอบครัวคนใกล้ชิดเป็นหรือเคยเป็นวัณโรค ร้อยละ 100.00 ระยะเวลาการทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ร้อยละ 91.67 เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านวัณโรคในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 66.67 และมีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ร้อยละ 91.67 ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวิมโรค จำแนกตามลักษณะทางประชากร (N=12)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	1	8.33
หญิง	11	91.67
2. อายุ (ปี)		
20 - 29 ปี	4	33.33
30 - 39 ปี	8	66.67
40 - 49 ปี	0	0.00
50 - 59 ปี	0	0.00
อายุ 60 ปี ขึ้นไป	0	0.00
Mean= 34.50, SD=33.07, Min= 25, Max= 37		
3. สถานภาพ		
สมรส	4	33.33
โสด	8	66.67
หม้าย	0	0.00
หย่า/แยก	0	0.00
4. ศาสนา		
พุทธ	12	100.00
คริสต์	0	0.00
อิสลาม	0	0.00
5. ตำแหน่ง		
แพทย์	0	0.00
นักวิชาการสาธารณสุข	8	66.66
พยาบาล	2	16.67
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	2	16.67
6. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	0	0.00
มัธยมตอนต้น	0	0.00
มัธยมตอนปลาย	0	0.00
อนุปริญญา	0	0.00
ปริญญาตรี	12	100.00
ปริญญาโทขึ้นไป	0	0.00

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามลักษณะทางประชากร (N=12) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. รายได้		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	0	0.00
10,001 – 20,000 บาท	4	33.33
20,001 – 30,000 บาท	2	16.67
มากกว่า 30,000 บาท	6	50.00
Mean= 28,125, SD=33.07, Min= 9,337.202, Max= 48,000		
8. หน่วยงานที่สังกัด		
โรงพยาบาล	1	8.33
สสอ.	1	8.33
รพ.สต.	7	58.34
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3	25.00
9. การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	8	66.67
เคยสูบบุหรี่	3	25.00
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	1	8.33
10. การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	6	50.00
เคยดื่มแอลกอฮอล์	5	41.67
ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์อยู่	1	8.33
11. มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นวัณโรค		
ไม่มี	0	0.00
มี	12	100.00
12. ระยะเวลาการทำงานด้านวัณโรค		
1-2 ปี	2	16.67
3-4 ปี	4	33.33
มากกว่า 5 ปี	6	50.00
13. มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน		
ไม่มีประสบการณ์	1	8.33
มีประสบการณ์	11	91.67

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามลักษณะทางประชากร (N=12) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
14. เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านวัณโรคในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่ได้เข้าร่วมประชุม	4	33.33
เข้าร่วมประชุม	8	66.67
15. มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน		
ไม่มีประสบการณ์	1	8.33
มีประสบการณ์	11	91.67

4.1.4 สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.17, S.D. = 0.62) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ทักษะการป้องกันตนเอง โดยการสวมหน้ากากอนามัย หรือแยกตัวจากบุคคลในบ้าน (Mean = 2.38, S.D. = 0.62) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และ คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การกำกับหรือช่วยเหลือหรือสนับสนุนการกินยาต่อหน้า (Mean = 1.75, S.D. = 0.63) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และข้อคะแนนต่ำที่ต้องพิจารณา คือ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการรักษาและวิธีการรักษา (Mean = 1.81, S.D. = 0.50) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามสมรรถนะการดูแลตนเอง (N=16)

สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
1. ทักษะการสังเกตอาการของตนเอง	2.13	0.31	ปานกลาง
2. ทักษะในการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยวัณโรค	1.81	0.65	ปานกลาง
3. ทักษะการป้องกันตนเอง โดยการสวมหน้ากากอนามัย หรือแยกตัวจากบุคคลในบ้าน	2.38	0.62	สูง
4. สร้างความเข้าใจ ให้กับคนในครอบครัว ญาติ และชุมชนเกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรค	1.94	0.46	ปานกลาง
5. การให้กำลังใจ เห็นใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.13	0.80	ปานกลาง
6. การให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ที่ถูกต้อง	2.19	0.60	ปานกลาง
7. สร้างความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับการลดความกลัวและการตีตราผู้ป่วยวัณโรค	2.36	0.63	สูง

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามสมรรถนะในการดูแลตนเอง (N=16) (ต่อ)

สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
8. การติดต่อประสานงานระหว่าง รพ.สต. กับผู้ป่วยวัณโรคหรือญาติผู้ดูแล	2.37	0.73	สูง
9. การสร้างความตระหนัก ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา	2.19	0.52	ปานกลาง
10. ผู้ป่วยมาตรวจและรับยาตามนัด	2.38	0.70	สูง
11. การ สังเกต อาการแพ้ยาวัณโรค	1.94	0.68	ปานกลาง
12. การประสานผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคเข้ารับการเอ็กซเรย์ปอด	2.31	0.61	ปานกลาง
13. ติดตามการส่งเสมหะ เพื่อพิจารณาผลตามเวลาที่กำหนด	2.38	0.72	สูง
14. การติดต่อประสานงานรพ.สต. กรณีผู้ป่วยไม่รักษา	1.94	0.62	ปานกลาง
15. ติดตามสาเหตุเมื่อผู้ป่วยมีการขาดยา	2.31	0.70	สูง
16. การให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน และงดสารเสพติดทุกชนิด	2.25	0.60	ปานกลาง
17. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	2.19	0.67	ปานกลาง
18. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการรักษาและวิธีการรักษา	1.81	0.50	ปานกลาง
19. การกำกับหรือช่วยเหลือหรือสนับสนุนการกินยาต่อหน้า	1.75	0.63	ปานกลาง
20. การแนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การระบายอากาศถ่ายเทสะดวกและแดดส่องถึง	2.25	0.78	ปานกลาง
21. การแนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้แยกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยวัณโรค	2.20	0.65	ปานกลาง
22. การแนะนำให้ญาติมาเชื่อในบ้านผู้ป่วย	2.04	0.78	ปานกลาง
23. มีการเข้ารับการอบรมหรือกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอย่างต่อเนื่อง	1.90	0.82	ปานกลาง
24. การรณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไปตรวจสุขภาพประจำปี	2.11	0.91	ปานกลาง
25. เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่กลัวหรือรังเกียจจากการป่วยเป็นวัณโรค	2.32	0.73	ปานกลาง
โดยรวม	2.17	0.62	ปานกลาง

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ มีสมรรถนะการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.75 รองลงมา มีสมรรถนะการดูแลตนเองในระดับปานกลางสูง ร้อยละ 6.25 ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระดับสมรรถนะในการดูแลตนเอง
(N=16)

ระดับสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	1	6.25
ระดับปานกลาง	15	93.75
ระดับต่ำ	0	0.00
รวม	16	100

4.1.5 สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.36, S.D. = 0.70) เมื่อพิจารณาข้อคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ สร้างความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับการลดความกลัวและการตีตราผู้ป่วยวัณโรค (Mean = 2.67, S.D. = 0.80) รองลงมา คือ ทักษะการป้องกันตนเอง โดยการสวมหน้ากากอนามัย หรือแยกตัวจากบุคคลในบ้าน (Mean = 2.54, S.D. = 0.60) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีการเข้ารับการอบรมหรือกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอย่างต่อเนื่อง (Mean = 1.02, S.D. = 0.81) ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (N=456)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
1. ทักษะการสังเกต เฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยวัณโรค	2.32	0.80	ปานกลาง
2. ทักษะในการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยวัณโรค			
3. ทักษะการป้องกันตนเอง โดยการสวมหน้ากากอนามัย หรือแยกตัวจากบุคคลในบ้าน	2.54	0.60	สูง
4. สร้างความเข้าใจ ให้กับคนในครอบครัว ญาติ และชุมชนเกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรค	2.21	0.72	ปานกลาง
5. การให้กำลังใจ เห็นใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.31	0.83	ปานกลาง
6. การให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ที่ถูกต้อง	2.40	0.45	สูง
7. สร้างความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับการลดความกลัวและการตีตราผู้ป่วยวัณโรค	2.67	0.80	สูง

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (N=456) (ต่อ)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
8. การติดต่อประสานงานระหว่าง รพ.สต. กับผู้ป่วยวัณโรคหรือญาติผู้ดูแล	2.50	0.65	สูง
9. การสร้างความตระหนัก ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา	2.32	0.76	ปานกลาง
10. ผู้ป่วยมาตรวจและรับยาตามนัด	1.87	0.65	ปานกลาง
11. การ สังเกต อาการแพ้ยาวัณโรค	1.96	0.67	ปานกลาง
12. การประสานผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคเข้ารับการเอ็กซเรย์ปอด	2.34	0.74	สูง
13. ติดตามการส่งเสมหะ เพื่อพิจารณาผลตามเวลาที่กำหนด	1.87	0.82	ปานกลาง
14. การติดต่อประสานงานรพ.สต. กรณีผู้ป่วยไม่รักษา	2.08	0.65	ปานกลาง
15. ติดตามสาเหตุเมื่อผู้ป่วยมีการขาดยา	1.90	0.70	ปานกลาง
16. การให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน และงดสารเสพติดทุกชนิด	2.04	0.63	ปานกลาง
17. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน	2.15	0.65	ปานกลาง
18. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการรักษาและวิธีการรักษา	1.65	0.70	ต่ำ
19. การกำกับหรือช่วยเหลือหรือสนับสนุนการกินยาต่อหน้า	1.31	0.72	ต่ำ
20. การแนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การระบายอากาศถ่ายเทสะดวกและแดดส่องถึง	1.54	0.81	ต่ำ
21. การแนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้แยกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยวัณโรค	1.40	0.68	ต่ำ
22. การแนะนำให้ญาติมาเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วย	1.33	0.77	ต่ำ
23. มีการเข้ารับการอบรมหรือกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอย่างต่อเนื่อง	1.02	0.81	ต่ำ
24. การรณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไปตรวจสุขภาพประจำปี	2.54	0.67	สูง
25. เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่กลัวหรือรังเกียจจากการป่วยเป็นวัณโรค	2.18	0.58	ปานกลาง
โดยรวม	2.36	0.70	สูง

ระดับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน พบว่า จำนวนผู้ที่มีระดับสูง จำนวน 215 คน คิดเป็น ร้อยละ 47.15 จำนวนผู้ที่มีระดับปานกลาง จำนวน 87 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.08 จำนวนผู้ที่มีระดับต่ำ จำนวน 154 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.77 ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตาม สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (N=456)

ระดับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	215	47.15
ระดับปานกลาง	87	19.08
ระดับต่ำ	154	33.77
รวม	456	100.00

4.1.6 สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.35, S.D. = 0.70) เมื่อพิจารณาข้อคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ สร้างความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับการลดความกลัวและการตีตราผู้ป่วยวัณโรค (Mean = 2.67, S.D. = 0.75) รองลงมา คือ การกำกับหรือช่วยเหลือหรือสนับสนุนการกินยาต่อหน้า (Mean = 2.56, S.D. = 0.70) และข้อคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ติดตามสาเหตุเมื่อผู้ป่วยมีการขาดยา (Mean = 1.98, S.D. = 0.78) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (N=12)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
1. ทักทายการสังเกต เฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยวัณโรค	2.46	0.65	สูง
2. ทักทายในการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยวัณโรค			
3. ทักทายการป้องกันตนเอง โดยการสวมหน้ากากอนามัย หรือ แยกตัวจากบุคคลอื่นในบ้าน	2.34	0.70	สูง
4. สร้างความเข้าใจ ให้กับคนในครอบครัว ญาติ และชุมชน เกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรค	2.40	0.81	สูง
5. การให้กำลังใจ เห็นใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.36	0.54	สูง

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (N=12) (ต่อ)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
6. การให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ที่ถูกต้อง	2.41	0.60	สูง
7. สร้างความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับการลดความกลัวและการตีตราผู้ป่วยวัณโรค	2.67	0.75	สูง
8. การติดต่อประสานงานระหว่าง รพ.สต. กับผู้ป่วยวัณโรคหรือญาติผู้ดูแล	2.44	0.43	สูง
9. การสร้างความตระหนัก ให้มีความสำคัญกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา	2.23	0.80	ปานกลาง
10. ผู้ป่วยมาตรวจและรับยาตามนัด	2.01	0.76	ปานกลาง
11. การ สังเกต อาการแพ้ยาวัณโรค	2.37	0.82	สูง
12. การประสานผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคเข้ารับการเอ็กซเรย์ปอด	2.35	0.76	สูง
13. ติดตามการส่งเสมหะ เพื่อพิจารณาผลตามเวลาที่กำหนด	2.48	0.69	สูง
14. การติดต่อประสานงานรพ.สต. กรณีผู้ป่วยไม่รักษา	2.40	0.66	สูง
15. ติดตามสาเหตุเมื่อผู้ป่วยมีการขาดยา	1.98	0.78	ปานกลาง
16. การให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน และงดสารเสพติดทุกชนิด	2.29	0.80	ปานกลาง
17. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน	2.32	0.76	ปานกลาง
18. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการรักษาและวิธีการรักษา	2.45	0.66	สูง
19. การกำกับหรือช่วยเหลือหรือสนับสนุนการกินยาต่อหน้า	2.56	0.70	สูง
20. การแนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การระบายอากาศถ่ายเทสะดวกและแดดส่องถึง	2.23	0.81	ปานกลาง
21. การแนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้แยกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยวัณโรค	2.14	0.83	ปานกลาง
22. การแนะนำให้มาฆ่าเชื้อในบ้านผู้ป่วย	2.40	0.86	สูง
23. มีการเข้ารับการอบรมหรือกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอย่างต่อเนื่อง	2.12	0.75	ปานกลาง
24. การรณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไปตรวจสุขภาพประจำปี	2.44	0.91	สูง
25. เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่กลัวหรือรังเกียจจากการป่วยเป็นวัณโรค	2.37	0.83	สูง
โดยรวม	2.35	0.70	สูง

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค ส่วนใหญ่คะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.00 และคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนระดับปานกลาง ร้อยละ 25.00 ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (N=12)

ระดับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	9	75.00
ระดับปานกลาง	3	25.00
ระดับต่ำ	0	0.00
รวม	12	100.00

4.1.7 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.98, S.D. = 0.74) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ท่านซักเสมหะลงพื้น หรือซักเสมหะในหอน้ำ (Mean = 2.31, S.D. = 0.60) รองลงมา คือถ้าไม่มีหน้ากากอนามัย ให้ใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากเวลาไอ จาม (Mean = 2.25, S.D. = 0.74) และข้อคะแนนต่ำสุด คือ ท่านสวมหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่บ้านและในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง (Mean = 1.63, S.D. = 0.62) และท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง หากนั่งรถสาธารณะ เช่น รถตู้ รถบัส (Mean = 1.63, S.D. = 0.82) ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน (N=16)

พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
1. ท่านสวมหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่บ้านและในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง	1.63	0.62	ต่ำ
2. ถ้าไม่มีหน้ากากอนามัย ให้ใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากเวลาไอ จาม	2.25	0.74	ปานกลาง
3. ท่านแยกนอนกับคนอื่นในบ้านเมื่อมีอาการไอ จาม หรือ เมื่อไม่สบาย	1.81	0.80	ปานกลาง
4. ใน 1 สัปดาห์ ท่านจัดบ้านให้สะอาด น้ำที่นอน หมอนมุ้ง เครื่องใช้ส่วนตัว ออก ตากแดดและเปิดหน้าต่าง ประตูให้อากาศถ่ายเท	2.06	0.80	ปานกลาง

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกัน การแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน (N=16) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
5. เมื่อท่านป่วย มีอาการ ไอ จาม และต้องอยู่ร่วมบ้านกับคนอื่น ท่านจะเลี่ยงออกไปจากบริเวณนั้น	2.00	0.70	ปานกลาง
6. ท่านต้องการซักเสมือใส่ถุงพลาสติก โดยใส่น้ำยาล้างจาน หรือน้ำผสมผงซักฟอกไว้ใน ถูพลาสติกนั้น และเทเศษทิ้งใน โถส้วม	2.06	0.62	ปานกลาง
7. ท่านซักเสมือลงพื้น หรือซักเสมือในห้องน้ำ	2.31	0.60	ปานกลาง
8. ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง หากนั่งรถสาธารณะ เช่น รถตู้ รถบัส	1.63	0.82	ต่ำ
9. ท่านเคยพูดคุยให้คำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยวัณโรคกับผู้อื่น	1.94	0.85	ปานกลาง
10. ท่านสวมหน้ากากอนามัย เวลาไปในบริเวณที่มีคนจำนวนมาก เช่น วัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า	2.13	0.86	ปานกลาง
โดยรวม	1.98	0.74	ปานกลาง

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.25 มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในระดับปานกลาง ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 12.5 ที่มีพฤติกรรมในระดับสูง และมีเพียงร้อยละ 6.25 ที่มีพฤติกรรมในระดับต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อในระดับที่ต้องการการเสริมสร้างและการปรับปรุงให้ดีขึ้น ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระดับสมรรถนะในการดูแลตนเอง (N=16)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	2	12.5
ระดับปานกลาง	13	81.25
ระดับต่ำ	1	6.25
รวม	16	100.00

4.1.8 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสในชุมชนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไวรัสในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันเชื้อไวรัสในชุมชนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไวรัสในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.14, S.D. = 0.74) เมื่อพิจารณาข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ท่านแยกตัวออกจากคนอื่นเมื่อมีอาการไอ จาม หรือ เมื่อไม่สบาย (Mean = 2.43, S.D. = 0.78) รองลงมา ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง หากนั่งรถสาธารณะ เช่น รถตู้รถบัส (Mean = 2.41, S.D. = 0.87) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านทราบวิธีการซักเส่มหะหรือถ่มน้ำลายที่ถูกต้อง (Mean = 1.56, S.D. = 0.64) ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไวรัสในชุมชน จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันเชื้อไวรัสในชุมชน (N=456)

พฤติกรรมการป้องกันเชื้อไวรัสในชุมชน	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
1. เมื่อมีอาการไอ จาม ป่วย ท่านสวมหน้ากากอนามัยขณะอยู่บ้าน	2.04	0.65	ปานกลาง
2. ถ้าไม่มีหน้ากากอนามัย ให้ใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากเวลาไอ จาม	2.21	0.70	ปานกลาง
3. ท่านแยกตัวออกจากคนอื่นเมื่อมีอาการไอ จาม หรือ เมื่อไม่สบาย	2.43	0.78	สูง
4. ใน 1 สัปดาห์ ท่านจัดบ้านให้สะอาด นำที่นอน หมอนมุ้ง เครื่องใช้ส่วนตัว ออก ตากแดดและเปิดหน้าต่าง ประตูให้อากาศถ่ายเท	2.13	0.82	ปานกลาง
5. ขณะท่านป่วย มีอาการ ไอ จาม และต้องอยู่กับคนอื่นท่านจะเสี่ยงออกไปจากบริเวณนั้น	2.34	0.62	ปานกลาง
6. ท่านทราบวิธีการซักเส่มหะ หรือถ่มน้ำลายที่ถูกต้อง	1.56	0.64	ต่ำ
7. ท่านซักเส่มหะลงพื้น หรือซักเส่มหะในห้องน้ำ	2.01	0.82	ปานกลาง
8. ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง หากนั่งรถสาธารณะ เช่น รถตู้ รถบัส	2.41	0.87	สูง
9. ท่านเคยพูดคุยให้คำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยไวรัสกับผู้อื่น	1.87	0.67	ปานกลาง
10. ท่านสวมหน้ากากอนามัย เวลาไปในบริเวณที่มีคนจำนวนมาก เช่น วัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า	2.35	0.83	สูง
โดยรวม	2.14	0.74	ระดับปานกลาง

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ส่วนใหญ่คะแนนพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.78 รองลงมาคือ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชนระดับต่ำ ร้อยละ 14.69 และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชนระดับสูง ร้อยละ 10.53 ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน (N=456)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	48	10.53
ระดับปานกลาง	341	74.78
ระดับต่ำ	67	14.69
รวม	456	100.00

4.1.9 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชนของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.45, S.D. = 0.73) เมื่อพิจารณาข้อคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อมีอาการไอ จาม ป่วย ทานสวมหน้ากากอนามัย (Mean = 2.84, S.D. = 0.82) และข้อคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ใน 1 สัปดาห์ ทานจัดบ้านให้สะอาด น้ำที่นอน หมอนมุ้ง เครื่องใช้ส่วนตัว ออก ตากแดดและเปิดหน้าต่าง ประตูลให้อากาศถ่ายเท (Mean = 2.47, S.D. = 0.72) ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน (N=12)

พฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
1. เมื่อมีอาการไอ จาม ป่วย ทานสวมหน้ากากอนามัย	2.84	0.82	สูง
2. ถ้าไม่มีหน้ากากอนามัย ให้ใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากเวลาไอ จาม	2.55	0.74	สูง
3. ทานแยกตัวออกจากคนอื่นเมื่อมีอาการไอ จาม หรือ เมื่อไม่สบาย	2.40	0.70	สูง
4. ใน 1 สัปดาห์ ทานจัดบ้านให้สะอาด น้ำที่นอน หมอนมุ้ง เครื่องใช้ส่วนตัว ออก ตากแดดและเปิดหน้าต่าง ประตูลให้อากาศถ่ายเท	2.24	0.68	ปานกลาง
5. ขณะทานป่วย มีอาการ ไอ จาม และต้องอยู่กับคนอื่นทานจะเสี่ยงออกไปจากบริเวณนั้น	2.47	0.72	สูง

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน (N=12) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
6. ทานทราบวิธีการซักเส่มหะ หรือถ่มน้ำลายที่ถูกต้อง	2.35	0.80	สูง
7. ทานซักเส่มหะลงพื้น หรือซักเส่มหะในห้องน้ำ	2.40	0.67	สูง
8. ทานสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง หากนั่งรถสาธารณะ เช่น รถตู้ รถบัส	2.50	0.82	สูง
9. ทานเคยพูดคุยให้คำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยวัณโรคกับผู้อื่น	2.34	0.68	สูง
10. ทานสวมหน้ากากอนามัย เวลาไปในบริเวณที่มีคนจำนวนมาก เช่น วัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า	2.45	0.70	สูง
โดยรวม	2.45	0.73	สูง

ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค ส่วนใหญ่คะแนนพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.67 และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชนระดับปานกลาง ร้อยละ 8.33 ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน (N=12)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	11	91.67
ระดับปานกลาง	1	8.33
ระดับต่ำ	0	0.00
รวม	12	100.00

4.1.10 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.24, S.D. = 0.71) โดยมีข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (Mean = 2.50, S.D. = 0.74) และข้อคะแนนต่ำสุดคือ ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุสิ่งของ ในการดำเนินงานวัณโรค (Mean = 1.75, S.D. = 0.73) ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกัน
การแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน (N=16)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับ การมีส่วนร่วม
การวางแผนการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	2.18	0.72	ปานกลาง
1. ท่านเสนอหัวข้อต่างๆในการทำแผนวัณโรคหรือสุขภาพในชุมชน	2.19	0.60	ปานกลาง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาวัณโรคหรือปัญหาสุขภาพในชุมชน	2.06	0.75	ปานกลาง
3. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุ สิ่งของ ในการดำเนินงานวัณโรค	1.75	0.73	ปานกลาง
4. ท่านมีการเสนอประเด็น เรื่องที่เกี่ยวกับวัณโรค ในเวทีประชุม	2.44	0.80	สูง
5. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.50	0.74	สูง
การดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	2.24	0.71	ปานกลาง
6. ท่านมีส่วนในการประชาสัมพันธ์ เรื่องวัณโรค	2.25	0.70	ปานกลาง
7. ท่านมีส่วนในการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยวัณโรคอย่างถูกวิธี	2.38	0.72	สูง
8. ท่านมีการแนะนำ สื่อสาร เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เช่น เอ็กซเรย์ปอด เก็บเสมหะตรวจ	2.31	0.76	ปานกลาง
9. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	2.38	0.72	สูง
10. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนอย่างถูกสุขลักษณะอนามัย เพื่อป้องกันการแพร่ของเชื้อวัณโรค	2.13	0.82	ปานกลาง
11. ท่านเสนอแนะแนวทางในการให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิ รวมถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.06	0.74	ปานกลาง
12. ท่านมีส่วนร่วมในการสื่อสารเพื่อลดการตีตราในผู้ป่วยวัณโรค	2.19	0.53	ปานกลาง
การติดตามและประเมินผล	2.33	0.75	ปานกลาง
13. ท่านมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.44	0.80	สูง
14. ท่านมีส่วนในการสะท้อนปัญหาที่เกี่ยวกับวัณโรคในชุมชน	2.31	0.70	ปานกลาง
15. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.25	0.75	ปานกลาง
โดยรวม	2.24	0.71	ปานกลาง

ผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่คะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 รองลงมาคือ คะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนระดับต่ำ ร้อยละ 25.00 และคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนระดับสูง ร้อยละ 12.50 ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ
วัณโรคในชุมชน (N=16)

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	2	12.50
ระดับปานกลาง	10	62.50
ระดับต่ำ	4	25.00
รวม	16	100.00

4.1.11 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยรวมแล้วอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.09, S.D. = 0.72) เมื่อพิจารณารายข้อคะแนนสูงสุดที่สุด คือ ท่านมีส่วนในการประชาสัมพันธ์ เรื่องวัณโรค (Mean = 2.35, S.D. = 0.70) รองลงมา คือ ท่านมีการแนะนำ สื่อสาร เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เช่น เอ็กซเรย์ปอด เก็บเสมหะตรวจ (Mean = 2.34, S.D. = 0.65) และ ท่านมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (Mean = 2.34, S.D. = 0.89) ส่วนข้อคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุสิ่งของ ในการดำเนินงานวัณโรค (Mean = 1.41, S.D. = 0.76) ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน (N=456)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
การวางแผนการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	1.90	0.70	ปานกลาง
1. ท่านเสนอหัวข้อต่างๆ ในการทำแผนวัณโรคหรือสุขภาพในชุมชน	2.21	0.76	ปานกลาง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาวัณโรคหรือปัญหาสุขภาพในชุมชน	1.65	0.68	ต่ำ
3. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุสิ่งของ ในการดำเนินงานวัณโรค	1.43	0.76	ต่ำ
4. ท่านมีการเสนอประเด็น เรื่องที่เกี่ยวกับวัณโรค ในเวทีประชุม	2.01	0.68	ปานกลาง

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน (N=456) (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
5. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.20	0.62	ปานกลาง
การดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	2.20	0.72	ปานกลาง
6. ท่านมีส่วนในการประชาสัมพันธ์ เรื่องวัณโรค	2.35	0.70	สูง
7. ท่านมีส่วนในการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยวัณโรคอย่างถูกวิธี	2.14	0.74	ปานกลาง
8. ท่านมีการแนะนำ สื่อสาร เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เช่น เอ็กซเรย์ปอด เก็บเสมหะตรวจ	2.34	0.65	สูง
9. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	2.23	0.62	ปานกลาง
10. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนอย่างถูกสุขลักษณะอนามัย เพื่อป้องกันการแพร่ของเชื้อวัณโรค	2.33	0.84	ปานกลาง
11. ท่านเสนอแนะแนวทางในการให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิ รวมถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.06	0.70	ปานกลาง
12. ท่านมีส่วนร่วมในการสื่อสารเพื่อลดการตีตราในผู้ป่วยวัณโรค	1.97	0.78	ปานกลาง
การติดตามและประเมินผล	2.13	0.88	ปานกลาง
13. ท่านมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.34	0.89	สูง
14. ท่านมีส่วนในการสะท้อนปัญหาที่เกี่ยวกับวัณโรคในชุมชน	1.97	0.74	ปานกลาง
15. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.08	0.68	ปานกลาง
โดยรวม	2.09	0.72	ปานกลาง

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ส่วนใหญ่คะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.19 รองลงมาคือ คะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนระดับสูง ร้อยละ 17.32 และคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนระดับต่ำ ร้อยละ 5.48 ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตาม การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน (N=456)

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	79	17.32
ระดับปานกลาง	352	77.19
ระดับต่ำ	25	5.48
รวม	456	100.00

4.1.12 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.37, S.D. = 0.74) เมื่อพิจารณาร้อยละคะแนนสูงสุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนะทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (Mean = 2.54, S.D. = 0.80) รองลงมา คือ ท่านมีการเสนอประเด็น เรื่องที่เกี่ยวกับวัณโรค ในเวทีประชุม (Mean = 2.50, S.D. = 0.84) และข้อคะแนนต่ำสุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค (Mean = 1.98, S.D. = 0.68) ดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน (N=12)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
การวางแผนการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	2.46	0.75	สูง
1. ท่านเสนอหัวข้อต่างๆในการทำแผนวัณโรคหรือสุขภาพในชุมชน	2.48	0.72	สูง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาวัณโรคหรือปัญหาสุขภาพในชุมชน	2.36	0.70	สูง
3. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุสิ่งของ ในการดำเนินงานวัณโรค	2.41	0.70	สูง
4. ท่านมีการเสนอประเด็น เรื่องที่เกี่ยวกับวัณโรค ในเวทีประชุม	2.50	0.82	สูง
5. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนะทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.54	0.80	สูง
การดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	2.33	0.70	สูง
6. ท่านมีส่วนในการประชาสัมพันธ์ เรื่องวัณโรค	2.46	0.72	สูง
7. ท่านมีส่วนในการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยวัณโรคอย่างถูกวิธี	2.34	0.76	สูง

ตารางที่ 31 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน (N=12) (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
8. ท่านมีการแนะนำ สื่อสาร เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เช่น เอ็กซเรย์ปอด เก็บเสมหะตรวจ	2.40	0.70	สูง
9. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	1.98	0.68	ปานกลาง
10. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องลักษณะอนามัย เพื่อป้องกันการแพร่ของเชื้อวัณโรค	2.20	0.80	ปานกลาง
11. ท่านเสนอแนะแนวทางในการให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิ รวมถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.46	0.71	สูง
12. ท่านมีส่วนร่วมในการสื่อสารเพื่อลดการตีตราในผู้ป่วยวัณโรค	2.47	0.58	สูง
การติดตามและประเมินผล	2.33	0.87	สูง
13. ท่านมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.40	0.88	สูง
14. ท่านมีส่วนในการสะท้อนปัญหาเกี่ยวกับวัณโรคในชุมชน	2.21	0.74	ปานกลาง
15. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	2.38	0.82	สูง
โดยรวม	2.37	0.74	สูง

ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค ส่วนใหญ่คะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ คะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนระดับปานกลาง ร้อยละ 25.00 และคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนระดับต่ำ ร้อยละ 8.33 ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน (N=12)

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	8	66.67
ระดับปานกลาง	3	25.00
ระดับต่ำ	1	8.33
รวม	12	100.00

4.1.13 ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลางของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลางของผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.42, S.D. = 0.72) เมื่อพิจารณารายข้อ คะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย (Mean = 2.65, S.D. = 0.68) รองลงมา คือ มีการจัดสถานที่พักแยกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ (Mean = 2.52, S.D. = 0.73) และข้อคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การตอบข้อซักถามของเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหา (2.25, S.D. = 0.72) ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลาง (N=16)

ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลาง	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ	2.41	0.71	สูง
1. ความสะดวกของการมารับบริการ	2.44	0.70	สูง
2. จุดบริการรองรับเฉพาะผู้ป่วยวัณโรค แยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป	2.42	0.82	สูง
3. ขั้นตอนการรับบริการในสถานพยาบาลมีความสะดวก	2.50	0.68	สูง
4. ระยะเวลาการรอคอยของผู้มารับบริการที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค	2.43	0.70	สูง
5. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ และรักษาวัณโรค	2.36	0.69	สูง
6. ความมั่นใจในบริการที่ได้รับ	2.51	0.68	สูง
ความพึงพอใจด้านบุคลากร	2.48	0.72	สูง
7. เจ้าหน้าที่ที่อึดอัดดี	2.39	0.90	สูง
8. เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ผู้มารับบริการ	2.51	0.72	สูง
9. เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้มารับบริการ	2.38	0.60	สูง
10. เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย	2.65	0.68	สูง
ความพึงพอใจด้านสถานที่	2.41	0.73	สูง
11. สถานพยาบาลมีความสะอาด	2.40	0.78	สูง
12. มีการจัดสถานที่พักแยกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ	2.52	0.73	สูง
13. สถานที่พยาบาลมีความเป็นระเบียบ	2.41	0.67	สูง
14. อาคารสถานที่ที่มีแสงสว่างเพียงพอ	2.26	0.72	ปานกลาง
15. สถานที่มีอากาศถ่ายเทดี	2.45	0.75	สูง

ตารางที่ 33 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N=16) (ต่อ)

ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ	2.36	0.73	สูง
16. มีการประชาสัมพันธ์ แนะนำขั้นตอนที่ชัดเจน	2.29	0.72	ปานกลาง
17. การแจ้งข้อมูลโรคหรืออาการที่เป็นจากแพทย์หรือพยาบาล	2.30	0.70	ปานกลาง
18. การตอบข้อซักถามของเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหา	2.25	0.72	ปานกลาง
19. คำอธิบายเรื่องการใช้จ่ายจากเจ้าหน้าที่	2.48	0.89	สูง
20. การนัดรับบริการครั้งต่อไป	2.49	0.60	สูง
โดยรวม	2.42	0.72	สูง

ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง พบว่าระดับความพึงพอใจสูง มีจำนวน 11 คน หรือ ร้อยละ 68.75 ระดับความพึงพอใจปานกลาง มีจำนวน 3 คน หรือ ร้อยละ 18.75 และระดับความพึงพอใจต่ำ มีจำนวน 2 คน หรือ ร้อยละ 12.5 ดังตารางที่ 34

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N=16)

ระดับความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	11	68.75
ระดับปานกลาง	3	18.75
ระดับต่ำ	2	12.50
รวม	16	100.00

4.1.14 ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.39, S.D. = 0.70) เมื่อพิจารณารายข้อ คะแนนเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย (Mean = 2.60, S.D. = 0.72) และข้อคะแนนต่ำสุด คือ จุดบริการรองรับเฉพาะผู้ป่วยวัณโรค แยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป (Mean = 2.21, S.D. = 0.72) ดังตารางที่ 35

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกตาม
ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N= 456)

ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง	Mean	SD	ระดับความพึง พอใจ
ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ	2.37	0.69	สูง
1. ความสะดวกของการมารับบริการ	2.43	0.70	สูง
2. จุดบริการรองรับเฉพาะผู้ป่วยวัณโรค แยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป	2.21	0.72	ปานกลาง
3. ขั้นตอนการรับบริการในสถานพยาบาลมีความสะดวก	2.35	0.64	สูง
4. ระยะเวลาการรอคอยของผู้มารับบริการที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค	2.38	0.82	สูง
5. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ และ รักษาวัณโรค	2.47	0.52	สูง
6. ความมั่นใจในบริการที่ได้รับ	2.36	0.76	สูง
ความพึงพอใจด้านบุคลากร	2.45	0.70	สูง
8. เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ผู้มารับบริการ	2.45	0.68	สูง
9. เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้มารับบริการ	2.40	0.58	สูง
8. เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ผู้มารับบริการ	2.45	0.68	สูง
10. เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย	2.60	0.72	สูง
ความพึงพอใจด้านสถานที่	2.40	0.70	สูง
11. สถานพยาบาลมีความสะอาด	2.41	0.70	สูง
12. มีการจัดสถานที่พักแยกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ	2.35	0.64	สูง
13. สถานพยาบาลมีความเป็นระเบียบ	2.36	0.80	สูง
14. อาคารสถานที่มีแสงสว่างเพียงพอ	2.45	0.62	สูง
15. สถานที่มีอากาศถ่ายเทดี	2.44	0.76	สูง
ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ	2.35	0.72	สูง
16. มีการประชาสัมพันธ์ แนะนำขั้นตอนที่ชัดเจน	2.34	0.82	ปานกลาง
17. การแจ้งข้อมูลโรคหรืออาการที่เป็นจากแพทย์หรือพยาบาล	2.35	0.70	สูง
18. การตอบข้อซักถามของเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหา	2.34	0.68	ปานกลาง
19. คำอธิบายเรื่องการใช้ยาจากเจ้าหน้าที่	2.33	0.76	ปานกลาง
20. การนัดรับบริการครั้งต่อไป	2.40	0.64	สูง
โดยรวม	2.39	0.70	สูง

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ส่วนใหญ่คะแนนความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.11 รองลงมาคือ คะแนนความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.04 และคะแนนความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางระดับต่ำ ร้อยละ 2.85 ดังตารางที่ 36

ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำแนกความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N= 456)

ระดับความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	265	58.11
ระดับปานกลาง	178	39.04
ระดับต่ำ	13	2.85
รวม	456	100.00

4.1.15 ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.36, S.D. = 0.70) เมื่อพิจารณารายข้อ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย (Mean = 2.48, S.D. = 0.77) รองลงมา คือ ระยะเวลาการรอคอยของผู้มารับบริการที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค (Mean = 2.46, S.D. = 0.66) และข้อคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ เจ้าหน้าที่อภัยภัยดี (Mean = 2.24, S.D. = 0.72) ดังตารางที่ 37

พหุ ประสิทธิภาพ

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามความพึงพอใจ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N=12)

ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง	Mean	SD	ระดับความพึง พอใจ
ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ	2.36	0.66	สูง
1. ความสะดวกของการมารับบริการ	2.30	0.61	ปานกลาง
2. จุดบริการรองรับเฉพาะผู้ป่วยวัณโรค แยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป	2.40	0.68	สูง
3. ขั้นตอนการรับบริการในสถานพยาบาลมีความสะดวก	2.33	0.70	ปานกลาง
4. ระยะเวลาการรอคอยของผู้มารับบริการที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค	2.46	0.66	สูง
5. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ และ รักษาวัณโรค	2.40	0.70	สูง
6. ความมั่นใจในบริการที่ได้รับ	2.29	0.62	ปานกลาง
ความพึงพอใจด้านบุคลากร	2.37	0.72	สูง
7. เจ้าหน้าที่อ้อยาศัยดี	2.24	0.72	ปานกลาง
8. เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ผู้มารับบริการ	2.32	0.68	ปานกลาง
9. เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้มารับบริการ	2.40	0.69	สูง
10. เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย	2.48	0.77	สูง
ความพึงพอใจด้านสถานที่	2.31	0.70	ปานกลาง
11. สถานพยาบาลมีความสะอาด	2.36	0.66	สูง
12. มีการจัดสถานที่พักแยกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ	2.27	0.62	ปานกลาง
13. สถานพยาบาลมีความเป็นระเบียบ	2.30	0.71	ปานกลาง
14. อาคารสถานที่มีแสงสว่างเพียงพอ	2.36	0.70	สูง
15. สถานที่มีอากาศถ่ายเทดี	2.28	0.82	ปานกลาง
พึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ	2.40	0.72	สูง
16. มีการประชาสัมพันธ์ แนะนำขั้นตอนที่ชัดเจน	2.40	0.84	สูง
17. การแจ้งข้อมูลโรคหรืออาการที่เป็นจากแพทย์หรือพยาบาล	2.39	0.76	สูง
18. การตอบข้อซักถามของเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหา	2.41	0.70	สูง
19. คำอธิบายเรื่องการใช้ยาจากเจ้าหน้าที่	2.38	0.67	สูง
20. การนัดรับบริการครั้งต่อไป	2.40	0.62	สูง
โดยรวม	2.36	0.70	สูง

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค ส่วนใหญ่คะแนนความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.00 รองลงมาคือ คะแนนความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ระดับปานกลาง

ร้อยละ 16.67 และคะแนนความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางระดับต่ำ ร้อยละ 8.33 ดังตารางที่ 38

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค จำแนกตามความพึงพอใจ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง (N=12)

ระดับความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	9	75.00
ระดับปานกลาง	2	16.67
ระดับต่ำ	1	8.33
รวม	12	100.00

4.1.16 การประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

การดำเนินงานด้านวัณโรค ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยการพิจารณาตามคู่มือผู้ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้มีการประเมินลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 ผลการประเมินการดำเนินงานทั้ง 5 มาตรการ ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมโรค 2) การค้นหาและคัดกรอง 3) การรักษา 4) การบริหารจัดการ และ 5) การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผลสรุปการประเมิน ร้อยละ 77.5 ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยพบประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ การควบคุมสิ่งแวดล้อมของคลินิกวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลการตรวจเอชไอวี ผลความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และไม่กลับมาเป็นซ้ำ และการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังตารางที่ 39



ตารางที่ 39 ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้อกำหนด	ก่อนพัฒนารูปแบบ
มาตรการที่ 1 การป้องกันควบคุมโรค	
1. การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัส	3
2. การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็กสัมผัสโรค	2
3. การบริหารจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล	4
4. การควบคุมสิ่งแวดล้อมของคลินิกวัณโรค	2
5. การเฝ้าระวังการป่วยในบุคลากรสาธารณสุข	4
มาตรการที่ 2 การค้นหาและคัดกรอง	
6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	4
7. การพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค	5
8. การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่	3
9. ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลการทดสอบความไวต่อยา	0.5
1. ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	1.0
2. ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาวัณโรคมาก่อน	0
10. ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจเอชไอวี	
มาตรการที่ 3 การรักษา	
11. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 1	3
12. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 1 มีการตรวจติดตามระหว่างการรักษาวัณโรค	3
13. ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัสขณะรักษาวัณโรค	2
15. ผลความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และไม่กลับมาเป็นซ้ำ	3
มาตรการที่ 4 การบริหารจัดการ	
16. มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานวัณโรค	5
17. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค การโอนผู้ป่วยวัณโรคและบริหารจัดการสิทธิของผู้ป่วย	4
18. การบริหารจัดการโดยทีมสหวิชาชีพ	5

ตารางที่ 39 ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (ต่อ)

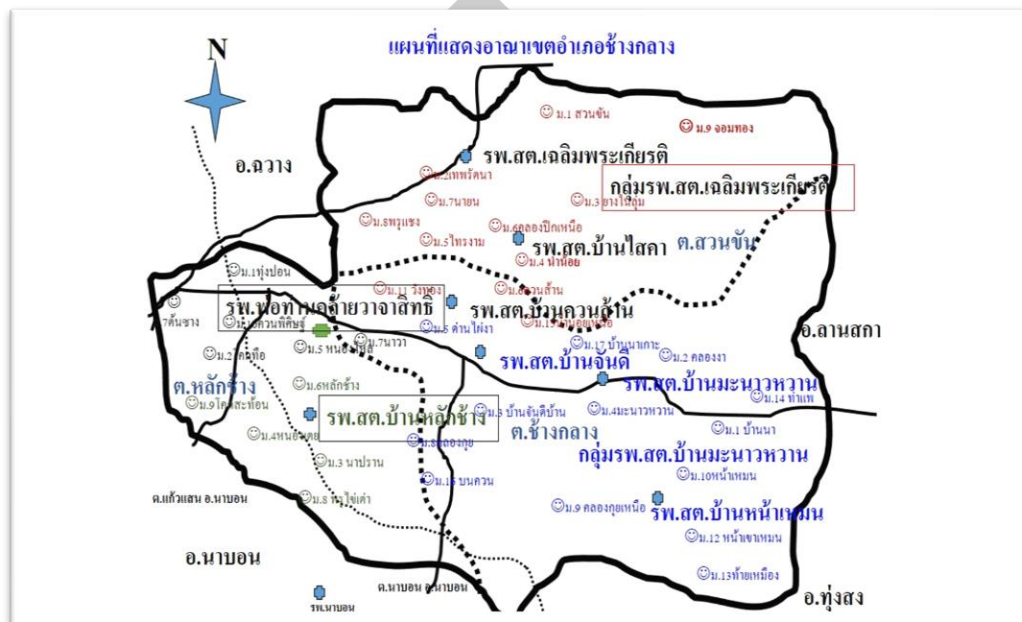
ข้อกำหนด	ก่อนพัฒนารูปแบบ
19. การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	3
20. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคครบถ้วน ในระบบข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ	5
มาตรการที่ 5 การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค	
21. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR TB มีผลการทดสอบความไวต่อยาแนวที่ 2 ด้วยวิธี Line probe assay (Line probe assay for Second line drugs: SL-LPA)	3
22. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR TB ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 2	2
23. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR TB ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 2 มีการตรวจติดตามระหว่างการรักษาวัณโรค	4
24. การบริหารจัดการและติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยในการใช้ยา	3
25. ผลความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคชนิดดื้อยา MDR/RR TB	4
รวม	77.5
คิดเป็นร้อยละ	77.5
ผลการประเมิน	ไม่ผ่าน

4.1.17 บริบททั่วไปของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

อำเภอช้างกลางตั้งอยู่ทางตอนกลางตอนไปทางทิศตะวันตกของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังนี้ ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอฉวาง ทิศตะวันออกติดต่อกับอำเภอลานสกา ทิศใต้ติดต่อกับอำเภอทุ่งสงและอำเภอนาบอน ทิศตะวันตกติดต่อกับอำเภอฉวาง โดยอำเภอช้างกลางแบ่งเขตการปกครองตามส่วนภูมิภาค แบ่งย่อยออกเป็น 3 ตำบล 36 หมู่บ้าน ประชากร 26,138 คน 8,309 ครัวเรือน แบ่งเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลหลักช้าง เทศบาลตำบลสวนขัน และองค์การบริหารส่วนตำบลช้างกลาง ประชากรมีอาชีพหลักที่สำคัญ ได้แก่ ทำสวนยางพารา สวนผลไม้ สวนปาล์ม น้ำมัน อาชีพเสริม ได้แก่ ค้าขาย และ เลี้ยงสัตว์

มีโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายหลักของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง ซึ่งเปิดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด (F3) ขนาด 30 เตียง เปิดให้บริการผู้ป่วยนอก OPD ตั้งแต่วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2559 เปิดให้บริการผู้ป่วยใน IPD ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 30 เตียง โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นลูกข่าย จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะนาวหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนसान โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักช้าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านหน้าเหมน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน กระจายอยู่ในพื้นที่ทุกตำบลของอำเภอช้างกลาง ภายใต้การควบคุมกำกับของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง



ภาพที่ 3 แผนที่แสดงที่ตั้งของหน่วยบริการสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง

สาเหตุการป่วย ตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก ในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีพ.ศ. 2567 ได้แก่ ภูมิแพ้ปอดและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรัง อัตราป่วย 325.20 ต่อแสนประชากร รองลงมาเป็น หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน การเป็นพิษจากสารที่ไม่ใช่ยา โรคหืด ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ เบาหวาน ปอดบวม หัวใจล้มเหลว วัณโรค และโรคอื่นๆ ของหลอดอาหาร อัตราป่วยเท่ากับ 279.29, 256.33, 214.25, 198.94, 175.99, 164.51, 110.95, 110.95 และ 107.12 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

4.1.18 บริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่ออำเภอช้างกลาง เลขที่คำสั่ง 127/2567 ลงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออำเภอช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2567 ประกอบด้วย

1. คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออำเภอช้างกลาง มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้
 - 1) ดำเนินการตามนโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่คณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดกำหนด
 - 2) จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดในเขตพื้นที่อำเภอช้างกลาง

3) รายงานสถานการณ์โรคติดต่อหรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่อาจเป็นโรคระบาดซึ่งเกิดขึ้น

4) สนับสนุน ส่งเสริม ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่อำเภอข้างกลาง

5) เรียกให้บุคคลใดๆ มาให้ข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็น หรือให้จัดส่งข้อมูลหรือเอกสารใด ๆ ที่จำเป็นหรือข้อคิดเห็นมาเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา

6) ดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย หรือตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

2. คณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันควบคุมโรค มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในชุมชนตลอดเวลา

2) รายงานโรคและภัยสุขภาพตามระบบรายงาน ทุกช่องทาง

3) วิเคราะห์สถานการณ์ของโรคและภัยสุขภาพ และรายงานผู้บังคับบัญชา และพื้นที่ที่ทราบตลอดเวลา

4) ติดต่อประสานงานให้ทีม SRRT พร้อมปฏิบัติงานตลอดเวลา

5) ประสานงาน/ข้อมูลการดำเนินงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทันทีที่เกิดการระบาดของโรคในพื้นที่

6) เตรียมสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนต่างๆ ให้พร้อมอยู่เสมอ

7) สอบสวนโรคภายใน ๒๔ ชม. หลังจากรับรายงานผู้ป่วย

8) ประสานชุมชน เตรียมพื้นที่ เตรียมชุมชน ประชาชน ในการควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่รับผิดชอบทุกครั้ง

9) รายงานผลการสอบสวนโรค การควบคุมและการป้องกันโรค ในพื้นที่ ให้สาธารณสุขอำเภอทราบทุกรายและทุกพื้นที่

การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้างกลางที่ประกอบด้วย โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคสามารถแบ่งได้เป็น

1) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล

เมื่อผู้มารับบริการ ได้รับการคัดกรอง และได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคโดยแพทย์ ก็จะกลายเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่จะต้องขึ้นทะเบียนเข้าสู่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ โดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น

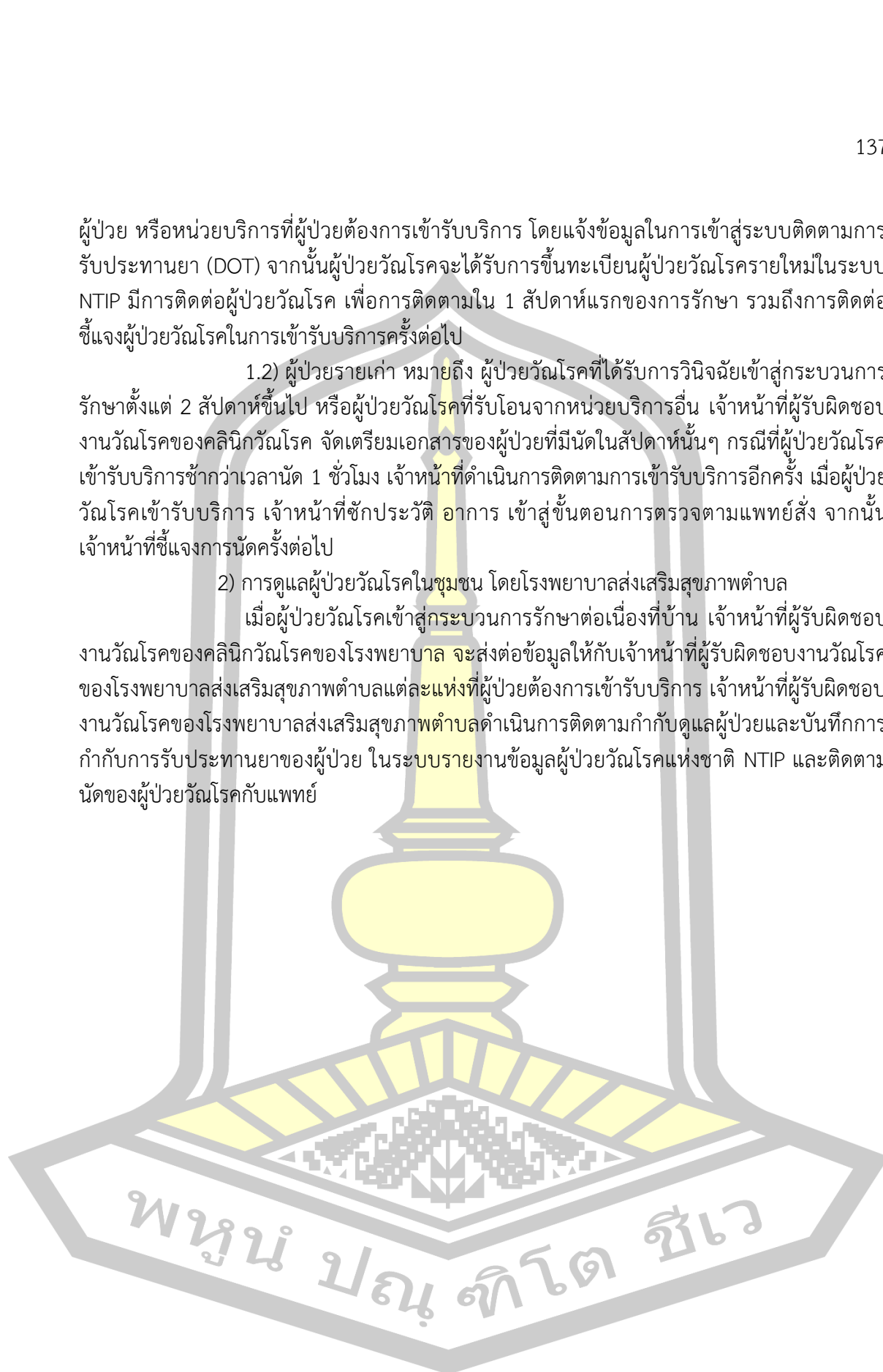
1.1) ผู้ป่วยรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน เมื่อเข้าสู่การรักษาโดยคลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของคลินิกวัณโรค ดำเนินการสอบสวนโรคกับผู้ป่วย จากนั้นประสานติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่รับผิดชอบของ

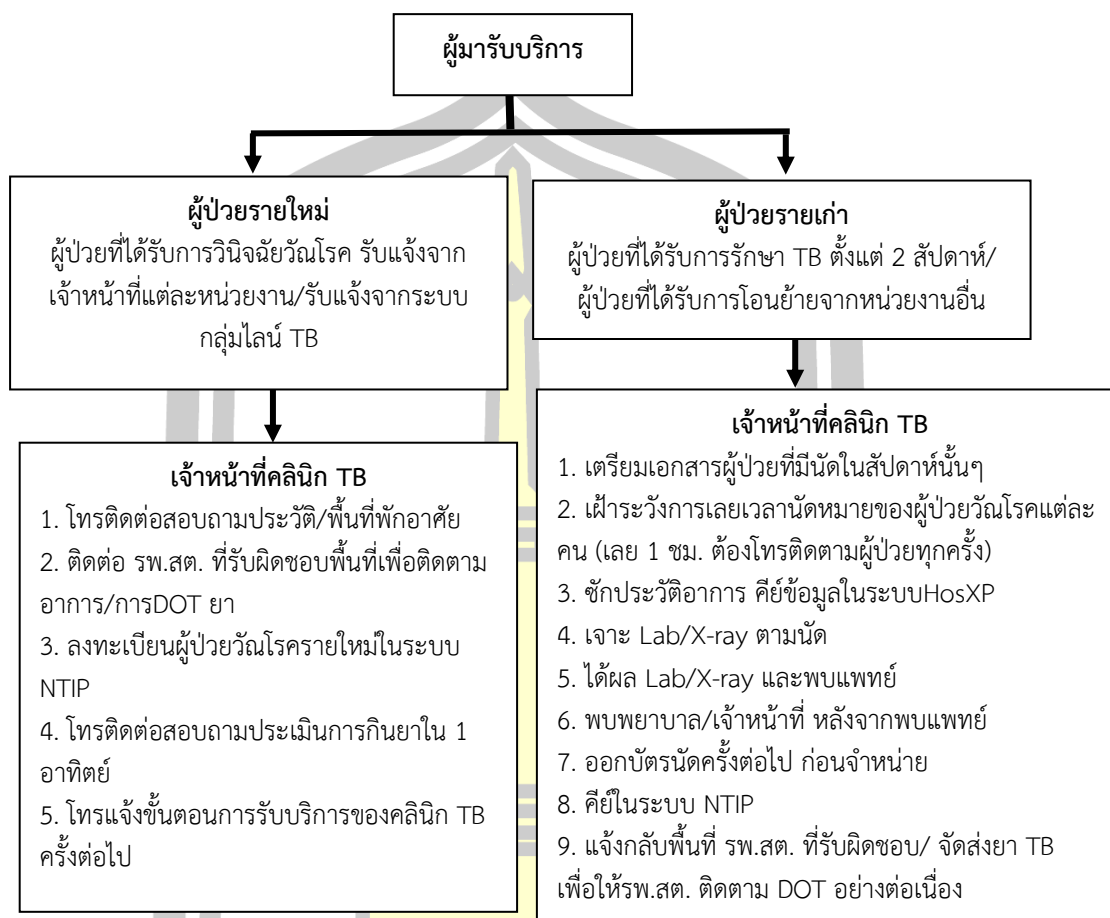
ผู้ป่วย หรือหน่วยบริการที่ผู้ป่วยต้องการเข้ารับบริการ โดยแจ้งข้อมูลในการเข้าสู่ระบบติดตามการรับประทานยา (DOT) จากนั้นผู้ป่วยวัณโรคจะได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในระบบ NTIP มีการติดต่อผู้ป่วยวัณโรค เพื่อการติดตามใน 1 สัปดาห์แรกของการรักษา รวมถึงการติดต่อชี้แจงผู้ป่วยวัณโรคในการเข้ารับบริการครั้งต่อไป

1.2) ผู้ป่วยรายเก่า หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยเข้าสู่กระบวนการรักษาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป หรือผู้ป่วยวัณโรคที่รับโอนจากหน่วยบริการอื่น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของคลินิกวัณโรค จัดเตรียมเอกสารของผู้ป่วยที่มีนัดในสัปดาห์นั้นๆ กรณีที่ผู้ป่วยวัณโรคเข้ารับบริการช้ากว่าเวลานัด 1 ชั่วโมง เจ้าหน้าที่ดำเนินการติดตามการเข้ารับบริการอีกครั้ง เมื่อผู้ป่วยวัณโรคเข้ารับบริการ เจ้าหน้าที่ซักประวัติ อาการ เข้าสู่ขั้นตอนการตรวจตามแพทย์สั่ง จากนั้นเจ้าหน้าที่ชี้แจงการนัดครั้งต่อไป

2) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เมื่อผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล จะส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งที่ผู้ป่วยต้องการเข้ารับบริการ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยและบันทึกการกำกับรับประทานยาของผู้ป่วย ในระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ NTIP และติดตามนัดของผู้ป่วยวัณโรคกับแพทย์





ภาพที่ 4 แผนผังการดูแลผู้ป่วยวัณโรค คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพ่อนาคล้ายาวาสีทึ

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนนั้น มีหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

ผู้นำชุมชน มีหน้าที่ในการช่วยประชาสัมพันธ์ข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขกับประชาชนในพื้นที่ ทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการรณรงค์กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับวัณโรค และร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ และยังรวมวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคที่พบปัญหาด้านต่างๆ เช่น ปัญหาด้านสภาพความเป็นอยู่ ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีส่วนช่วยในการประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการช่วยเสริมกำลังด้านการอำนวยความสะดวก ทั้งด้านการสนับสนุนงบประมาณจากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การประชาสัมพันธ์สื่อความรู้ รณรงค์ข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรค จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ และยังเป็นหน่วยงานที่ร่วมกันดำเนินงานในกิจกรรม การตรวจคัดกรอง X-ray ปอดเคลื่อนที่ในแต่ละปี

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยในงานด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข โดยอสม.จะแจ้งเตือนการนัดหมายผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนเจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมบ้าน รวมทั้งคอยติดตามเมื่อรับแจ้งจากเจ้าหน้าที่กรณีผู้ป่วยขาดนัด หรือขาดยา ให้อสม.ติดตามผู้ป่วยโดยเร็ว รวมทั้งมีหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์และนัดหมายกรณีที่มีการคัดกรองวัณโรค โดยการX-ray ปอด

ขั้นตอนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1) การคัดกรองและวินิจฉัย เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและมีอาการที่น่าสงสัย เช่น ไอเรื้อรัง, ไข้, น้ำหนักลด หรือมีประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทำการคัดกรองเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย การตรวจเสมหะและการเอกซเรย์ปอด เป็นขั้นตอนสำคัญในการวินิจฉัยวัณโรค หากผลตรวจพบการติดเชื้อวัณโรค จะมีการส่งตัวอย่างเสมหะไปตรวจในห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันผล

2) การประเมินและวางแผนการรักษาแพทย์จะประเมินผลการตรวจต่างๆ เพื่อกำหนดประเภทของวัณโรค (เช่น วัณโรคปอด, วัณโรคนอกปอด หรือวัณโรคดื้อยา) วางแผนการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค (เช่น HRZE: Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, และ Ethambutol) โดยยาจะให้ตามระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค

3) การรักษาด้วยโปรแกรม DOTs (Directly Observed Treatment, Short-Course) ผู้ป่วยวัณโรคจะต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำกับดูแลเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาตามกำหนด โปรแกรม DOTs เน้นให้เจ้าหน้าที่ติดตามผู้ป่วยในการรับยาทุกวันเพื่อป้องกันการขาดยาหรือการลืมรับยา

4) การติดตามผลและประเมินความคืบหน้า แพทย์และพยาบาลจะนัดหมายผู้ป่วยมาตรวจติดตามเป็นระยะ เช่น การตรวจเสมหะหรือเอกซเรย์ปอด เพื่อประเมินความคืบหน้าในการรักษาหากพบว่าผู้ป่วยยังมีเชื้อวัณโรค หรือเกิดการดื้อยา แพทย์จะทำการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาใหม่

5) การให้คำแนะนำด้านสุขภาพและการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการแพร่กระจายของวัณโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การแยกอยู่ในที่โล่ง การไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น นอกจากนี้ยังให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต และการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี

6) การติดตามหลังการรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วนแล้ว แพทย์จะติดตามอาการและตรวจสอบอีกครั้งเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยหายขาดจากวัณโรค จะมีการติดตามเป็นระยะเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำและการดื้อยา

2. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นส่วนสำคัญในการกระจายบริการทางการแพทย์ไปยังชุมชน โดยมีขั้นตอนที่มุ่งเน้นให้การรักษา

ต่อเนื่องและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ซึ่งรวมถึงการติดตามและดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ในสถานพยาบาลที่ใกล้บ้าน ขั้นตอนของการส่งต่อมีดังนี้

1) การประเมินผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเริ่มต้นการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการประเมินสถานะสุขภาพ และเมื่ออาการเริ่มดีขึ้นและสามารถรักษาตัวในชุมชนได้ ก็จะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาใกล้บ้านที่ รพ.สต.

2) การส่งข้อมูลการรักษาไปยัง รพ.สต. โรงพยาบาลที่เริ่มต้นการรักษาจะส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย เช่น ประวัติการรักษา ผลตรวจเสมหะ และแผนการรักษาไปยัง รพ.สต. เพื่อให้ รพ.สต. ดำเนินการติดตามและให้ยาตามแผนการรักษาเดิม การส่งข้อมูลจะทำผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และทั้งนี้ใช้วิธีการส่งเอกสาร

3) การรับผู้ป่วยที่ รพ.สต. เมื่อผู้ป่วยมาถึง รพ.สต. จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ละเขตที่รับผิดชอบคอยดูแลการให้ยาภายใต้การกำกับดูแลการรับประทานยา (DOTs) เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและตรงเวลา

4) การติดตามและประเมินผลการรักษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ รพ.สต. จะทำการติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยประสานงานกับโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลเพื่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น การตรวจเสมหะซ้ำ การส่งต่อกลับเพื่อเอกซเรย์ หรือการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อน

5) การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อในชุมชน รพ.สต. มีหน้าที่ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค โดยเฉพาะการปฏิบัติตนในครัวเรือน เช่น การใช้หน้ากาก การหลีกเลี่ยงการใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น

6) การส่งต่อกลับในกรณีภาวะแทรกซ้อน หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน หรือพบการดื้อยา รพ.สต. จะส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ตรวจรักษาต่อไป

3. ระบบการติดตามผู้ป่วยวัณโรคกรณีขาดยา ไม่มาตามนัด ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระบบการติดตามผู้ป่วยวัณโรคกรณีขาดยาเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีภาวะดื้อยาและเพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ขั้นตอนการติดตามกรณีผู้ป่วยขาดยาและขาดนัดของอำเภอช้างกลาง มีดังนี้

1) การตรวจสอบข้อมูลการรับยา ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคมักใช้โปรแกรม DOTs (Directly Observed Treatment, Short-Course) ที่มีการกำกับดูแลการรับยาของผู้ป่วยทุกวัน หากพบว่าผู้ป่วยขาดรับยา เจ้าหน้าที่จะบันทึกข้อมูลและแจ้งให้ทีมสาธารณสุขทราบ ระบบฐานข้อมูลจะช่วยให้การติดตามว่าผู้ป่วยมารับยาตามนัดหมายหรือไม่ หากขาดนัด จะทำการบันทึกลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อการติดตามต่อไป

2) การติดตามผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะมีบทบาทสำคัญในการติดตามผู้ป่วย วัณโรคในพื้นที่ หากผู้ป่วยขาดยา เจ้าหน้าที่จะทำการติดตามผู้ป่วยโดยตรงถึงบ้านเพื่อตรวจสอบสาเหตุและให้คำแนะนำ

3) การติดตามทางโทรศัพท์ โรงพยาบาลหรือรพ.สต. จะใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ หรือข้อความ เป็นอีกหนึ่งวิธีในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา เจ้าหน้าที่จะโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อ สอบถามสาเหตุของการขาดรับยา เช่น ปัญหาการเดินทางหรือความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา

4. ระบบการรายงานผลการรักษาวัณโรคของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เป็นการจัดการที่ครอบคลุมหลายระดับเพื่อให้การรักษาและการติดตามผู้ป่วยวัณโรค เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการรายงานจะเน้นความถูกต้องของข้อมูล การประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ดังนี้

1) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคใน ฐานข้อมูลวัณโรค ระดับประเทศ (NITP) ข้อมูลจะถูกบันทึกทั้งในรูปแบบของรายงานผู้ป่วยรายบุคคลและในรูปแบบ สรุปผลเพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษาและติดตามการแพร่กระจายของเชื้อ

2) การรายงานผลการรักษาเป็นระยะ รพ.สต. และโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอช้าง กลางจะจัดส่งรายงานผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคเป็นระยะไปยังหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจังหวัด ซึ่งจะทำให้การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลจากผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ รายงานจะครอบคลุมถึง สถานะของผู้ป่วย เช่น การตอบสนองต่อการรักษา ผลการตรวจเสมหะ และการติดตามการรับยาของ ผู้ป่วย เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยรักษาครบถ้วนและสามารถควบคุมโรคได้หรือไม่

3) การวิเคราะห์และประเมินผลการรักษาในระดับอำเภอ หน่วยงานสาธารณสุขใน ระดับอำเภอจะทำการสรุปผลการรักษาจากโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในเขตอำเภอช้างกลาง และ จัดทำรายงานประจำเดือนหรือประจำไตรมาส เพื่อการวิเคราะห์ผลนี้จะครอบคลุมถึงอัตราการรักษา สำเร็จ (Treatment Success Rate), อัตราการขาดยา (Default Rate), และอัตราการใช้ยา (Drug-Resistant TB) เพื่อติดตามความคืบหน้าและประสิทธิภาพของการรักษาในภาพรวม

4) การส่งต่อข้อมูลสู่เครือข่ายสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากการรายงานผลการรักษาวัณ โรคจะถูกส่งต่อไปยัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อใช้ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ในการควบคุมการระบาดของวัณโรค

5) การติดตามผลการรักษาระดับชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. จะติดตาม ผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการรับยา หรือการ รักษาไม่ต่อเนื่อง จะมีการแจ้งให้โรงพยาบาล ทราบเพื่อดำเนินการช่วยเหลือและประสานงานในการ ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การประชุมประจำเดือนหรือประจำไตรมาสของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน ชุมชนจะมีการนำข้อมูลผลการรักษามาหารือเพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

4.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่

- ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ (Planning)
- ระยะที่ 2 ขั้นตอนการนำไปปฏิบัติตามแผน (Action)
- ระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตและเก็บข้อมูล (Observation)
- ระยะที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ (Planning) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการศึกษาบริบทพื้นที่ ปัญหาการดำเนินงานด้านวัณโรค อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่

ช่วงที่ 1 ดำเนินการในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จำนวน 88 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 12 คน ในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เวลา 08.30-12.00 น. สถานที่ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- 1) ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม
- 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุม โดยนางสาว รัตนา กรายแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

3) รายงานสถานการณ์วัณโรคและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยนางสาวสดดี ดิษฐรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

4) ร่วมกันสะท้อนปัญหาตามประเด็นต่างๆ

5) สรุปผลที่ได้เกี่ยวกับบริบท สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ช่วงที่ 2 ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 16 คน ในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13.30-16.00 น. ผ่านการประชุมออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุมและรายงานสถานการณ์วัณโรคของอำเภอ ช้างกลาง โดยนางสาว รัตนา กรายแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

2) ร่วมกันสะท้อนปัญหาตามประเด็นต่างๆ

3) สรุปผลที่ได้เกี่ยวกับบริบท สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน



ภาพที่ 5 กิจกรรมการประชุมการศึกษาบริบทพื้นที่ ปัญหาการดำเนินงานด้านวัณโรค ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค

2. ขั้นตอนประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์วัณโรค มาตรฐานการดำเนินงานวัณโรค ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 12 คน ในวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13.30-16.00 น. ณ ห้องประชุมชั้น 2 โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

- 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุม โดยนางสาว รัตนา กรายแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
- 2) รายงานผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานวัณโรค ของอำเภอช้างกลาง โดยนางสาวสุดดี ดิษฐรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
- 3) ร่วมกันประเมินการดำเนินงานวัณโรคในปัจจุบันของอำเภอช้างกลาง
- 4) สรุปผลการประเมิน



ภาพที่ 6 กิจกรรมการประชุมประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์วัณโรค มาตรฐานการดำเนินงานวัณโรค ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค

3. ขั้นตอนการแต่งตั้งและประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ ดำเนินการผ่านที่ประชุม พชอ. (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) มีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 40 คน ในวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- 1) พิจารณาตามวาระ
- 2) เสนอคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ อำเภอช้างกลาง
- 3) ขอมติที่ประชุมและสรุปรายชื่อคณะกรรมการ
- 4) เสนอพิจารณา ลงนาม โดยนายอำเภอช้างกลาง

4. ขั้นตอนการประชุมวางแผน กำหนดขอบเขตการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ผู้ใหญ่บ้าน และอสม. จำนวน 84 คน ในวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุม โดยนางสาว รัตนา กรายแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
- 2) กิจกรรมกลุ่มร่วมกำหนดขอบเขตการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ได้แนวทางและระยะเวลาในการดำเนินงาน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม
- 3) แต่ละกลุ่มนำเสนอผลจากการกิจกรรมกลุ่ม
- 4) สรุปขอบเขตการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ซึ่งในการกำหนดขอบเขตการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสรุปประเด็น ที่จะต้องดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้ดังนี้

- 1) แนวทางการติดตามกรณีผู้ป่วยวัณโรคขาดยา
- 2) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน
- 3) องค์ประกอบที่จะใช้ในการดำเนินงานด้วยวัณโรค

จากการศึกษาบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาที่พบชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ศึกษาปัญหาความต้องการของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรควัณโรค โดยวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการเกิดวัณโรค ศึกษาข้อมูลพื้นที่ สำนวนผู้สัมผัสเสี่ยงในการได้รับเชื้อวัณโรค ศึกษาข้อมูลเอกสารและระบบการติดตามผู้สัมผัสเสี่ยง

กำหนดพื้นที่นำร่องในการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากโครงการวิจัย พื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดในระดับชุมชนหมู่บ้านเพื่อวางแผนในการดำเนินงาน ป้องกันโรคเมื่อพบผู้ป่วยในชุมชน โดยคำนึงถึงการรักษาความลับและสิทธิของผู้ป่วย จากนั้นเตรียมทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค รวมถึงป้องกันและควบคุมโรค ทีมระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน สร้างการร่วมมือในการดำเนินงานที่จะมีขึ้น โดยการเข้าไปพบปะพูดคุย ปรึกษาหารือการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอช้างกลางอย่างไม่เป็นทางการ



ภาพที่ 7 กิจกรรมการประชุมวางแผน กำหนดขอบเขตการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ผู้ใหญ่บ้าน และอสม.

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการนำไปปฏิบัติตามแผน (Action) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

โดยออกแบบพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน นำแผนจากขั้นตอนการไปสู่การปฏิบัติตาม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและแก้ไขปัญหาวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชระยะยาว ขับเคลื่อนการทำงานโดยคำนึงถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วย โดยการจัดประชุม ทั้ง on-site และ online วิธีการดำเนินงาน ร่วมกันออกแบบรายละเอียดกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง สำหรับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นใหม่จากการศึกษานี้ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ช้างกลาง“TB-FAST” ได้แก่ (1) Teamwork การทำงานเป็นทีม (2) Best Service การบริการที่ดีที่สุด (3) Find เพิ่มอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (4) Access to Service การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค (5) Success ความสำเร็จในการรักษาวัณโรค (6) Technology for Health การดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยเทคโนโลยี

2) พัฒนาแนวทางการปฏิบัติและชุดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกระบวนการประชุมทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ต้องการพัฒนาและสร้างชุดกิจกรรมตามบริบทพื้นที่

2.1) การติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคแบบใกล้ชิด โดยอาจมีผู้ดูแลจากชุมชนหรืออาสาสมัครที่เข้ามาช่วยติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ด้วยกิจกรรม DOT with ME

2.2) การส่งเสริมกำลังใจและสนับสนุนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคมีกำลังใจในการรับการรักษาและรับประทานยาตามกำหนด ด้วยกิจกรรมส่งยาส่งใจ รักษาหาย

2.3) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ซึ่งอาจรวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้วยกิจกรรม Home Care

2.4) การเปิดช่องทางให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถสอบถามข้อสงสัยหรือข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคและการรักษาได้ ด้วยกิจกรรม Ask ME

2.5) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค หรือผู้สัมผัสเสี่ยงเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้สามารถตรวจพบและรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ด้วยกิจกรรม TB Find

3) ดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

เมื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การนำกิจกรรมที่ได้ทั้ง 5 กิจกรรม ไปปฏิบัติ ซึ่งดำเนินการในกลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เป็นระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตและเก็บข้อมูล (Observation)

การติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบร่วมกันกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประเมินผลการดำเนินงานด้านสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรค การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรค และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จัดระบบและการดำเนินงานการให้บริการ ประสานงานและกำกับ ติดตามกระบวนการถอดบทเรียนโดยใช้วิธีการระดมสมอง การประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยลงพื้นที่และคำแนะนำทีมแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในระหว่างการทำงานมีขั้นตอนการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยประเมินผลก่อนและหลังดำเนินงาน ติดตามประเมิน เพื่อทราบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค อาจมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต สถานการณ์และความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน

ระยะที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

จัดประชุมถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ประเด็นเรื่องปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และวางแผนในการแก้ไขปัญหาคาดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ในครั้งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป พัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของท้องถิ่น ระบบงาน ทีมงาน ความต้องการที่เกิดจากผู้ป่วยวัณโรคและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชุมชน ในประเด็น และปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ เจ้าหน้าที่ทำงานเกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปและรายงานผลการดำเนินงานเพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน



ภาพที่ 8 กิจกรรมประชุมถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ครั้งนี้มีผลจากการพัฒนารูปแบบตามดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนผล

4.3.1 การวางแผน (Planning)

4.3.1.1 ศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหา

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการระดมสมอง เพื่อบันทึกประเด็นการพูดคุย ปรัชญาหรือในสิ่งที่เกิดขึ้นของกระบวนการวิจัยใน ขั้นตอนของ ขั้นตอนวางแผน ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1) สถานการณ์การณ์ ของปัญหาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตาม แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังคงเผชิญกับปัญหาหลายด้านที่ส่งผลกระทบต่อ ประสิทธิภาพของการดูแลและการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค

1.1) การขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชน แม้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนจะมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย แต่ในบางพื้นที่ยังขาดการประสานงานและการสนับสนุนที่เพียงพอจาก ชุมชนเอง ทำให้การติดตามและสนับสนุนการรักษาอาจไม่ต่อเนื่องหรือไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญ แต่บางครั้งขาดการฝึกอบรมหรือความ เข้าใจอย่างถ่องแท้ในแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบ Patient-Centered Care ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการนำ แนวคิดนี้ไปใช้จริงในชุมชน

1.2) การเข้าถึงบริการ บางครั้งผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลจากชุมชน อาจมี ข้อจำกัดในการเดินทางไปยังสถานพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างสะดวก และรวดเร็ว ซึ่งการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการ การติดตามอย่างต่อเนื่องในด้านผลข้างเคียงจากการใช้ยาและการฟื้นฟูสุขภาพ

1.3) การสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนยังต้องการการพัฒนาและการประชาสัมพันธ์ที่ครอบคลุม เพื่อให้ประชาชนเข้าใจและให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง

แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในอำเภอข้างกลางจึงจำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนจากชุมชน การเสริมสร้างความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการเพิ่มทรัพยากรและบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ทั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนและสอดคล้องกับความต้องการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล

2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอข้างกลาง จังหวัด นครศรีธรรมราชเป็นหน้าที่ของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่การแบ่งความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายเป็นไปดังต่อไปนี้

2.1) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ (โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีหน้าที่หลักในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม อบรมบุคลากรเกี่ยวกับแนวคิด Patient-Centered Care และจัดหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน โรงพยาบาลและรพ.สต. ในพื้นที่ยังมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อนำแนวคิดนี้ไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดระบบติดตาม การให้การรักษา และให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย

2.2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น อบต. และเทศบาล) มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดสรรงบประมาณสำหรับกิจกรรมการให้ความรู้ชุมชน การส่งเสริมการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น และยังสามารถช่วยสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนและหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การพัฒนารูปแบบการดูแลสามารถขยายตัวได้ในระดับชุมชน

2.3) บุคลากรด้านสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3.1) บุคลากรด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยวัณโรคตามแนวคิด Patient-Centered Care ซึ่งรวมถึงการรับฟังและการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยในแต่ละกรณี

2.3.2) อสม. มีบทบาทในการเข้าถึงผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลชุมชน ช่วยสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และให้การสนับสนุนในด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการรายงานข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.4) ผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่

2.4.1) ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำศาสนา สามารถมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการรักษาแก่ประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจในเรื่องวัณโรค

2.4.2) ประชาชนในชุมชนเองก็มีส่วนในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับและได้รับการสนับสนุน ไม่ถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติ

การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชนมีความสำคัญเพราะ การดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต้องการการปรับรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย และต้องการให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น การทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงมีส่วนช่วยให้การดูแลตามแนวคิด Patient-Centered Care บรรลุผลสำเร็จ

3) การสนับสนุนการแก้ไขปัญหาคือการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) ในอำเภอช้างกลาง มีองค์ประกอบหลักที่สำคัญในด้านต่าง ๆ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินการในพื้นที่ให้ประสบผลสำเร็จ อย่างไรก็ตาม ความเพียงพอของการสนับสนุนในแต่ละด้านยังขึ้นอยู่กับบริบทและข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ ดังนี้

3.1) ด้านบุคลากร (คน) การมีบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคตามแนวคิด Patient-Centered Care อย่างไรก็ตาม อาจยังพบปัญหาด้านจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องเข้าถึงผู้ป่วยด้วยโรคในกลุ่มเปราะบาง ส่งผลให้การดูแลและติดตามผู้ป่วยทำได้ไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ การอบรมและพัฒนาทักษะของบุคลากรเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอาจยังไม่ทั่วถึง อาจจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.2) ด้านงบประมาณ (เงิน) งบประมาณเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการสนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคอย่างยั่งยืน เช่น การจัดอบรมบุคลากร การจัดหายาและเวชภัณฑ์ การสร้างแผนการติดตามผู้ป่วย และการรณรงค์ให้ความรู้ในชุมชน โดยทั่วไป องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อาจมีงบประมาณจำกัด ทำให้ไม่สามารถจัดสรรทรัพยากรได้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยทุกคนตามมาตรฐาน Patient-Centered Care ได้อย่างเต็มที่ การสนับสนุนด้านงบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงานภายนอกหรือภาคเอกชนอาจเป็นสิ่งที่ช่วยแก้ไขข้อจำกัดนี้ได้

3.3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรค เช่น ยาต้านไวรัส โรค อุปกรณ์การตรวจคัดกรอง เครื่องมือทางการแพทย์ และเอกสารให้ความรู้ มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค อย่างไรก็ตาม ความขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ที่ทันสมัยหรือเพียงพออาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการได้ โดยเฉพาะเมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมากในพื้นที่ การจัดหาอุปกรณ์ที่เพียงพอจะช่วยให้การดูแลตามแนวคิด Patient-Centered Care มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านความเพียงพอในการสนับสนุน แม้ว่าจะมีการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังกล่าว แต่ยังมีหลายกรณีที่ทรัพยากรเหล่านี้ยังไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคในชุมชนตามแนวคิด Patient-Centered Care อย่างทั่วถึง ซึ่งความเพียงพอขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี

(1) จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคในพื้นที่ หากมีจำนวนผู้ป่วยมาก อาจเกิดปัญหาด้านการจัดการและการติดตามได้ ทำให้ต้องการทรัพยากรและงบประมาณมากขึ้น

(2) การเข้าถึงพื้นที่ห่างไกลและกลุ่มเปราะบาง ในกรณีที่ต้องดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล การขาดแคลนบุคลากรและอุปกรณ์ที่เหมาะสมจะเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตามแนวคิด Patient-Centered Care

(3) การสนับสนุนจากชุมชนและผู้นำท้องถิ่น การสร้างความเข้าใจและการสนับสนุนจากชุมชนมีความสำคัญ หากชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลแบบ Patient-Centered Care ได้มากขึ้น

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคอย่างเพียงพอตามแนวคิด Patient-Centered Care จำเป็นต้องมีการเพิ่มทรัพยากรในด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างความเข้าใจและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนในชุมชน

4) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังคงเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหลายด้านที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการดำเนินการ โดยอุปสรรคสำคัญมีดังนี้

4.1) ขาดการสนับสนุนและความเข้าใจในแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) ในชุมชนบางหมู่บ้าน ประชาชนยังขาดความเข้าใจในแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ความสำคัญกับความต้องการและมุมมองของผู้ป่วยยังไม่ได้ถูกนำไปปรับใช้ในการดูแลอย่างเต็มที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจรู้สึกที่ไม่ได้รับการดูแลตามความต้องการที่แท้จริง

4.2) ข้อจำกัดด้านบุคลากรสาธารณสุข อำเภอช้างกลางมีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขจำกัด ทำให้การดูแลผู้ป่วยวัยโรคในชุมชนโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการติดตามผลการรักษาทำได้ไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ บุคลากรบางส่วนยังอาจขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับ Patient-Centered Care ซึ่งจำเป็นสำหรับการสร้างทักษะการสื่อสาร การรับฟังผู้ป่วย และการจัดการกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน

4.3) งบประมาณและทรัพยากรไม่เพียงพอ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคแบบ Patient-Centered Care ต้องการทรัพยากรในหลายด้าน เช่น ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือการคัดกรอง และอุปกรณ์สำหรับการดูแลสุขภาพ การขาดงบประมาณส่งผลให้การจัดหาทรัพยากรเหล่านี้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลที่มีคุณภาพ การขาดแคลนทรัพยากรยังทำให้เกิดความล่าช้าในการติดตามและการให้บริการผู้ป่วย ทำให้การดูแลตามแนวคิดที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

4.4) ความยากลำบากในการเข้าถึงผู้ป่วยในบางพื้นที่ ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลชุมชนหรือพื้นที่ที่มีการคมนาคมไม่สะดวก เช่น อาศัยอยู่ในสวนยางพารา สวนผลไม้ อาจประสบปัญหาในการเข้าถึงการรักษาและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลตามแนวคิด Patient-Centered Care ที่ต้องการความต่อเนื่องและการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด บุคลากรสาธารณสุขและอสม. อาจประสบปัญหาด้านการเข้าถึงผู้ป่วย การเดินทาง การติดตามผล และการสื่อสารที่ไม่สะดวก ทำให้การดูแลและให้ความรู้ผู้ป่วยไม่ครบถ้วนตามที่คาดหวัง

4.5) การขาดการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวัยโรคที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วม

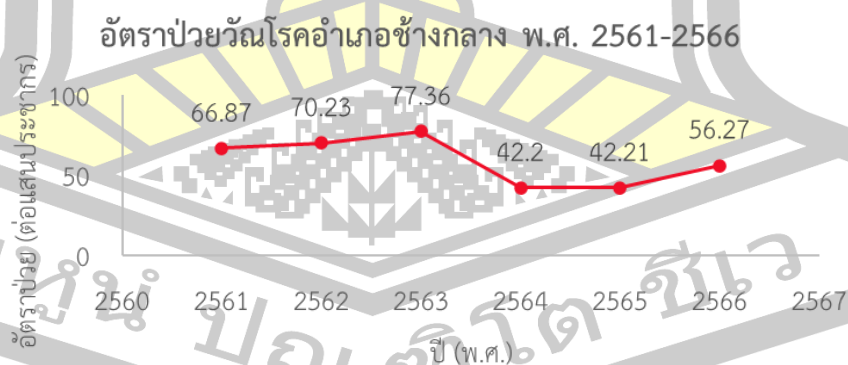
อาจยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร พื้นที่บางหมู่บ้านขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค หรืออาจยังไม่ตระหนักถึงบทบาทของตนในการสนับสนุนผู้ป่วย ผู้นำชุมชนหรือสมาชิกในชุมชนบาง คนอาจไม่เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบ Patient-Centered Care หรือไม่เข้าใจบทบาท ของตนในการช่วยลดการแพร่กระจายของโรค

4.6) ปัญหาความตระหนักและการยอมรับวัณโรคในสังคม การตีตราผู้ป่วยวัณโรค ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในชุมชน ผู้ป่วยวัณโรคอาจรู้สึกอับอายหรือกลัวการถูกเลือกปฏิบัติ ทำให้ บางครั้งหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาหรือการตรวจติดตามที่จำเป็น ส่งผลให้การติดตามและการให้ การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนทำได้ยาก การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคและการแพร่กระจาย ในชุมชนยังเป็นอุปสรรคต่อการสนับสนุนผู้ป่วยและการให้ความรู้แก่ประชาชน

4.7) ปัญหาความยั่งยืนในการพัฒนารูปแบบการดูแล แนวคิด Patient-Centered Care ต้องการการพัฒนาที่ต่อเนื่องและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน แต่การดำเนินงานอาจถูก จำกัโดยระยะเวลาและทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น การจัดอบรมหรือการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาแนว ทางการดูแลที่ยั่งยืนและสามารถปรับใช้ได้ในระยะยาว จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนจากนโยบาย ระดับท้องถิ่นและการจัดหาทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง

4.3.1.2 ประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์วัณโรค มาตรฐานการดำเนินงาน วัณ โรค

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์วัณโรค มาตรฐานการ การดำเนินงานวัณโรค ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค อำเภอลำปาง จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า มาตรฐานด้านการค้นหาและคัดกรองวัณโรคในชุมชน เป็นด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ส่งผลให้การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานวัณโรคของอำเภอลำปาง ร้อยละไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อย ละ 90 และเมื่อพิจารณาสถานการณ์วัณโรคในอำเภอลำปาง ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2566 ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการดำเนินงานด้านวัณโรค เนื่องจากมีแนวโน้มที่ ปัญหาจะเพิ่มสูงขึ้น ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 อัตราป่วยวัณโรค อำเภอลำปาง พ.ศ. 2561-2566

4.3.1.3 แต่งตั้งและประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ

จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เสนอรายชื่อและเห็นชอบอนุมัติ โดยนายอำเภอช้างกลาง เลขที่คำสั่ง 127/2567 ลงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออำเภอช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2567

4.3.1.4 ประชุมวางแผน กำหนดขอบเขตการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบ

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการประชุมเชิงปฏิบัติการในการระดมสมอง เพื่อบันทึกประเด็นการพูดคุย ปรัชญาหรือในสิ่งที่เกิดขึ้นของกระบวนการวิจัยในขั้นตอนของการวางแผน ครั้งที่ 2 ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1) การทบทวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลางจากการประชุมครั้งที่ 1 ทำให้ค้นพบข้อสังเกตและประเด็นสำคัญดังนี้

1.1) ความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนมีความต้องการการดูแลที่เข้าใจความเป็นอยู่และข้อจำกัดของตน เช่น การได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมต่อสภาพชีวิต การติดตามอย่างสม่ำเสมอ และการช่วยเหลือด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยบางรายมีข้อกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยสถานะสุขภาพต่อชุมชน เนื่องจากยังมีการตีตราเกี่ยวกับโรควัณโรคอยู่ ทำให้ผู้ป่วยบางคนปิดกั้นตนเองจากการรับการดูแลที่เหมาะสม

1.2) ความเข้าใจและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีความเห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเป็นส่วนสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามความเข้าใจและการให้การสนับสนุนจากครอบครัวและคนในชุมชนยังคงมีข้อจำกัด จากการประชุมพบว่าชุมชนบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรควัณโรค ทำให้เกิดความกลัวและการแยกผู้ป่วยออกจากกิจกรรมในชุมชน

1.3) ข้อจำกัดของบุคลากรและการฝึกอบรม บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีจำนวนจำกัด ซึ่งส่งผลให้การติดตามและการให้บริการผู้ป่วยแต่ละรายทำได้ไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง พบว่าเจ้าหน้าที่บางส่วนยังขาดทักษะในแนวคิด Patient-Centered Care จึงมีการเสนอให้มีการจัดอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาทักษะในการรับฟัง เข้าใจความต้องการของผู้ป่วย และสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

1.4) ความจำเป็นในการจัดหาทรัพยากรเพิ่มเติม การดำเนินงานตามแนวคิด Patient-Centered Care จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มเติม เช่น งบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมถึงการจัดหาสื่อการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มีการเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาเพิ่มงบประมาณเพื่อสนับสนุนทรัพยากรและการดำเนินการในระยะยาว

1.5) การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นและผู้นำชุมชน จากการประชุม พบว่าความร่วมมือจากหน่วยงานท้องถิ่นและผู้นำชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีการเสนอให้จัดกิจกรรมให้ความรู้ร่วมกับผู้นำชุมชนและอส. เพื่อสร้างความเข้าใจและลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรค

1.6) ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลมีการเสนอให้ปรับปรุงกระบวนการติดตามและให้บริการผู้ป่วยในแบบที่ยืดหยุ่นและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผล เช่น แอปพลิเคชันสำหรับติดตามสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอให้จัดทำคู่มือหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.7) ความจำเป็นในการให้ความรู้ในชุมชน มีข้อสังเกตว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยในชุมชนยังคงต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) แนวทางที่ควรใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอช้างกลาง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและยึดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) จากการประชุมสามารถสรุปขั้นตอนสำคัญดังนี้

2.1) สร้างความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับโรควัณโรคและการดูแลผู้ป่วย

2.1.1) ให้ความรู้และลดการตีตราผู้ป่วย ให้มีการจัดการอบรมและให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับโรควัณโรค วิธีการป้องกัน และวิธีดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความเข้าใจผิดและการตีตราผู้ป่วยในสังคม

2.1.2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถเป็นแกนหลักในการสร้างความเข้าใจและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

2.2) พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับบุคลากรสาธารณสุข

2.2.1) อบรมทักษะด้าน Patient-Centered Care จัดการอบรมให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับแนวคิด Patient-Centered Care เช่น ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม การรับฟัง และการให้คำแนะนำที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย

2.2.2) สนับสนุนการติดตามและการสื่อสารกับผู้ป่วย พัฒนาทักษะในการติดตามอาการและการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

2.3) เพิ่มการสนับสนุนจากภาครัฐและจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ

2.3.1) ขอรับการสนับสนุนด้านงบประมาณและอุปกรณ์ เป็นการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อขอรับการสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์การแพทย์ และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีคุณภาพ

2.3.2) วางแผนการใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืน จัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมต่อความต้องการ เช่น งบประมาณในการให้การอบรมเพิ่มเติมแก่บุคลากร การจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ และการสนับสนุนการเดินทางสำหรับบุคลากรที่ต้องเข้าถึงพื้นที่ห่างไกล

2.4) พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยที่เข้าถึงได้สะดวกและต่อเนื่อง

2.4.1) ใช้เทคโนโลยีในการติดตามผู้ป่วย พัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบติดตามผ่านโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรายงานอาการของตนได้สะดวก และเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถติดตามผลการรักษาและอาการของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

2.4.2) กำหนดการติดตามผู้ป่วยแบบสม่ำเสมอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรกำหนดตารางการติดตามอย่างเหมาะสม และมีการให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยึดมั่นในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5) สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและชุมชน

2.5.1) ประสานงานกับผู้นำชุมชนและหน่วยงานในพื้นที่ สร้างการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและลดการแพร่ระบาดของโรค

2.5.2) จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วย จัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่สามารถช่วยเหลือกันเองในการปรับตัวในการรักษา เช่น การให้คำปรึกษา การสนับสนุนด้านจิตใจ และการแบ่งปันประสบการณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้โดดเดี่ยวในการต่อสู้กับโรค

3) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามแนวคิด Patient-Centered Care เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของชุมชนในอำเภอข้างกลาง อาจใช้วิธีการหรือรูปแบบการดำเนินงานต่อไปนี้เป็นแนวทางร่วมกัน

3.1) สร้างเครือข่ายการสนับสนุนระหว่างครอบครัวและชุมชน

3.1.1) จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้กำลังใจกันในการรักษา

3.1.2) ผู้นำชุมชนและ อสม. สามารถเข้ามามีบทบาทในการสร้างความเข้าใจและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในระดับครอบครัวและชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

3.2) พัฒนาโปรแกรมการติดตามและให้คำปรึกษาเชิงรุก (Proactive Follow-Up)

3.2.1) จัดทำโปรแกรมติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่เน้นความสะดวกสบายและสม่ำเสมอ เช่น การเยี่ยมบ้านโดย อสม. และบุคลากรสุขภาพ หรือการติดต่อทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันสำหรับผู้ที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้

3.2.2) การติดตามเชิงรุกนี้จะช่วยให้สามารถตรวจสอบอาการของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

3.3) ออกแบบแผนการดูแลที่ยืดหยุ่นตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3.3.1) เนื่องจากแต่ละคนมีข้อจำกัดและความต้องการที่แตกต่างกัน การดูแลควรออกแบบให้ยืดหยุ่น โดยการปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ความสะดวกของผู้ป่วย และข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ

3.3.2) การปรับแผนนี้อาจครอบคลุมถึงตารางการรับยา การติดตามผลการรักษา และการปรับคำแนะนำด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน

3.4) สร้างกิจกรรมชุมชนเพื่อสนับสนุนการป้องกันและดูแลผู้ป่วย

3.4.1) จัดกิจกรรมในชุมชนที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการและการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส

3.4.2) กิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ชุมชนมีความตื่นตัวต่อปัญหาสุขภาพ มีความรู้ และสามารถช่วยเหลือกันในการป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น

3.5) การประเมินผลและปรับปรุงแผนการดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

3.5.1) มีการประเมินผลเป็นระยะเพื่อวัดประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยแบบ Patient-Centered Care รวมถึงรับฟังความคิดเห็นจากผู้ป่วย ครอบครัว และคนในชุมชน เพื่อให้สามารถปรับปรุงและแก้ไขข้อบกพร่องได้อย่างเหมาะสม

3.5.2) การประเมินอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ทราบถึงความต้องการเพิ่มเติมหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การจัดทำแผนงาน โครงการ และกิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถดำเนินการได้โดยใช้แนวทางต่อไปนี้

4.1) การสำรวจความต้องการของชุมชน จะต้องมีการดำเนินการสำรวจความคิดเห็นจากประชาชนในชุมชนและผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับความต้องการและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย และจัดประชุมหรือสัมมนาเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว โดยเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เปิดกว้างและยอมรับความคิดเห็น

4.2) การจัดทำแผนงานและโครงการ โดยการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค เช่น การเพิ่มอัตราการรักษาหาย การลดการแพร่กระจายของโรค หรือการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และจัดทำโครงการที่มีรายละเอียดชัดเจน เช่น โครงการให้ความรู้เกี่ยวกับไวรัสในชุมชน โครงการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจากอาสาสมัครในชุมชน หรือโครงการส่งเสริมสุขภาพ

4.3) การสร้างกิจกรรมในชุมชน อาจจัดกิจกรรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับไวรัส การดูแลผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจาย และการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การทำเวิร์คช็อป หรือกิจกรรมกลุ่มย่อย มีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีในชุมชน โดยเฉพาะการตรวจหาไวรัส เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการสามารถเข้ารับการดูแลได้อย่างรวดเร็ว

4.4) การสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน โดยมีการร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข องค์การภาคประชาสังคม เพื่อสร้างเครือข่ายที่แข็งแกร่งในการดูแลผู้ป่วยโรคและสนับสนุนและฝึกอบรมอาสาสมัครในชุมชนให้สามารถช่วยติดตามและดูแลผู้ป่วยโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

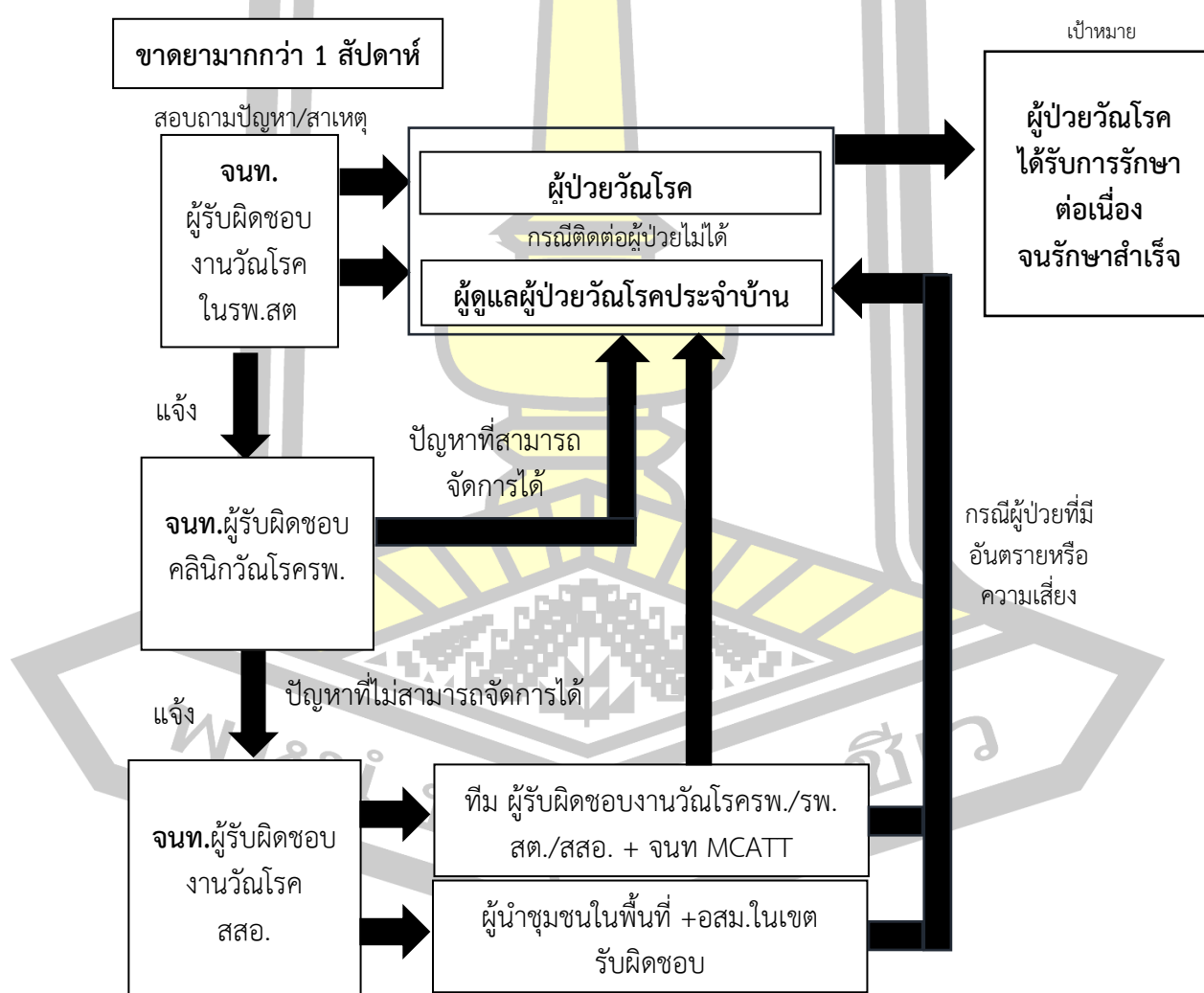
4.5) การติดตามและประเมินผล สร้างระบบติดตามผล พัฒนาระบบที่สามารถติดตามอาการของผู้ป่วยและผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง โดยอาจใช้แอปพลิเคชันหรือการเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสุขภาพ และการประเมินผลการดำเนินงาน โดยจัดทำการประเมินผลเป็นระยะ เพื่อวัดความสำเร็จของแผนงานและโครงการที่ดำเนินการ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและประชาชนในชุมชน

4.6) การปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การปรับปรุงโครงการตามข้อมูลและผลการประเมิน นำข้อมูลจากการประเมินผลมาใช้ในการปรับปรุงแผนงานและโครงการ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในชุมชน ที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชนมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวัยโรคได้อย่างยั่งยืน

4.3.2 การปฏิบัติ (Action)

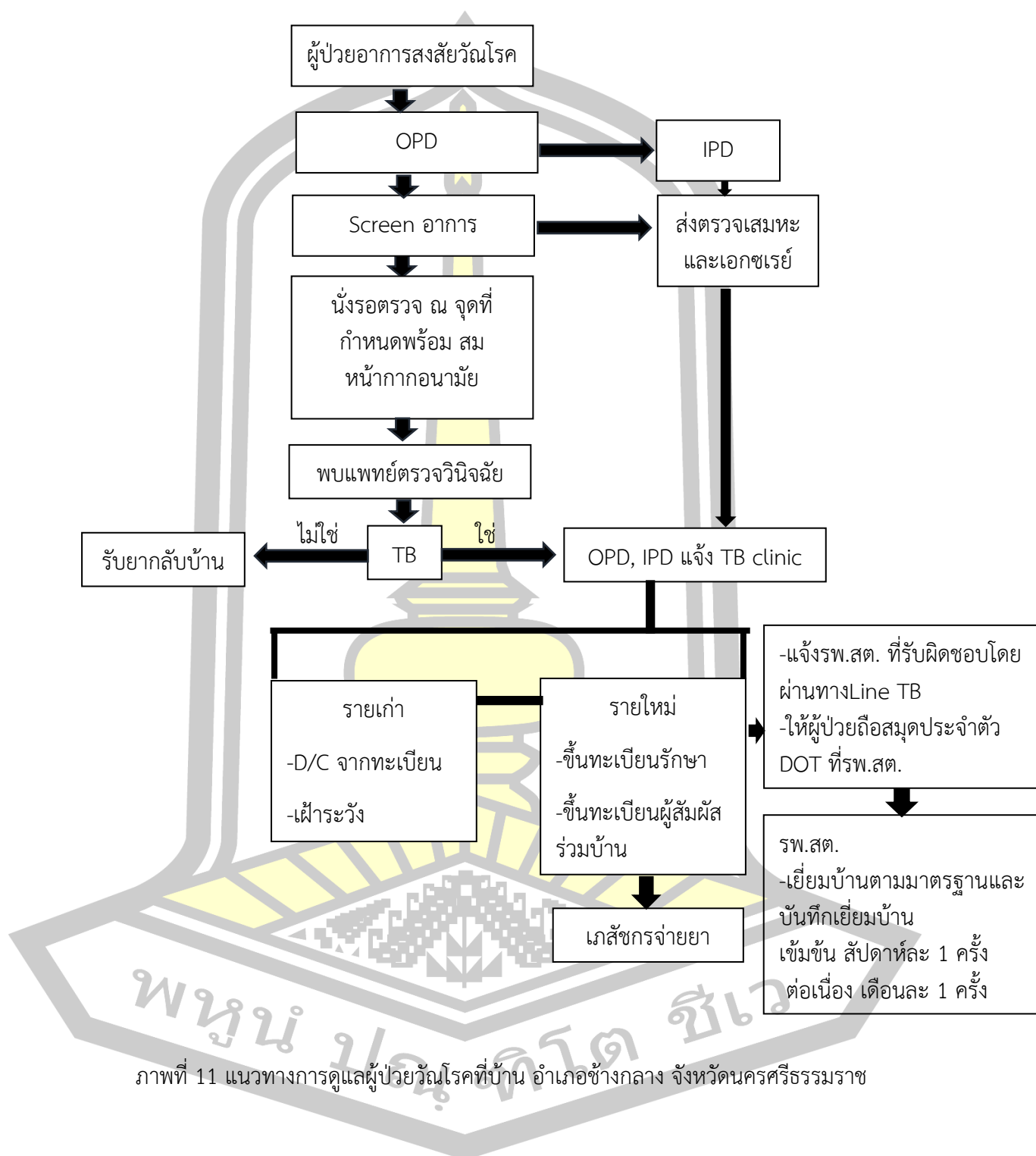
4.3.2.1 ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หลังจากการประชุมวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยได้แผนการดำเนินงาน 3 ประเด็น ได้แก่ แนวทางการติดตามกรณีผู้ป่วยวัยโรคขาดยา การดูแลผู้ป่วยวัยโรคที่บ้าน และองค์ประกอบที่จะใช้ในการดำเนินงานด้านวัยโรค ดังนี้

1) แนวทางการจัดการกรณีผู้ป่วยวัยโรคขาดยา



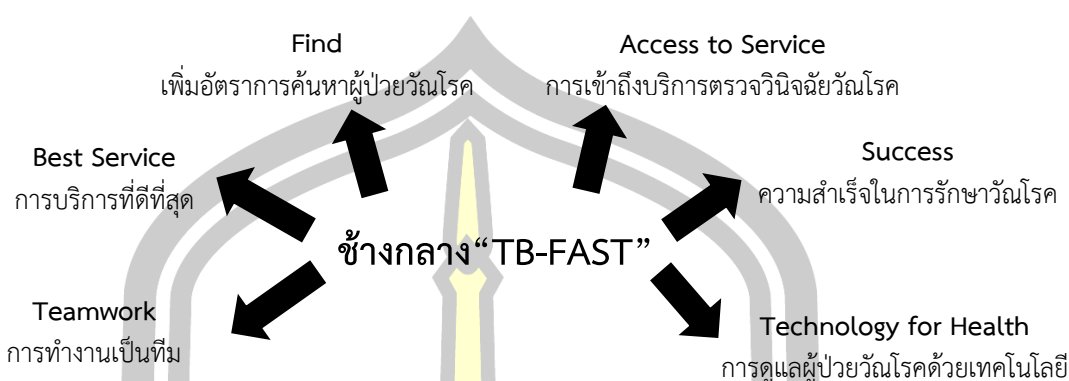
ภาพที่ 10 แนวทางการจัดการกรณีผู้ป่วยวัยโรคขาดยา อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน



ภาพที่ 11 แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3) องค์ประกอบที่จะใช้ในการดำเนินงานด้านวัณโรค



ภาพที่ 12 องค์ประกอบที่จะใช้ในการดำเนินงานด้านวัณโรค อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.3.2.2 การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติและชุดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช การร่วมกันพัฒนาแนวทางการปฏิบัติและชุดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งประกอบ 5 กิจกรรม ดังนี้

1) ส่งใจ ส่งยา รักษาหาย เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการจัดส่งยา พร้อมติดตามการรับประทานยา โดยสามารถให้เจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล หรือ อสม. ในชุมชน เป็นผู้ติดตามการรับประทานยา ทุกครั้งที่ได้รับยา ผู้ป่วยจะได้รับข้อความให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ สร้างกำลังใจในการรับประทานยาจนครบตามระยะเวลา

2) TB Find เป็นกิจกรรมที่ให้ อสม. แต่ละหมู่บ้านประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองวัณโรคในพื้นที่ โดยสามารถส่งรายชื่อผ่านอสม. ในพื้นที่ หรือ แจ้งความประสงค์ให้กับเจ้าหน้าที่ และจะดำเนินการนัดต่อไป โดยบางพื้นที่ในชุมชนที่ยังพบปัญหาพบผู้ป่วยซ้ำ มีความจำเป็นต้องดำเนินการเชิงรุกเพราะยังมีกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ ที่ยากจะเข้าถึง โดยเฉพาะเด็กเล็กและผู้สูงอายุซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำ ให้ได้รับการตรวจคัดกรองหากมีความเสี่ยง

3) Home Care ดูแลใจในบ้าน เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่รวมบ้านกับสมาชิกในบ้าน ทั้งผู้ป่วยวัณโรคและสมาชิกในบ้านต้องได้รับการแนะนำเรื่องปฏิบัติตัว ทำความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันได้อย่างปลอดภัยที่สุด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการประเมินสภาพบ้านความเป็นอยู่ แนะนำกับปฏิบัติตัว และช่วยหาแนวทางการอยู่ร่วมกัน โดยสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสบายใจ ลดการตีตรา การกล่าวโทษกันในครอบครัว โดยอาจร่วมกับทีม MCATT หรือ ทีมเยี่ยมยาจิตใจ ที่มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารและสร้างความเข้าใจกับครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับความต้องการและสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย

4) Ask Me ถามได้สบายใจ เป็นช่องทางที่เพิ่มเติมให้ประชาชน หรือ ผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถสอบถามข้อมูล ปัญหา ข้อสงสัย ได้ตลอด โดยผ่าน Line Official และ Line Open Chat รวมถึงสื่อสังคมออนไลน์ Page Facebook โดยการสอบถามผู้ถามไม่จำเป็นต้องเปิดเผยชื่อ หรือตัวตน สามารถสอบถามข้อมูลได้อย่างสบายใจ

5) DOT with Me ช่องทางการติดตามการรับประทานยาด้วยการสังเกตโดยตรง (DOT) โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมายังรพ.สต. หรือ รพ. ทุกวัน สามารถขอรับบริการได้โดยใช้ระบบออนไลน์ เช่น VOT (Video-Observed Treatment) โดยผู้ป่วยวัณโรคสามารถเลือกช่องทางที่ตนเองสามารถเข้าถึงได้ ทั้ง Smart Phone, Computer ใช้วิธีวิดีโอคอลแบบเรียลไทม์ หรือหากไม่สะดวกในการใช้วิดีโอคอลแบบเรียลไทม์ สามารถใช้วิธีการบันทึกวิดีโอ โดยต้องบอกวันที่ และเวลา รับประทานยาที่ชัดเจนทุกครั้ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถตรวจสอบได้ เพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยวัณโรค

4.3.2.3 ดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

เมื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การนำกิจกรรมที่ได้ไปปฏิบัติ ซึ่งดำเนินการในกลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เป็นระยะเวลา 1 เดือน ทั้ง 5 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรม ส่งใจ ส่งยา รักษาหาย เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การส่งยาให้กับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถเดินทางมารับได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคขาดยา แต่เมื่อได้รับการดูแลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค อสม. และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค สามารถดำเนินงานได้ผลสัมฤทธิ์ที่ดี ไม่มีผู้ป่วยขาดยา ซึ่งส่งผลให้การรักษาสามารถดำเนินการได้ครบและสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนด

2) กิจกรรม TB Find เป็นหนึ่งในกิจกรรมสำคัญในการดูแลและควบคุมวัณโรคภายในชุมชน โดยมีเป้าหมายในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคอย่างเชิงรุกในชุมชน เพื่อตรวจหาและวินิจฉัยผู้ที่อาจติดเชื้อวัณโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อในชุมชน และเพิ่มโอกาสในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที กิจกรรมนี้ดำเนินการโดยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข อสม. และผู้นำชุมชน

3) กิจกรรม Home Care สำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเป็นกิจกรรมที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในบ้าน โดยผู้ดูแลจากชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข เข้าเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ และสนับสนุนการรักษาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถปฏิบัติตามการรักษาได้ครบถ้วน ลดการแพร่กระจายของเชื้อ และเสริมสร้างกำลังใจในการต่อสู้กับโรค

4) กิจกรรม Ask ME เป็นหนึ่งในกิจกรรมที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเน้นการสร้างช่องทางในการสื่อสารและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เข้าใจการรักษาและสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคได้อย่างเต็มที่ กิจกรรมนี้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรับบริการสุขภาพ ส่งเสริมความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรคและการรักษา ลดความเข้าใจผิดและความกังวล

เกี่ยวกับโรค สร้างความไว้วางใจและความมั่นใจ ช่องทางการให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

5) กิจกรรม DOT with ME ผู้ป่วยวัณโรครู้สึกได้รับการดูแลและเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ลดภาระการเดินทางไปรับประทานยาที่รพ.สต. ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถนำเวลาที่ต้องเดินทางไปทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ในผู้ป่วยที่กรดยาช่วงเช้า การเดินทางไปรับประทานยา ทำให้ภาระงานต้องปรับเปลี่ยนระยะเวลาไป แต่เมื่อได้ร่วมกิจกรรม DOT with ME ทำให้สะดวกมากขึ้น เช่นเดียวกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่สะดวกในการติดตาม และใช้เวลาเพียงเล็กน้อยแต่ให้ผลการติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

4.3.3 การสังเกต (Observation)

4.3.3.1 คุณภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.8, S.D. = 0.28) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ และด้านความเป็นประโยชน์ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (5.00) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ด้านความถูกต้อง ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.30, S.D. = 0.40) ดังตารางที่ 40

ตารางที่ 40 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประเมินคุณภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

คุณภาพรูปแบบ	Mean	SD	ระดับคุณภาพของรูปแบบ
ด้านความถูกต้อง	4.30	0.40	สูง
ด้านความเหมาะสม	5.00	0.00	สูง
ด้านความเป็นไปได้	5.00	0.30	สูง
ด้านความเป็นประโยชน์	5.00	0.40	สูง
โดยรวม	4.83	0.28	สูง

4.3.3.2 ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ คะแนนการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้ง 5 มาตรฐาน ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมโรค 2) การค้นหาและคัดกรอง 3) การรักษา 4) การบริหารจัดการ และ 5) การรักษา ดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมไม่ผ่านการประเมิน

หลังการพัฒนารูปแบบ ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้ง 5 มาตรฐาน ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมโรค 2) การ

ค้นหาและคัดกรอง 3) การรักษา 4) การบริหารจัดการ และ 5) การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยรวม ผ่านการประเมิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 ดังตารางที่ 41

ตารางที่ 41 ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้อกำหนด	ก่อนพัฒนา รูปแบบ	หลังพัฒนา รูปแบบ
มาตรการที่ 1 การป้องกันควบคุมโรค	15	21
1. การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัส	3	4
2. การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็กสัมผัสโรค	2	3
3. การบริหารจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล	4	5
4. การควบคุมสิ่งแวดล้อมของคลินิกวัณโรค	2	4
5. การเฝ้าระวังการป่วยในบุคลากรสาธารณสุข	4	5
มาตรการที่ 2 การค้นหาและคัดกรอง	13.5	18.5
6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	4	5
7. การพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค	5	5
8. การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่	3	4
9. ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลการทดสอบความไวต่อยา		
1. ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	0.5	1.5
2. ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาวัณโรคมาก่อน	1.0	2
10. ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจเอชไอวี	0	1
มาตรการที่ 3 การรักษา	11	17
11. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 1	3	5
12. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 1 มีการตรวจติดตามระหว่างการรักษาวัณโรค	3	5
13. ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัสขณะรักษาวัณโรค	2	3

ตารางที่ 41 ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (ต่อ)

ข้อกำหนด	ก่อนพัฒนา รูปแบบ	หลังพัฒนา รูปแบบ
15. ผลความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และไม่กลับมาเป็นซ้ำ	3	4
มาตรการที่ 4 การบริหารจัดการ	22	23
16. มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานวัณโรค	5	5
17. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค การโอนผู้ป่วยวัณโรคและบริหารจัดการสิทธิของผู้ป่วย	4	4
18. การบริหารจัดการโดยทีมสหวิชาชีพ	5	5
19. การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	3	4
20. การรณรงค์เขียนผู้ป่วยวัณโรคครบถ้วน ในระบบข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ	5	5
มาตรการที่ 5 การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค	16	18
21. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR TB มีผลการทดสอบความไวต่อยาแนวที่ 2 ด้วยวิธี Line probe assay (Line probe assay for Second line drugs: SL-LPA)	3	4
22. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR TB ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 2	2	2
23. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR TB ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 2 มีการตรวจติดตามระหว่างการรักษาวัณโรค	4	4
24. การบริหารจัดการและติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยในการใช้ยา	3	4
25. ผลความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคชนิดดื้อยา MDR/RR TB	4	4
รวม	77.5	97.5
คิดเป็นร้อยละ	77.5	97.5
ผลการประเมิน	ไม่ผ่าน	ผ่าน

4.3.3.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

ผลการศึกษา พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สูงกว่าก่อนพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($t(15) = 7.432, p = .006$), ($t(15) = 11.047, p < .001$), ($t(15) = 6.502, p < .022$) และ ($t(15) = 5.986, p = .014$) ตามลำดับในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนสูง กว่าก่อนพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($t(455) = 0.953, p = .001$), ($t(455) = 0.850, p = .018$), ($t(455) = 7.691, p = .006$) และ ($t(455) = 0.963, p = .022$) ตามลำดับและ กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สูงกว่าก่อนพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($t(11) = 0.975, p = .002$), ($t(11) = 0.762, p = .030$), ($t(11) = 4.658, p = .016$) และ ($t(11) = 0.742, p = .009$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 42

ตารางที่ 42 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อ เครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ก่อนและหลังการ พัฒนารูปแบบ ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้าน วัณโรค

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p*
	รูปแบบ		รูปแบบ			
	Mean	SD	Mean	SD		
ผู้ป่วยวัณโรค (N=16)						
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.17	0.62	2.52	0.84	7.432	.006
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	1.98	0.74	2.43	0.86	11.047	.000
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรค	2.24	0.72	2.67	0.52	6.502	.022
ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.42	0.72	2.74	0.73	5.986	.014
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (N=456)						
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.35	0.70	2.40	0.68	0.953	.001
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	2.14	0.74	2.38	0.88	0.850	.018
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรค	2.09	0.72	2.58	0.73	7.691	.006
ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.39	0.70	2.42	0.62	0.963	.022

ตารางที่ 42 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อ
 เครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ก่อนและหลังการ
 พัฒนารูปแบบ ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน
 ด้านวัณโรค (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p*
	รูปแบบ		รูปแบบ			
	Mean	SD	Mean	SD		
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค (N=12)						
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.36	0.75	2.42	0.80	0.975	.002
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	2.45	0.73	2.48	0.65	0.762	.030
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรค	2.37	0.74	2.63	0.61	4.658	.016
ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.36	0.70	2.68	0.78	0.742	.009

4.3.4 การสะท้อนผล (Reflection)

4.3.4.1 การถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

จากการถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดย
 การมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งการถอดบทเรียน ใช้ในการ
 สนทนากลุ่ม ของการระดมสมอง เพื่อถอดบทเรียน โดยบันทึกประเด็นการพูดคุย แสดงความคิดเห็น
 ในสิ่งที่เกิดขึ้นของกระบวนการวิจัยในขั้นตอนของ ขั้นสะท้อนผล ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึด
 ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง
 จังหวัดนครศรีธรรมราช จะต้องตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง
 ต่างๆ ดังนี้

1.1) ผู้ป่วยวัณโรค

(1) ความต้องการในการดูแลรักษาผู้ป่วยต้องการการรักษาที่มีประสิทธิภาพ
 และต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลที่ครอบคลุมเพื่อให้หายจากโรคอย่างสมบูรณ์

(2) ความสะดวกในการรับการรักษา ต้องการการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ง่าย
 และสะดวก เช่น การมีบริการในชุมชนที่ใกล้บ้าน

(3) การลดการตีตราทางสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการลดการตีตราจากสังคม
 ทำให้พวกเขาสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่รู้สึกอับอายหรือถูกแบ่งแยกจากชุมชน

(4) การได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเข้าใจง่าย ต้องการคำแนะนำที่ชัดเจน
 เข้าใจง่ายเกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัว และการดูแลสุขภาพตัวเอง

1.2) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

- (1) การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องการคำแนะนำและการฝึกอบรมที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
- (2) การแบ่งเบาภาระในการดูแล ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครในชุมชนเพื่อลดภาระการดูแลในระยะยาว
- (3) การให้คำปรึกษาทางจิตใจ ผู้ดูแลมักมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแล จึงต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและข้อมูลที่ได้รับมือกับสถานการณ์ได้ดีขึ้น
- (4) การเข้าถึงอุปกรณ์และยารักษา ผู้ดูแลต้องการความสะดวกในการเข้าถึงอุปกรณ์ เช่น หน้ากากป้องกัน และการได้รับยาที่จำเป็นอย่างครบถ้วน

1.3) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

- (1) การมีส่วนร่วมในการดูแลและติดตามผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสมาชิกชุมชนต้องการมีส่วนร่วมในการติดตามสถานะของผู้ป่วย และการให้คำแนะนำในการป้องกันการแพร่เชื้อ
- (2) การสร้างความตระหนักในชุมชน ชุมชนต้องการแนวทางในการให้ความรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค เพื่อลดความกลัวและการตีตราผู้ป่วย
- (3) การประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ ต้องการการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- (4) ความยั่งยืนของการดูแล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องการแผนการดูแลที่ยั่งยืนและเป็นระบบ เพื่อให้มั่นใจว่าชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างต่อเนื่อง

1.4) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

- (1) การพัฒนาทักษะและความรู้ เจ้าหน้าที่ต้องการการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบ Patient-Centered Care และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการและดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้ดีขึ้น
- (2) การจัดการทรัพยากรที่เพียงพอ ต้องการงบประมาณและอุปกรณ์ที่เพียงพอในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านการรักษาและการป้องกันการแพร่เชื้อ
- (3) การสนับสนุนด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่ต้องการบุคลากรเพิ่มเติมในการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทั้งในการติดตามการใช้ยาและการปฏิบัติตัวในชุมชน
- (4) การวางระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่ต้องการระบบการติดตามผู้ป่วยที่ครอบคลุมและเครื่องมือในการประเมินผลการดูแล เพื่อให้มั่นใจว่าการรักษาผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพและเห็นผลลัพธ์ที่ดี

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอช้างกลางให้เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ จะช่วยให้การดูแลมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในชุมชน

2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความเป็นจริงและความท้าทายที่สำคัญ ดังนี้

ในอำเภอช้างกลาง ชุมชนบางส่วนมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรค แต่อีกส่วนหนึ่งยังขาดความรู้และมีทัศนคติเชิงลบ เช่น ความกลัวการแพร่เชื้อและการตีตราผู้ป่วย ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแล มีความพยายามจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการให้ความรู้และปรับทัศนคติของชุมชน แต่ยังต้องการเวลาและความต่อเนื่องในการสร้างความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ชุมชนในอำเภอช้างกลางมีการมีส่วนร่วมในระดับหนึ่งจากกลุ่ม อสม. ครอบครัวผู้ป่วยโรค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมยังไม่ได้ครอบคลุมทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และขาดการประสานงานอย่างต่อเนื่อง ในด้านการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคตามแนวคิด Patient-Centered Care จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพดีขึ้นในระดับหนึ่ง แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ยอมรับการดูแล เนื่องจากการอับอายจากการเป็นโรค

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคในอำเภอช้างกลางตามแนวคิดการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางยังคงเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ เช่น ทัศนคติของชุมชน ทรัพยากรที่จำกัด และการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก การแก้ไขปัญหาเหล่านี้จะต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายเพื่อสร้างระบบการดูแลที่เหมาะสมและยั่งยืนในชุมชน

3) ผลจากการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความเปลี่ยนแปลงในหลายด้านดังนี้

3.1) การค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย (Explore Both Disease and Illness) มีการประเมินความเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วยโรคอย่างครอบคลุม ไม่เพียงแต่ค้นหาอาการทางกายเท่านั้น แต่ยังคำนึงถึงปัจจัยทางจิตใจและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยด้วย เช่น การรับฟังความกังวล ความเครียด และความท้าทายต่าง ๆ ในการรักษา ทำให้สามารถให้การดูแลที่สอดคล้องกับชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น

3.2) การเข้าใจชีวิตบุคคล (Understand the Whole Person) การทำความเข้าใจบริบทของผู้ป่วย เช่น สภาพครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ และความเชื่อทางวัฒนธรรม ช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถให้คำแนะนำและปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความเชื่อของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกได้รับการดูแลอย่างเข้าใจและเคารพ

3.3) การหาหนทางร่วมกัน (Find Common Ground) การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรค ซึ่งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขสามารถตกลงร่วมกันได้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวตนเองมีบทบาทและมีสิทธิในการเลือกการรักษา ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น ลดปัญหาการละทิ้งการรักษากลางคัน

3.4) การสร้างเสริมป้องกัน ส่งเสริม (Incorporate Prevention and Health Promotion) ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความรู้และการป้องกันโรคภัยแก่ชุมชน ทำให้คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองและครอบครัวจากการติดเชื้อ และเกิดความตระหนักในการสนับสนุนผู้ป่วยให้กลับมามีสุขภาพดี

3.5) ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี (Enhance Doctor-Patient Relationship) ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากการสื่อสารที่เปิดเผยและเป็นกันเองมากขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลอย่างใส่ใจ ลดความรู้สึกกลัวและไม่ไว้วางใจ ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น และผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษามากขึ้น

3.6) อยู่บนความเป็นจริง (Being Realistic) การดูแลและแผนการรักษามีการประเมินและปรับเปลี่ยนตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยและชุมชน ทำให้การดูแลมีความยืดหยุ่น สามารถรองรับข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและมีความยั่งยืนในระยะยาว

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในอำเภอช้างกลางส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีคุณภาพดีขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ดีขึ้น และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและป้องกันวัณโรคอย่างแข็งขัน ถือเป็นการสร้างรากฐานที่ดีในการแก้ปัญหาวัณโรคในระดับชุมชน

4) แนวทางและวิธีการในการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วยแนวทางต่างๆ ดังนี้

4.1) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน เครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โรงเรียน และวัด เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรค

4.2) ทีมสนับสนุนการรักษาในระดับชุมชน ทีมดูแลที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และ อสม. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเยี่ยมบ้านและติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับประทานยาที่บ้าน การติดตามผลข้างเคียงจากการรักษา และการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย

4.3) การจัดทำแผนงานโครงการและกิจกรรมที่ตอบโจทย์เฉพาะของพื้นที่ โดยจัดทำแผนงานและโครงการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น โครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (Home Care) โครงการติดตามการทานยา (DOT with ME) และโครงการเสริมสร้างโภชนาการสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ควรสอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อของคนในพื้นที่

4.3.4.2 เวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับชุมชน

ในการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการสะท้อนผล โดยกระบวนการถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และจัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับชุมชน ซึ่งจากกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ เกิดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เรียกว่า “ช้างกลาง TB-FAST” ได้แก่

1) Teamwork หมายถึง การทำงานเป็นทีม เพื่อดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการดำเนินงานเป็นทีม ด้วยสหวิชาชีพ ให้ผู้ป่วยสามารถรักษาวัณโรคหายและไม่กลับมาเป็นซ้ำ เน้นการทำงานเชิงรุกในผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาเรื่องขาดยา ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง ได้รับการดูแลแบบองค์รวม

2) Best Service หมายถึง การบริการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยคำนึงถึงสิทธิและการรักษาความลับของผู้ป่วย ลดการตีตรา เพิ่มช่องทางการรับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

2.1) การติดตามรับประทานยาที่ผู้ป่วยสามารถเลือกช่องทางการเข้ารับบริการได้ตามความต้องการและความสะดวกของผู้ป่วย โดยกระบวนการดูแลผู้ป่วยรับประทานยาด้วยการสังเกตโดยตรง (DOT) ต้องเป็นไปในลักษณะที่ไม่ก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อาจบริหารจัดการได้โดยเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ในขณะที่เดียวกันก็สามารถดำเนินการโดยสมาชิกในชุมชน ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ต้องมีการประเมิน ติดตามอย่างต่อเนื่อง

2.2) ช่องทางการรายงานอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาวัณโรค เจ้าหน้าที่เพิ่มช่องทางติดต่อให้กับผู้ป่วยหากมีความสงสัยในอาการผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดจากอาการแพ้ยา หรือผลข้างเคียงที่ ผ่าน Line Official ที่สามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยมีเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขดูแลตรวจสอบการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

2.3) แนะนำปรึกษาการรับประทานอาหารแก่ผู้ป่วยวัณโรค โดยนักโภชนาการ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาติดตาม หรือมาตามนัดพบของแพทย์ หากผู้ป่วยวัณโรคมีความประสงค์ที่ต้องการปรึกษาด้านโภชนาการ สามารถปรึกษาได้ผ่านช่องทางการสื่อสารของ Line Open Chat ผู้ป่วยสามารถปรึกษาเรื่องการรับประทานอาหารได้โดยไม่ต้องกังวลถึงการเปิดเผยตัวตน รวมถึงการสร้างสื่อออนไลน์เรื่องโภชนาการที่สามารถเข้าใจได้ง่าย เช่น การรับประทานอาหารทดแทน

3) Find หมายถึง การเพิ่มอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

3.1) ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรค หมายถึง ผู้ที่มีอาการหรืออาการแสดงเข้าได้กับวัณโรค

3.2) ผู้ติดเชื้อวัณโรคแฝง หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกาย แต่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสามารถสู้กับเชื้อ สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้

3.3) ผู้สัมผัสวัณโรค หมายถึง ผู้ที่มีโอกาสได้รับและติดเชื้อจากจากผู้ป่วยที่แพร่เชื้อเนื่องจากสัมผัสวัณโรคจากการอยู่ร่วมกัน ทำงาน หรืออาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งต้องได้รับการคัดกรอง เพื่อค้นหาวัณโรค ได้แก่

ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันบ้านกับผู้ป่วย

ผู้สัมผัสใกล้ชิด หมายถึง บุคคลที่ไม่ใช่ผู้อยู่อาศัยร่วมบ้าน แต่อยู่ร่วมกันในพื้นที่เฉพาะ เช่น ทำงานในพื้นที่หรือห้องเดียวกันเป็นเวลานาน เวลาเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมง หรือ 120 ชั่วโมง ใน 1 เดือน

การค้นหาในกลุ่มเสี่ยงข้างต้น สามารถดำเนินการได้โดยการสอบสวนโรค ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยในการอธิบายการเกิดและแพร่ของเชื้อวัณโรค เน้นการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด เชื่อมโยงไปยังกลุ่มต่างๆ ตลอดจนทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากผู้ป่วยไปยังผู้สัมผัส เพื่อให้สามารถกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน โดยกำหนดให้มีการสอบสวนโดยเร็ว หรือภายใน 12 ชั่วโมง (กรณีพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา)

4) Access to Service หมายถึง การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค เนื่องจากประชาชนที่มีความประสงค์จากเข้ารับการรักษาวัณโรค อาจมีความกังวล ถึงขั้นตอนและความยุ่งยากของการ

เข้ารับบริการ รวมถึงการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเปราะบาง เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม โดยมีสม. ในหมู่บ้าน ดำเนินการสำรวจ ส่งข้อมูลผ่านเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขในรพ.สต. ส่งต่อโรงพยาบาล ซึ่งผลการตรวจจะได้รับการเก็บเป็นความลับ ผู้ที่เข้ารับการตรวจจะได้รับผล และแจ้งยืนยันผลจากแพทย์ผู้รับการตรวจเท่านั้น โดยมีกิจกรรมดังนี้

4.1) ส่งใจ ส่งยา รักษาหาย เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการจัดส่งยา พร้อมติดตามการรับประทานยา โดยสามารถให้เจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล หรือ อสม. ในชุมชน เป็นผู้ติดตามการรับประทานยา ทุกครั้งที่ได้รับยา ผู้ป่วยจะได้รับข้อความให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ สร้างกำลังใจในการรับประทานยาจนครบตามระยะเวลา

4.2) TB Find เป็นกิจกรรมที่ให้ อสม.แต่ละหมู่บ้านประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองวัณโรคในพื้นที่ โดยสามารถส่งรายชื่อผ่านอสม.ในพื้นที่ หรือ แจ้งความประสงค์ให้กับเจ้าหน้าที่ และจะดำเนินการนัดต่อไป โดยบางพื้นที่ในชุมชนที่ยังพบปัญหาผู้ป่วยซ้ำ มีความจำเป็นต้องดำเนินการเชิงรุกเพราะยังมีกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ ที่ยากจะเข้าถึง โดยเฉพาะเด็กเล็กและผู้สูงอายุซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำ ให้ได้รับการตรวจคัดกรองหากมีความเสี่ยง

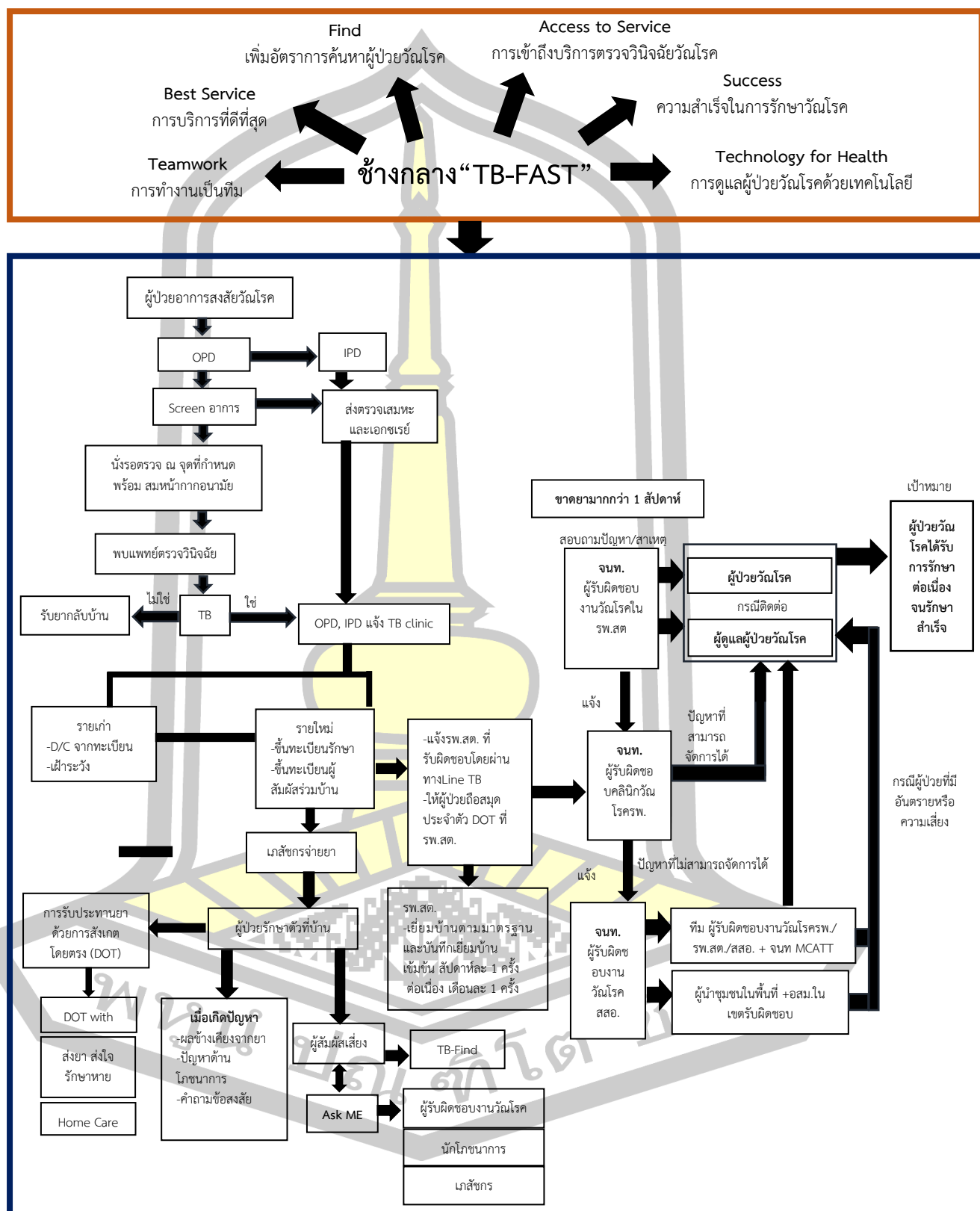
4.3) Home Care ดูแลใจในบ้าน เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ร่วมกับสมาชิกในบ้าน ทั้งผู้ป่วยวัณโรคและสมาชิกในบ้านต้องได้รับการแนะนำเรื่องปฏิบัติตัว ทำความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันได้อย่างปลอดภัยที่สุด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการประเมินสภาพบ้านความเป็นอยู่ แนะนำกับปฏิบัติตัว และช่วยหาแนวทางการอยู่ร่วมกัน โดยสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสบายใจ ลดการตีตรา การกล่าวโทษกันในครอบครัว โดยอาจร่วมกับทีม MCATT หรือ ทีมเยี่ยมวยาจิตใจ ที่มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารและสร้างความเข้าใจกับครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับความต้องการและสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย

5) Success หมายถึง ความสำเร็จในการรักษาวัณโรค การรักษาวัณโรคสำเร็จนั้น คือ ผลรวมของผู้ป่วยที่รักษาหาย (Cured) และรักษาครบ (Treatment Completed)

6) Technology for Health การดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยเทคโนโลยี การนำระบบสื่อสารช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยเข้ามาให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร สอบถามหรือ ต้องการนัดพบเจ้าหน้าที่เพื่อปรึกษาปัญหาระหว่างการรักษา โดยมีกิจกรรม ดังนี้

6.1) Ask Me ถามได้สบายใจ เป็นช่องทางที่เพิ่มเติมให้ประชาชน หรือ ผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถสอบถามข้อมูล ปัญหา ข้อสงสัย ได้ตลอด โดยผ่าน Line Official และ Line Open Chat รวมถึงสื่อสังคมออนไลน์ Page Facebook โดยการสอบถามผู้ถามไม่จำเป็นต้องเปิดเผยชื่อ หรือ ตัวตน สามารถสอบถามข้อมูลได้อย่างสบายใจ

6.2) DOT with Me ช่องทางการติดตามการรับประทานยาด้วยการสังเกตโดยตรง (DOT) โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมายังรพ.สต. หรือ รพ. ทุกวัน สามารถขอรับบริการได้โดยใช้ระบบออนไลน์ เช่น VOT (Video-Observed Treatment) โดยผู้ป่วยวัณโรคสามารถเลือกช่องทางที่ตนเองสามารถเข้าถึงได้ ทั้ง Smart Phone, Computer ใช้วิธีวิดีโอคอลแบบเรียลไทม์ หรือหากไม่สะดวกในการใช้วิดีโอคอลแบบเรียลไทม์ สามารถใช้วิธีการบันทึกวิดีโอ โดยต้องบอกวันที่ และเวลารับประทานยาที่ชัดเจนทุกครั้ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถตรวจสอบได้ เพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยวัณโรค ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 13 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากกระบวนการถอดบทเรียน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกลุ่มของผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ทำให้เกิดรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ พัฒนาขึ้น ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดย การมีส่วนร่วม ของชุมชนนั้นประกอบไปด้วย

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) การที่ประชาชนในชุมชนมี ส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ หรือการตัดสินใจที่ส่งผลต่อชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการพัฒนา ชุมชนอย่างยั่งยืน จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เมื่อกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ผู้ป่วยวัณโรค มีการประสานทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค ทำให้เกิด เครือข่ายในการติดตามผู้ป่วย เช่น การทักเฝ้าระวัง, มีส่วนช่วยในการติดตามการรับยาและรับประทานยา ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักที่จะรับประทานยาต่อเนื่อง ภายใต้การกำกับของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข

2. การร่วมกันทำงานเป็นทีม (Teamwork) การดึงศักยภาพของเจ้าหน้าที่ด้าน สาธารณสุขแต่ละส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถ นำไปปรับใช้ได้จริง ด้วยกระบวนการที่รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และที่สำคัญที่สุดคือ การ รับฟังปัญหาและความต้องการที่มาจากผู้ป่วยวัณโรค และด้วยความร่วมมือในการร่วมพัฒนารูปแบบ สู่การทดลองปฏิบัติ และร่วมสะท้อนที่ได้จากการดำเนินงานของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3. ระบบการติดตามที่เข้มแข็ง (Strong Follow-up System) การมีระบบการติดตาม ผู้ป่วยวัณโรคที่ดีเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดการแพร่กระจายของโรค โดยเริ่มตั้งแต่การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ การแจ้งเตือนและติดตาม การรับประทานยา ในรูปแบบของการแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์ หรือการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ด้าน สาธารณสุข ด้วยทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางจิตใจ จากการนำเทคโนโลยี เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในช่องทางที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลได้ สะดวก รวดเร็ว และถูกต้อง ที่สุด ทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ และเป็นแรงเสริมที่ช่วยให้การรักษาประสบความสำเร็จไปได้

4. การรับฟังปัญหา (Active listening to Problems) การตั้งใจฟังปัญหาหรือข้อกังวล ของผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค อย่างจริงจัง รับฟังอย่างตั้งใจเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจในการทำงาน ดังตัวอย่างการรับฟังที่ได้จากกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน

“การที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย สร้างรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคขึ้น โดยสังเกตได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความยืดหยุ่นให้สามารถปรับใช้กับ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความหลากหลายตามปัจจัยของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการที่ตัวเอง

สะดวกแต่ยังคงไว้ซึ่งคุณภาพในการรักษาโรค เชื่อเป็นอย่างยิ่งว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมีกำลังใจในการรักษาจนหายในที่สุด” (ตัวแทนชุมชน เอ)

“การที่ผู้นำชุมชนได้เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเป็นสิ่งที่ดี และเชื่อว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนเต็มใจที่จะช่วยเหลือ โดยที่การเข้าไปช่วยเหลือนั้นเป็นความต้องการที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง เป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการด้านต่างๆ ได้ เพียงแค่ผู้ป่วยหรือญาติแจ้งความประสงค์ ไม่ใช่การทำงานที่เก้อว้างสิทธิผู้ป่วย ผู้นำชุมชนในส่วนต่างๆ สามารถทำงานด้วยความสบายใจ เป็นการสร้างชุมชนที่น่าอยู่ที่ทุกคนช่วยกันดูแลคนในชุมชน ให้ได้มีสุขภาพที่ดีขึ้น” (ผู้นำชุมชน บี)

“สิ่งที่สำคัญที่สุดของการทำงานคือ การสร้างกระบวนการพัฒนาที่เกิดจากปัญหา ในงานโรค เมื่อผู้ป่วยโรคไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องนั้นหมายถึงปัญหาที่เจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องคำนึงถึง เพราะนั่นหมายถึงความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต รวมถึงการแพร่กระจายของโรค เมื่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้เกิดการสร้างทีมที่ทำงาน โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรค ในขณะเดียวกันก็สามารถแก้ไขปัญหา หรือช่องว่างที่เกิดขึ้นจากการกระบวนการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยโรคได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถมีทางเลือกในการรับบริการให้สอดคล้องกับความต้องการและความสะดวกของตนเอง ระบบการสื่อสารที่ทันสมัย ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล รู้สึกใกล้ชิดและไว้วางใจกับการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน” (เจ้าหน้าที่ ซี)

“เมื่อเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบที่ช่วยดูแลผู้ป่วยโรค สิ่งที่ได้เห็นคือทางเลือกของการที่จะไปกินยา มันง่ายที่จะทำ โดยที่ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตประจำวันปกติที่บ้าน ไม่ต้องเดินทาง เวลาที่ต้องการสอบถามข้อมูลก็สามารถทำได้ หากไม่สะดวกที่จะไปรับยา ก็สามารถขอให้ อสม.ใกล้ๆ เข้ามาช่วยดูแลได้ ลดภาระการไปได้มาก มีกำลังใจมากขึ้นที่จะรักษาให้หายจนครบเวลาเร็วๆ” (ผู้ป่วยโรค ดี)

“สิ่งที่ได้คือการที่เจ้าหน้าที่ดูแลใส่ใจ การลงพื้นที่พูดคุยแนะนำการปฏิบัติตัวให้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคเป็นสิ่งที่ช่วยลดความกลัว ลดการกลัวโทษกัน มีการให้ไปตรวจคัดกรอง ทำให้ผู้ดูแลก็มีความสบายใจขึ้น ใช้ชีวิตได้ปกติโดยที่ดูแลตัวเองถูกต้องมากขึ้น และเมื่อต้องการสอบถามสงสัยสามารถติดต่อผู้รับผิดชอบงานโรคได้สะดวก บริการที่ให้ความอุ่นใจมากขึ้น” (ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค อี)

พูน ปณ จิต ชเว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยมีความมุ่งหมายของการวิจัยเพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยยึดกระบวนการของ Kemmis และ McTaggart มาใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือ และเน้นการมีส่วนร่วมของ 3 ภาคส่วน ที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนและเรียนรู้ไปพร้อมๆกัน สำหรับกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน ในการวิจัยครั้งนี้ได้เก็บและรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ตามขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอเสนอ ผลการวิจัยตามลำดับ ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปผลได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ทั้งหมด 4 ประเด็นดังต่อไปนี้

5.1.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.00 อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 50.00 สถานภาพโสด ร้อยละ 50.00 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.75 รายได้ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 75.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน ร้อยละ 62.50 ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.25 เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.50 และส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิดเป็นหรือเคยเป็นวัณโรค ร้อยละ 81.25 ลักษณะที่อยู่อาศัยไม่แออัด ร้อยละ 56.25 และ มีรพ.สต. เป็นสถานพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 93.75 มีสมรรถนะในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.17, S.D. = 0.62) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.98, S.D. = 0.74) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนอยู่ในระดับปาน

กลาง (Mean = 2.24, S.D. = 0.71) ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.42, S.D. = 0.72)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.07 อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 45.83 สถานภาพโสด ร้อยละ 56.14 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.39 รายได้ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 50.66 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.53 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 96.74 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 81.58 ไม่มีบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิดเป็นหรือเคยเป็นวัณโรค ร้อยละ 92.11 ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่ ไม่แออัด ร้อยละ 94.52 และ มีรพ.สต. เป็นสถานพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 67.11 มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.36, S.D. = 0.70) พฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.14, S.D. = 0.74) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน แล้วอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.09, S.D. = 0.72) ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.39, S.D. = 0.70)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.67 อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 66.67 สถานภาพโสด ร้อยละ 66.67 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 66.67 รายได้ส่วนใหญ่ มากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 50.00 การศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 เป็นเจ้าหน้าที่รพ.สต. ร้อยละ 58.34 ส่วนใหญ่ ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 66.67 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.00 ไม่มีบุคคลในครอบครัวคนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นวัณโรค ร้อยละ 100.00 ระยะเวลาการทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ร้อยละ 91.67 เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านวัณโรคในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 66.67 และมีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ร้อยละ 91.67 มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.35, S.D. = 0.70) พฤติกรรมการป้องกันเชื้อวัณโรคในชุมชน อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.45, S.D. = 0.73) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.37, S.D. = 0.74) ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.36, S.D. = 0.70)

อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่ออำเภอช้างกลาง มีเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางที่ประกอบด้วย โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่งซึ่งการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยมีการแบ่งการดูแลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

- 1) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล เมื่อผู้มารับบริการ ได้รับการคัดกรอง และได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคโดยแพทย์ ก็จะกลายเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่จะต้องขึ้นทะเบียนเข้าสู่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ โดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น ผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยรายเก่า

2) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล จะส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งที่ผู้ป่วยต้องการเข้ารับบริการ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยและบันทึกการกำกับกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วย ในระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ NTIP และติดตามนัดของผู้ป่วยวัณโรคกับแพทย์ โดยในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนนั้น มีหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

ผู้นำชุมชน มีหน้าที่ในการช่วยประชาสัมพันธ์ข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขกับประชาชนในพื้นที่ ทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับวัณโรค และร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ และยังรวมวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคที่พบปัญหาด้านต่างๆ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการช่วยเสริมกำลังด้านการอำนวยความสะดวก ทั้งด้านการสนับสนุนงบประมาณจากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การประชาสัมพันธ์สื่อความรู้ รณรงค์ข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรค จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ และยังเป็นหน่วยงานที่ร่วมกันดำเนินงานในกิจกรรม การตรวจคัดกรอง X-ray ปอดเคลื่อนที่ในแต่ละปี

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยในงานด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข โดยอสม.จะแจ้งเตือนการนัดหมายผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนเจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมบ้าน รวมทั้งคอยติดตามเมื่อรับแจ้งจากเจ้าหน้าที่กรณีผู้ป่วยขาดนัด หรือขาดยา ให้อสม.ติดตามผู้ป่วยโดยเร็ว

5.1.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และสะท้อนผล (Reflecting) ดังนี้

1. **ขั้นวางแผน (Planning)** มีการดำเนินกิจกรรม 5 กิจกรรม ในการเก็บข้อมูลโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้แบบสอบถามเชิงคุณภาพกับ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 88 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 12 คน ในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เวลา 08.30-12.00 น. สถานที่ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง และในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 16 คน และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 16 คน วัณโรคในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13.30-16.00 น. ผ่านการประชุมออนไลน์

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทของพื้นที่ และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ จัดกระบวนการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค

กิจกรรมที่ 2 ประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์วัณโรค มาตรฐานการดำเนินงานด้านวัณโรค และประเมินคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรค ด้วยเครื่องมือการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรมที่ 3 แต่งตั้งและประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่ออำเภอช้างกลางซึ่งมีการวิเคราะห์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน และประสานตัวแทนผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค เพื่อแต่งตั้ง ประชุมสร้างความรู้ความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง

กิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผน กำหนดขอบเขตการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน กำหนดแนวทางการดำเนินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน ให้กับแกนนำชุมชน แลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานและปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานด้านวัณโรคในพื้นที่ และกำหนดบทบาท หน้าที่ของแกนนำชุมชนตามบริบทพื้นที่ของแต่ละหน่วยงาน ชุมชน

2. ขั้นนำไปปฏิบัติตามแผน (Action) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 3 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและแก้ไขปัญหาวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชระยะยาว ขับเคลื่อนการทำงานโดยคำนึงถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วย โดยการจัดประชุม ทั้ง On-Site และ Online วิธีการดำเนินงาน ร่วมกันออกแบบรายละเอียดกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง สำหรับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอช้างกลาง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นใหม่จากการศึกษานี้ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ช้างกลาง “TB-FAST” ได้แก่ (1) Teamwork การทำงานเป็นทีม (2) Best Service การบริการที่ดีที่สุด (3) Find เพิ่มอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (4) Access to Service การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค (5) Success ความสำเร็จในการรักษาวัณโรค (6) Technology for Health การดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยเทคโนโลยี

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาแนวทางการปฏิบัติและชุดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกระบวนการประชุมทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ต้องการพัฒนาและสร้างชุดกิจกรรมตามบริบทพื้นที่

1) การติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคแบบใกล้ชิด โดยอาจมีผู้ดูแลจากชุมชนหรืออาสาสมัครที่เข้ามาช่วยติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ด้วยกิจกรรม DOT with ME

2) การส่งเสริมกำลังใจและสนับสนุนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคมีกำลังใจในการรับการรักษาและรับประทานยาตามกำหนด ด้วยกิจกรรมส่งยาส่งใจ รักษาหาย

3) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ซึ่งอาจรวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้วยกิจกรรม Home Care

4) การเปิดช่องทางให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถสอบถามข้อสงสัยหรือข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคและการรักษาได้ ด้วยกิจกรรม Ask ME

5) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค หรือผู้สัมผัสเสี่ยงเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้สามารถตรวจพบและรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ด้วยกิจกรรม TB Find

กิจกรรมที่ 3 ดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

เมื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การนำกิจกรรมที่ได้ทั้ง 5 กิจกรรม ไปปฏิบัติ ซึ่งดำเนินการในกลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เป็นระยะเวลา 1 เดือน

3. ขั้นตอนการสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 ติดตามผลการดำเนินงาน ทั้ง 5 กิจกรรม ติดตามความก้าวหน้าและมีการสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและทบทวนแผนการพัฒนา ซึ่งผลการดำเนินการพัฒนา ดังนี้

1) สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่า มีระดับสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

2) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่า มีระดับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

4) ความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วย วัณโรค ของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่า มีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

5) การประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้ง 5 มาตรฐาน ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมโรค 2) การค้นหาและคัดกรอง 3) การรักษา 4) การบริหารจัดการ และ 5) การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า โดยรวมผ่านการประเมิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 97.5

กิจกรรมที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลงานของทุกภาคส่วน และผู้วิจัยจึงขอเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ ช้างกลาง “TB-FAST”

กิจกรรมที่ 2 ถอดบทเรียน จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นกระบวนการที่สำคัญในการทบทวนและสรุปผลการดำเนินงานทั้งหมดที่เกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ หรือกรณีที่ได้ดำเนินการตามแผนและกรณีที่ไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ นอกจากนี้ยังเป็นการระบุปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงาน พร้อมทั้งประเมินความร่วมมือที่ได้รับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และความภาคภูมิใจในความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการร่วมมือของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างยั่งยืน

5.1.3 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในการนี้ได้มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ จากทุกภาคส่วน ร่วมประชุมหาแนวทางการ วิธีการ การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ได้มีการดำเนินกิจกรรมหลักภายใต้ ช้างกลาง “TB FAST” ที่ประกอบด้วย 1) Teamwork การทำงานเป็นทีม 2) Best Service การบริการที่ดีที่สุด 3) Find เพิ่มอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค 4) Access to Service การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 5) Success ความสำเร็จในการรักษาวัณโรค 6) Technology for Health การดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยเทคโนโลยี สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญมาศ เมืองเดช และประจวบ แหลมหลัก (2566) ศึกษาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ที่ดำเนินงานด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) คน ได้แก่ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค และญาติผู้ป่วย 2) เงินที่ได้รับจัดสรรงบประมาณจากหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และเทศบาล 3) วัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุนยาในการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 4) การจัดการที่เกิดการประสานงานตามขั้นตอนตามหลักการ “กำลังใจ ใส่ใจ และร่วมใจ” ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลให้การรักษาเกิดผลสำเร็จโดยที่ผู้ป่วยไม่ขาดยา พบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

2. การติดตามผลการดำเนินกิจกรรม จากการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีระดับเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) เนื่องจากการกลุ่มเป้าหมายได้มีทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกัน และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่าง

ครอบคลุม ทำให้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.52, S.D. = 0.84), (Mean = 2.40, S.D. = 0.68) และ (Mean = 2.42, S.D. = 0.80) ตามลำดับ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.43, S.D. = 0.86), (Mean = 2.38, S.D. = 0.88) และ (Mean = 2.48, S.D. = 0.65) ตามลำดับ เนื่องจากการเผยแพร่ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัว ผ่านช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็ว ด้วยเทคโนโลยีที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.67, S.D. = 0.52), (Mean = 2.58, S.D. = 0.73) และ (Mean = 2.63, S.D. = 0.61) ตามลำดับ เนื่องจากกระบวนการดำเนินงานด้านวัณโรคที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนมากขึ้น และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.74, S.D. = 0.73), (Mean = 2.42, S.D. = 0.62) และ (Mean = 2.68, S.D. = 0.78) ตามลำดับ โดยความพึงพอใจความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ และด้านข้อมูลที่ได้รับ เพิ่มขึ้นสูงหลังการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ ชื่นชม และเสริมศักดิ์ สังข์รักษา (2564) พบว่า การศึกษาผลการปรับปรุงการบริการวัณโรคในโรงพยาบาลท้องถิ่นของจังหวัดขอนแก่น พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคในด้านการเข้าถึงบริการ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากร และการได้รับข้อมูลการรักษาที่ครอบคลุมเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา

3. ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การป้องกันควบคุมโรค ได้คะแนน 21 คะแนน ด้านที่ 2 การค้นหาและคัดกรอง ได้คะแนน 18.5 คะแนน ด้านที่ 3 การรักษา ได้คะแนน 17 คะแนน ด้านที่ 4 การบริหารจัดการ ได้คะแนน 23 คะแนน และ ด้านที่ 5 การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้คะแนน 18 คะแนน โดยรวมผ่านเกณฑ์ ได้คะแนน 97.5 คะแนน ซึ่งก่อนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน พบว่า ด้านที่ 1 การป้องกันควบคุมโรค ได้คะแนน 15 คะแนน ด้านที่ 2 การค้นหาและคัดกรอง ได้คะแนน 13.5 คะแนน ด้านที่ 3 การรักษา ได้คะแนน 11 คะแนน ด้านที่ 4 การบริหารจัดการ ได้คะแนน 22 คะแนนและ ด้านที่ 5 การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้คะแนน 16 คะแนน โดยรวมไม่ผ่านเกณฑ์ ได้คะแนน 77.5 คะแนน

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมและการตัดสินใจที่ส่งผลต่อชุมชน ซึ่งทำให้เกิดเครือข่ายที่เข้มแข็งในการติดตามผู้ป่วย โดยมีสม. ช่วยติดตามการรับยาและการ

รับประธานยาของผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความตระหนักในการรักษาต่อเนื่อง ภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อถึงการร่วมกันทำงานเป็นทีม (Teamwork) ด้วยศักยภาพของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขถูกนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ผ่านการรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล ร่วมกันทดลองปฏิบัติและสะท้อนผลจากการดำเนินงานจริง เป็นการสร้างระบบการติดตามที่เข้มแข็ง (Strong Follow-up System) เมื่อระบบติดตามผู้ป่วยวัณโรคมีประสิทธิภาพเริ่มตั้งแต่การขึ้นทะเบียน การแจ้งเตือนและติดตามการรับประธานยา รวมถึงการใช้เทคโนโลยีและการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนที่ครบถ้วนและรวดเร็ว ซึ่งช่วยเสริมกำลังใจและส่งเสริมความสำเร็จในการรักษา และสิ่งสำคัญที่สุดคือ การรับฟังปัญหา (Active Listening to Problems) เพราะการรับฟังปัญหาและข้อกังวลของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องอย่างจริงจังช่วยสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแล ด้วยรูปแบบการติดตามแบบใกล้ชิด จากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ซึ่งทำงานเป็นทีมประกอบด้วยสหวิชาชีพที่สามารถประสานความร่วมมือสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. สอดคล้องกับผลการศึกษาของ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของธิดา ศรีสุวรรณ (2562) ซึ่งพบว่าการสนับสนุนจากชุมชนและทีมสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการติดตามและการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือจากชุมชนและการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและมีแรงจูงใจในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ แก้ววงษา และคณะ (2563) ที่เน้นความสำคัญของการทำงานร่วมกันเป็นทีมและการรับฟังความต้องการของผู้ป่วย โดยพบว่าหน้าที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนมีบทบาทในการสนับสนุนด้านจิตใจและการติดตามผู้ป่วยวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสำคัญและได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการประสบความสำเร็จของการรักษา

ในการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีประเด็นหลัก ได้แก่ การติดตามกรณีผู้ป่วยวัณโรคขาดยา การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานที่เรียกว่า "ช้างกลาง TB FAST" ทำให้สามารถรักษาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีอัตราการผ่านการประเมินสูงถึง ร้อยละ 97.50 สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภาภรณ์ สุวรรณภูมิ และคณะ (2563) ที่พบว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การใช้ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายผู้ให้การสนับสนุนทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน มีส่วนสำคัญในการเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาและลดการขาดยาอย่างเห็นได้ชัด

หลังจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรค และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพในอำเภอข้างกลางสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการดำเนินการที่เกิดขึ้นจากการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงพร โอฐกิจ และคณะ (2564) ที่ระบุว่าพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อและความพึงพอใจในบริการสาธารณสุขสูงขึ้น ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในการวางแผนระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบวกรดูแลผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบัน โดยเฉพาะการติดตามการรับประทานยา ช่วยลดภาระของผู้ป่วยในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การสื่อสารผ่านช่องทางที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการใส่ใจและคำปรึกษาที่ถูกต้อง ทำให้เกิดกำลังใจและมีโอกาสในการรักษาหายสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จริยา โพธิ์คง และคณะ (2562) ที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันและข้อความช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและรักษาหายได้สำเร็จสูงขึ้น ทั้งนี้ การได้รับคำปรึกษาที่ถูกต้องและการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา ส่งผลดีต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยวัณโรค และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมหมาย ชุมสาย และคณะ (2563) ซึ่งพบว่าการใช้เทคโนโลยีในการติดตามและให้คำปรึกษาผู้ป่วยวัณโรคช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ทั้งยังช่วยลดอัตราการขาดยาได้อย่างมีนัยสำคัญ การสื่อสารที่เข้าถึงง่ายผ่านเทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและรวดเร็ว ส่งผลให้มีแรงจูงใจในการรักษาและสนับสนุนการฟื้นตัวที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5.2.1 สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง ในชุมชนอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน หลังจากพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องจากในกระบวนการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสาร ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของกลุ่มผู้ป่วย วัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนมีความเข้าใจจนสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่เมื่อได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด ด้วยช่องทางที่สะดวกรวดเร็ว ลดภาระการเดินทาง ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถทำกิจกรรมอื่นที่ต้องการได้โดยไม่ต้องกังวลถึงการติดตามของเจ้าหน้าที่ ในผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค เมื่อมีการลงเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วย ได้รับการแนะนำในการดูแลผู้ป่วยและตนเองจากทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นมากกว่าวิธีการเดิมที่ผ่านมา ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องด้วยกระบวนการพัฒนารูปแบบ ได้มีการวางแผนที่เป็นผลมาจากการสะท้อนปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน

จริงของเจ้าหน้าที่ โดยมีการทบทวนทักษะต่างๆ ให้กับเจ้าหน้าที่ เช่น ทักษะในการประเมินสุขภาพจิต อารมณ์ของผู้ป่วยวัณโรค ทักษะการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยวัณโรค รวมถึงการสร้างทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันทำงาน ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วัฒนา สว่างศรี (2562)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

5.3.1.1 จากผลการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกระบวนการและให้ข้อมูลเป็นเพียงส่วนหนึ่งของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดในพื้นที่ ซึ่งอาจไม่สะท้อนผลลัพธ์ของรูปแบบอย่างครบถ้วน ดังนั้น การศึกษาจึงควรขยาย การเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมผู้ป่วยวัณโรคทุกคนในชุมชน เพื่อตรวจสอบผลของรูปแบบการดูแลนี้ในวงกว้างยิ่งขึ้น โดยจะช่วยให้เกิดการประเมินที่ครอบคลุมและแม่นยำยิ่งขึ้น และทำให้สามารถปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างแท้จริง

5.3.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่ต่างกัน อาจพบปัญหาในการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลที่เหมือนกัน เนื่องจากบทบาทและหน้าที่ที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้แต่ละกลุ่มรับรู้และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแตกต่างกัน การใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลเดียวกันอาจไม่สามารถครอบคลุมมุมมองที่หลากหลายได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นควรพิจารณาใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลที่เหมาะสมกับลักษณะของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง เช่น การพัฒนาแบบสอบถามที่แตกต่างกันสำหรับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนมุมมองที่ครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

5.3.2.1 การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่พัฒนาขึ้นนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลควรคำนึงถึงปัจจัยด้านความเชื่อ ทักษะ ความสามารถทางสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยในชุมชนนั้นๆ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายมีลักษณะเฉพาะที่ต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม การสร้างความยืดหยุ่นในการดูแลที่คำนึงถึงความแตกต่างเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสร้างความยั่งยืนให้กับกระบวนการดูแลในชุมชน

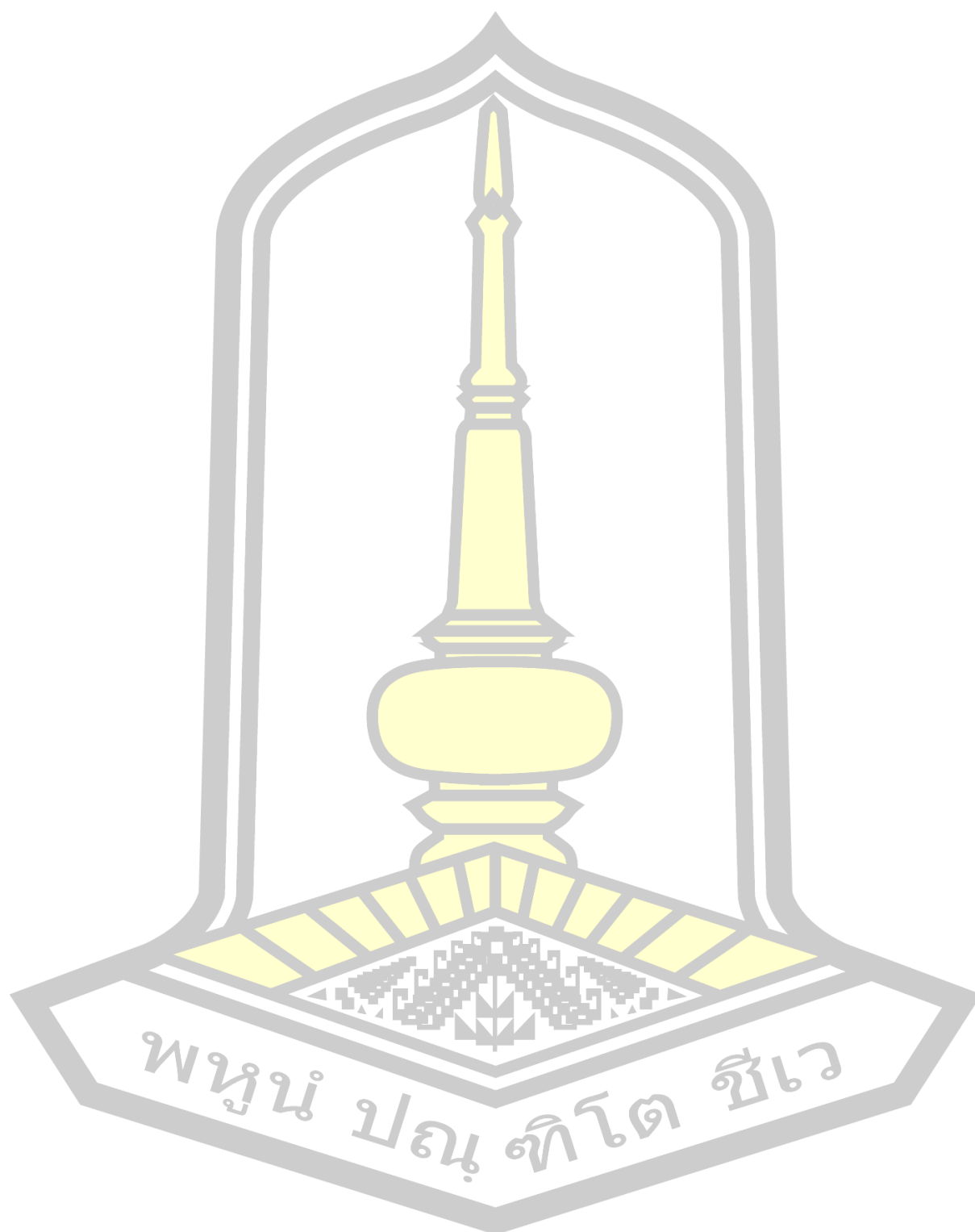
5.3.2.2 ในการศึกษาอนาคต ควรพิจารณาใช้วิธีการประเมินที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยแนะนำให้เพิ่มมิติในการสังเกตเพื่อเก็บข้อมูลอย่างรอบด้าน และการประเมินจากบุคคลผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลวัณโรค ทั้งนี้ ควรมีการให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำการประเมินการดำเนินงานเป็นรอบๆ เพื่อให้ข้อมูลมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับสถานการณ์จริง นอกจากนี้ การพึ่งพาแบบสอบถามอาจทำให้เกิดความ

คลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากการตอบแบบสอบถามอาจได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น ความเข้าใจ ความเร่งรีบ หรืออคติ ดังนั้น การประเมินจากหลายแหล่งข้อมูลและการสังเกตพฤติกรรมการป้องกัน การแพร่เชื้อของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยโดยตรง จะช่วยเพิ่มคุณภาพของข้อมูลและทำให้การศึกษามีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

5.3.2.3 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรพิจารณาขยายระยะเวลาในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากกลุ่มเยาวชนและประชาชนทั่วไปมากขึ้น ผ่านการรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เพื่อปลูกฝังความรู้และจิตสำนึกด้านการป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างยั่งยืนในชุมชน การสร้างความเข้าใจในเรื่องวัณโรคและการมีส่วนร่วมเชิงรุกของประชาชนจะช่วยให้ชุมชนสามารถตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันและลดการแพร่กระจายของโรคได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ การส่งเสริมให้เยาวชนมีความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมวัณโรคยังสามารถสร้างรากฐานที่มั่นคงในการลดจำนวนผู้ป่วยในชุมชนได้ในระยะยาว



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนกกร สุนทรขจิต. (2558). โรคติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรค. *วงการแพทย์*, 17(432), 1-8.
- กมลวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และคณะ. (2565). สถานการณ์และปัญหาการเข้าถึงยาเบตาควิซีนในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 2(2), 10-23
- กฤษณะ สุวรรณภูมิ. (2554). การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*.
- กฤษฎา วงศ์วิลาสชัย. (2549). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชุมชนเขตตอนเมือง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุขระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570). https://www.skto.moph.go.th/document_file/ita_file_name/20221121_0_34228.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *Health KP อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ*. สืบค้น 3 สิงหาคม 2023, จาก <http://healthkpi.moph.go.th>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *Health KP อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่*. สืบค้น 4 เมษายน 2024, จาก <http://healthkpi.moph.go.th>.
- เกษราภรณ์ บรรณวงศ์ปรี ระพีพัฒน์ อารามฤทธิ์ และวิโรจน์ แต่งด้วง. (2565). การพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามมิติสุขภาพและสังคมในทันตสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 15(1), 156-168
- โกวิท พวงงาม. (2553). *ธรรมาภิบาลท้องถิ่น ว่าด้วยการมีส่วนร่วมและความโปร่งใส*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
- กรมการแพทย์. (2565). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 1).
- กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค. (2561). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 National Tuberculosis control Programme Guidelines, Thailand, 2018*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์
- กรมควบคุมโรค. (2566). *โรควัณโรคปอด (T.B. Pulmonary)*. สืบค้น 10 สิงหาคม 2023, จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=92
- กรมควบคุมโรค. (2567). *สถานการณ์และการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย*. สืบค้น 11, มีนาคม 2024, จาก <https://www.tbthailand.org/statustb.html>
- กรมประชาสัมพันธ์. (2563). *กระทรวงสาธารณสุข ชูจังหวัดนครศรีธรรมราช นำร่องยุติการระบาดของวัณโรค*. สืบค้น 14 สิงหาคม 2023, จาก <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG200116141003420>

- เกรียงศักดิ์ แก้ววงษา และคณะ. (2563). ความสำคัญของการทำงานร่วมกันเป็นทีมและการรับฟังความต้องการของผู้ป่วยในการรักษาวัณโรค. *วารสารสุขภาพชุมชน*, 15(1), 89-96.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2559). *มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน*. สืบค้น 10 สิงหาคม 2023, จาก <https://phn.bangkok.go.th/images/careGiver/CG2565/51.pdf>
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *การบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวัณโรค*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์ กรุงเทพฯ.
- กองวัณโรค. (2561). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 National Tuberculosis control Programme Guidelines, Thailand, 2018*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กองวัณโรค. (2561). *100 ปี พระบารมีจักรีวงศ์ เพื่อปวงชนไทยพ้นภัยวัณโรค กรมควบคุมวัณโรค กองวัณโรค*. <https://www.tbthailand.org/>
- กองวัณโรค. (2564). *รายงานฉบับสมบูรณ์ผลการสำรวจสถานการณ์การติดเชื้อวัณโรคและเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากวัณโรคในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศประจำปี พ.ศ. 2564*.
- กองวัณโรค. (2565). *แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 – 2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565)*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *แนวทางการดำเนินงานสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561*. กองสุศึกษา. สืบค้น 18 สิงหาคม 2023, จาก <http://www.hed.go.th/linkHed>
- จริยา โพธิ์คง และคณะ. (2562). การใช้เทคโนโลยีในการติดตามและให้คำปรึกษาผู้ป่วยวัณโรคเพื่อส่งเสริมการรักษาอย่างต่อเนื่อง. *วารสารสุขภาพและการพยาบาล*, 27(3), 37-45.
- จันทรา สุวรรณธาร และ ณัฐธิดา พิมพ์มลวัต. (2566). ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปันโรควัณโรคต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(1), 197-206. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262179/176528>
- จิรพันธุ์ อินยาพงษ์ และคณะ. (2564). ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนานของชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 9(2), 21-30
- จิราภรณ์ ชวงค์, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ และดวงใจ สวัสดิ์. (2562). ผลกระทบจากการติดเชื้อและแนวทางการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง สำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(1), 237-45.
- จอนพะจง เพ็งจาด. (2553). การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย*, 3(1)

- ชาญวิทย์ สุนทรวัฒน์. (2547). *สมรรถนะ: ความสามารถในการทำงานในสภาพแวดล้อมจริง*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชัยเวช นุชประยูร. (2546). เชื้อวัณโรค. ในบัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร, และสงคราม ทรัพย์เจริญ (บรรณาธิการ), *วัณโรค (พิมพ์ครั้งที่5)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุมสาย มหมาย และคณะ. (2563). การใช้เทคโนโลยีในการติดตามและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเพิ่มการรักษาอย่างต่อเนื่องและลดการขาดยา. *วารสารการแพทย์เขตเมือง*, 15(2), 112-119.
- ชลธิชา รอดเพ็ชรภัย และ ทิพาพร ธาระวานิช. (2564). ความชุกและลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *TUH Journal online*. 6(1), 1-11
- ณัฐพงศ์ ศรีธรรมันกุล ธาตรี โปสทิธิเพ็ญ และ ธนภมณ สีสรี. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(2), 604-617. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/261809/179371>
- ดวงพร โอษฐกิจ และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและความพึงพอใจในบริการสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(1), 21-29.
- ถวิลวดี บริกุลและคณะ. (2546). *การมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนและความคิดเห็นต่อการทำงานของรัฐบาลและองค์กรอิสระ*. รายงานวิจัยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. (2546). “พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ”. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธนาธิป บัวกล้า. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(2), 137-146. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/257456/173423>
- ธวัชชัย สุนติธมโม (วรรณนาวัน). (2561). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนในเขตเทศบาล เมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว*. สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- ธิดา ศรีสุวรรณ. (2562). การสนับสนุนจากชุมชนและทีมสหวิชาชีพในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการติดตามและการรักษาผู้ป่วยวัณโรค. *วารสารการสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพ*, 27(2), 56-63.
- ทิตนา แหมมณี. (2555). *ศาสตร์การสอน*. (พิมพ์ครั้งที่15). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทศพงษ์ บุระมาน และคณะ. (2565). ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและการติดตามตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*. 20(2), 24-40
- นิคม สมสงวน. (2544). *การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารงานกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร :กรณีศึกษาบ้านหนองหัววัว ตำบลโคกสีอำเภอมืองจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ประเวศ วะสี.(2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- ประเสริฐ ประดิษฐ์. (2555). *สมรรถนะ: ความสามารถในการทำงานในสถานการณ์ที่ท้าทาย*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปราณี ทุ่งไผะ. (บรรณาธิการ). (2554). *คู่มือโรค*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพลส.
- พลุ เดชะรินทร์. (2546). *การพัฒนาศักยภาพของบุคคลในองค์กร*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย.
- พงศ์เทพ ธีระวิทย์. (2550). *หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤติภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รพ. รามาธิบดี*. <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/TB.pdf>
- พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด และปณิธาน กระสังข์. (2560). แนวคิดการสร้างและพัฒนา รูปแบบ เพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข. *วารสารสมาคม สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*. 6 (2), 128-134
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. (2018). การรักษาวินโรค: DOT vs. VOT. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*. 12(1). <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/article/download/185407/130366/539336>
- พิชิต แสนเสนา และ สมลักษณ์ หนูจันทร์. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*. 4(2), 291-340
- ยงค์ศักดิ์ ศุภนิธยานนท์. (2550). *Tuberculosis*. ใน สมชาย เอื้อรัตน์วงศ์, และ สาธิต คุระทอง (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ การดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม* (หน้า 207-227). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.
- มยุรี คุโรรัตน์. (2566). รูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรควัณโรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอนองเรือ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*. 8(1), 303-310. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1302/788>

- มานพ ผสม. (2563). การ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
หนองพะลานอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*.
5(4),28-35
- รัชวารี ชื่นวัฒนา. (2563). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ
อำเภอภูผินารายณ์จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*.13(2).
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542*. กรุงเทพฯ: นานมี
บุ๊คพับลิเคชั่นส์จำกัด.
- โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์. (2566). *รายงานประจำปีโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์*
วัฒนา สว่างศรี. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัด
มหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16, 116-129.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล*. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์.
- ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค. (2558). *พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558*. พิมพ์ครั้งที่ 2.
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม. (2548). [On-line]. Available HTTP:
สุภาภรณ์ สุวรรณภูมิ และคณะ. (2563). การจัดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน
เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาและลดการขาดยา. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพ*,
18(2), 45-53.
- สุขเกษม ร่วมสุข. (2553). *พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ*,
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- สุชนา รักษ์ศรี และคณะ. (2566). ศึกษาสถานการณ์วัณโรคติดต่อในผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาล
หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 6(1), 1-12.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/258189/177929>
- สนธยา พลศรี. (2547). *ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สมปอง พะมูลิลา. (2561). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ*. (ออนไลน์). แหล่งข้อมูล:
<http://www.nurse.ubu.ac.th/new/?q=node/740> (10 สิงหาคม 2566)
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.). (2560). *การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม:
เทคนิควิธีและการนำไปสู่การปฏิบัติ*. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม: มหาวิทยาลัยราชภัฏ
สวนสุนันทา.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2560). *แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564*. สืบค้น
7 สิงหาคม 2023, จาก [http://www.oic.go.th/FILEWEB/
CABINFOCENTER28/DRAWER068/GENERAL/DATA0001/00001041.PDF](http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER28/DRAWER068/GENERAL/DATA0001/00001041.PDF)
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2558). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556*.
พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรม
ราชูปถัมภ์.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2558). *แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคติดต่อ*. โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

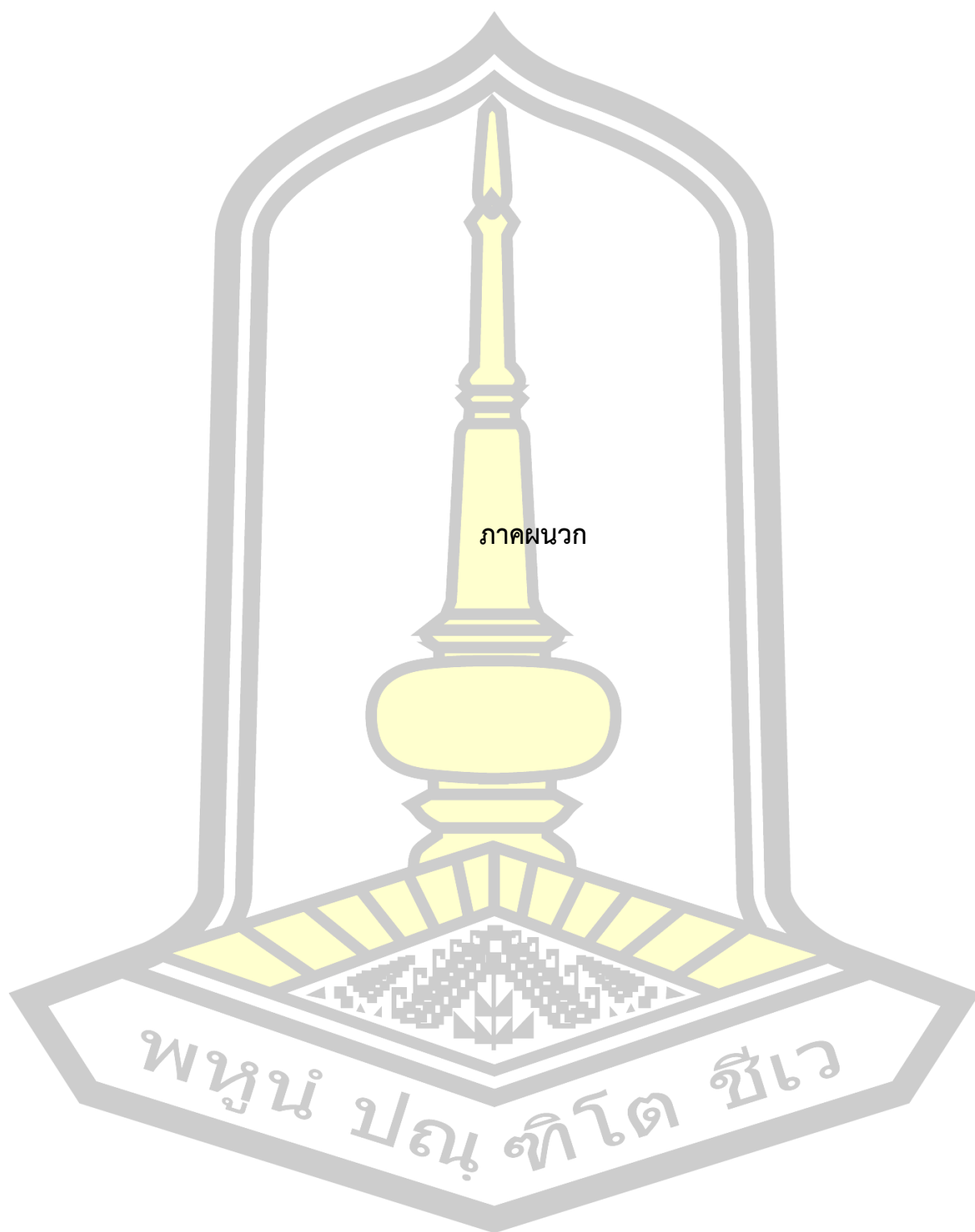
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สำนักวัณโรค. (2561). *แนวทางปฏิบัติป้องกันควบคุมวัณโรคด้วยยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อนุพันธ์ ประจำ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคอำเภอชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*. 7(1), 210-221.
- อภิญา กังสนารักษ์. (2544). รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิภาพระดับคณะของสถาบันอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิญา ตันเจริญ. (2566). ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 8(1), 259-268. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1297/783>
- อุไร โชควรรกุล. (2566). พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. ปีที่ 20(1). 42-55. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/260931/179017>
- เอกพันธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และอะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน. *พยาบาลสาร* 48, 1 (ม.ค.-มี.ค. 2564), 174-186. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:137617>
- Ananya Mandal, (2009). *History of Tuberculosis*. News-Medical. Net. <https://www.news-medical.net/health/History-of-Tuberculosis.aspx>
- Ananya Mandal. (2009). *Tuberculosis Transmission*. News-Medical Net. <https://www.news-medical.net/health/Tuberculosis-Transmission.aspx>
- Academy of Nutrition and Dietetics. (2021). *Nutrition and Tuberculosis: Guidelines for Optimal Health*.
- American Pharmacists Association. (2021). *Pharmacy-Based Care and TB Treatment Guidelines*.
- Barberis I. (2017). The history of tuberculosis: from the first historical records to the isolation of Koch's bacillus. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432783/>
- Benisek, A. (2022). *Lung Granuloma: Symptoms, Causes, and Treatments*. WebMD. สืบค้น 14 สิงหาคม 2023, จาก <https://www.webmd.com/lung/lung-granulomas>
- Cameron, R., & Carter, P. (2004). *Competence: A set of capabilities for advanced performance through skills and knowledge manifested in expected behaviors*.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Tuberculosis Education and Prevention Strategies*.
- Christophersen, J. (2002). *Competence: The blending of knowledge, skills, and abilities in various environments to achieve success*.
- Clinical and Laboratory Standards Institute. (2018). *TB Testing and Laboratory Best Practices*.
- CDC. (2005). Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care setting. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(17), 13-25.
- CDC. (2019). *Tuberculosis (TB)- Basic TB Facts*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm>
- CDC. (2022). *Tuberculosis (TB)- How TB Spreads*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/howtbspreads.htm>
- CDC. (2023). *Tuberculosis (TB)- Signs and Symptoms*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/signsandsymptoms.htm>
- CDC. (2023). *World TB Day History*. Centers for Disease Control and Prevention. สืบค้น 9 สิงหาคม 2023. จาก <https://www.cdc.gov/tb/worldtbdays/history.htm>
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies*. New York: Cornell University Press.
- Dannenberg, M.A.Jr. (1999). Immunopathogenesis of pulmonary tuberculosis. *Hospital Practice*, 28, 51-58.
- Elizabeth Hogue. (2018). Home Care Nurses Have a Proud History. สืบค้น 14 สิงหาคม 2023, <https://www.linkedin.com/pulse/home-care-nurses-have-proud-history-elizabeth-hogue>
- Good, C.V. 1973. *Dictionary of Education* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Goodwin, C. D. (1998). *Competence: The integration of knowledge, skills, and attitudes in real-world performance*.
- HDC - Report. (2566). ผู้ป่วยวัณโรคใหม่ รวมทุกสัญชาติที่ได้รับการวินิจฉัย. สืบค้น 1 สิงหาคม 2023, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=7a18700f.863ca0f12e569688b0763db4&id=256263ae8c90f93b37d3fd1c444ad900
- Johnson, A. P. (2008). *A Short Guide to Action Research* (3rd ed.). Boston: Pearson Education.
- Joyce, B.R. and Weil, M. (1972). *Model of Teaching*. New York: Prentice-Hall.

- Keeves, J. P. (1997). *Educational research, and methodology, and measurement: An international handbook*. Oxford: Pergamon Press.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer* (3rd ed.). Victoria: Deakin University
- Lauren Spilsbury. (2021). *Jean Watson's Theory of Human Caring*. Redlands Community Hospital. สืบค้น 14 สิงหาคม 2023, จาก <https://www.redlandshospital.org/nursing-excellence/jean-watsons-theory-of-human-caring/>
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. (1986). The patient-clinical method. 1 A model for the doctor-patient interaction' in *family medicine centred Fam Pract*, 3 (1):24-30
- Ministry of Public Health Thailand. (2020). *National Tuberculosis Control Program*.
- Ministry of Public Health, Thailand. (2022). *การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค: แนวทางและการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.
- Mdivani, N., Zangaladze, E., Volkova, N., Kourbatova, E., Jibuti, T., Shubladze, N., et al. (2008). High prevalence of multidrug-resistant tuberculosis in Georgia. *International Journal of infectious Diseases*, 12, 635-644.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than intelligence. *American Psychologist*, 28(1), 1-14.
- Moulis, G., & Martin-Blondel, G. (2012). Scrofula, the king's evil. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 184(9), 1061. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111519>
- National Association of Social Workers. (2020). *Social Work in Healthcare: Roles in Chronic Illness*.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: concepts of practice.e* (3nd ed.). New York: McGraw-hill.
- Public Health Agency of Canada. (2021). *Community Public Health Interventions for TB Control*.
- Streubert, H.J & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative*. (3 rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- SureAdhere. (2022). Technologies for improving tb medication adherence & treatment outcomes. https://stoptb.org/assets/documents/global/awards/tbreach/TBRw6_TreatmentOutcomes_VOT.pdf
- TB digital adherence. (2022). *Digital adherence technologies to support tuberculosis treatment*. สืบค้น 1กรกฎาคม 2023, จาก <https://tbdigitaladherence.org/>
- Tuberculosis. (2021). *Tuberculosis*. สืบค้น 17 สิงหาคม 2023, จาก <https://www.who.int/health-topics/tuberculosis>

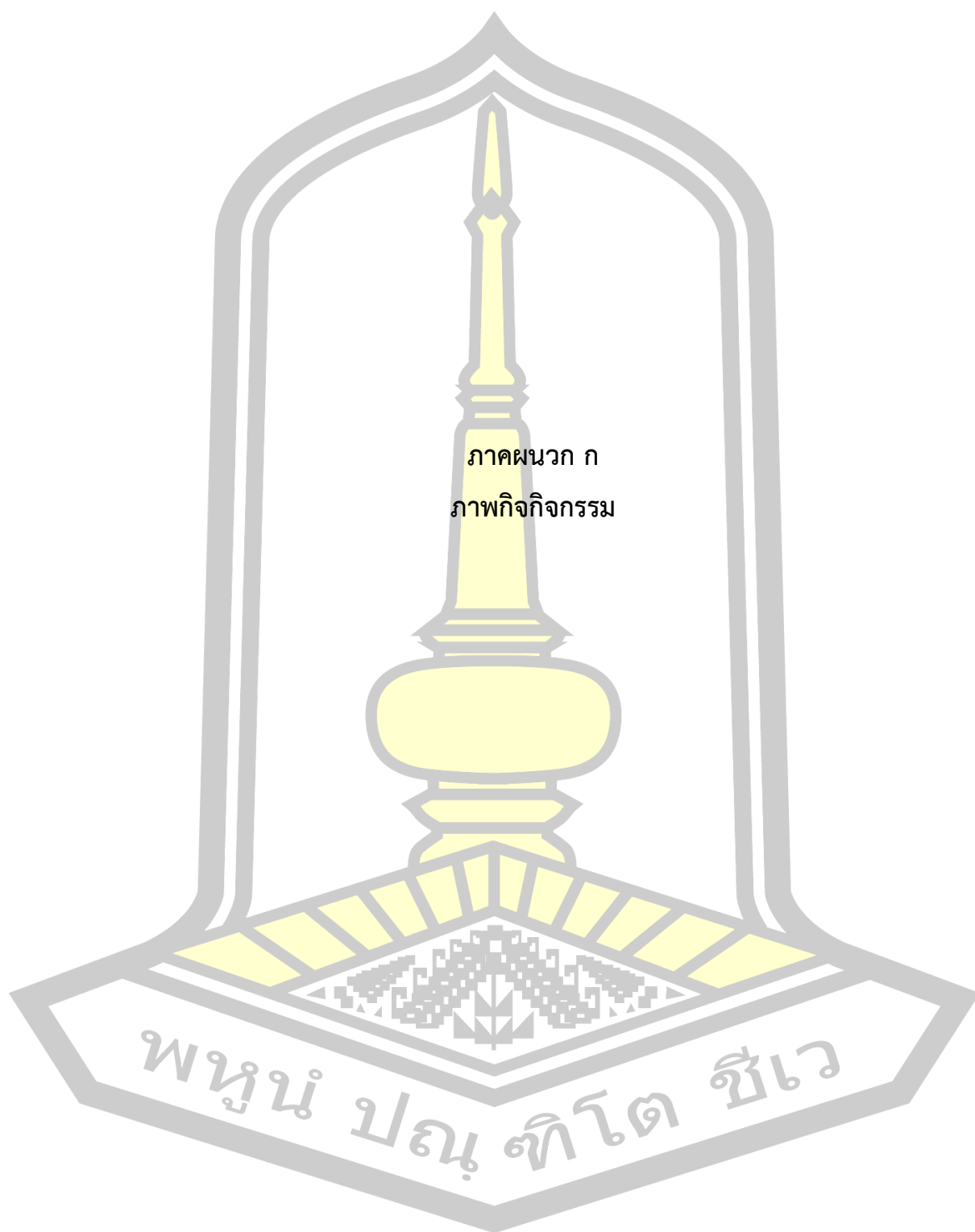
- Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes. WHO 1997.
- United Nations Millennium Development Goals Report. (2011). *The Millennium Development Goals Report 2011—World*.
<https://reliefweb.int/report/world/millennium-development-goals-report-2011>
- Walker, A. (1982). *Community care: The family, the state and social policy*. Oxford, Blackwell & M. Robertson
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. (2nd ed.). Norwalk: Connecticut, Appleton-Century Crofts.
- Waller, D. 1967. Scientific Sociology: Theory and Method. New Jersey: Prentice Hall.
- WHO. (1999). What is DOTS A Guide to Understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65979/WHO_CDS_CPC_TB_99.270.pdf;jsessionid=...
- WHO. (2015). *Implementing the end TB strategy: the essentials*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206499/9789241509930_eng.pdf
- WHO. (2023). Tuberculosis. สืบค้น 13 สิงหาคม 2023, จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- World Health Organization. (1993). *A Picture of health: A review and annotated of the health of young people in developing countries*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Global Tuberculosis Report 2020*. Geneva: World Health Organization.
- Zapata-González, E. Saldivar-Guerra, J. Ortiz-Cisneros, Macromol. *Theory Simul.* 2011, 20, 370.
- Zhang, S., Li, X., & Zhu, Y. (2021). Application of KTH-integrated Nursing Model in Care of Patients with Multi-drug Resistant Tuberculosis. *American Journal of Translational Research*, 13(6), 6855-6863.

พหุ ประสิทธิภาพ



ภาคผนวก

พูน ปณ จิต ชีวะ





ภาพที่ 14 กิจกรรมการประชุมการศึกษาบริบทพื้นที่ ปัญหาการดำเนินงานด้านวัณโรค ในกลุ่มผู้มีส่วน
เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค



ภาพที่ 15 กิจกรรมการประชุมประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์วัณโรค มาตรฐานการดำเนินงาน
วัณโรค ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค





คำสั่งอำเภอช้างกลาง

ที่ ๑๒๗/๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออำเภอช้างกลาง
อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี ๒๕๖๗

จากการที่สถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อในปัจจุบัน ทั้งในและต่างประเทศในรอบปีที่ผ่านมาพบว่า มีการระบาดของโรคติดต่อและภัยสุขภาพมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทั้งยังเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทั้งโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ เช่น โรคโควิด โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งทำให้มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก รวมถึงโรคอื่นๆ ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานทุกระดับ ในการเตรียมความพร้อมด้านความรู้วิชาการ วัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ รวมถึงแผนงานดำเนินงานให้พร้อมอยู่เสมอ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อได้ถูกต้อง ทันที

ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและโรคระบาด ให้สามารถดำเนินการได้ด้วยความเรียบร้อย รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามความใน มาตรา ๒๐ มาตรา ๒๑ และมาตรา ๒๒ แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบกับประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแต่งตั้ง วรระการดำรงตำแหน่ง และการพ้นจากตำแหน่งของกรรมการโรคติดต่อจังหวัดและกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๙ จึงเห็นควรให้มีคณะกรรมการ โรคติดต่ออำเภอช้างกลาง โดยให้ถือตั้งประกอบด้วยอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออำเภอช้างกลาง

๑. นายอำเภอช้างกลาง	ประธาน
๒. ปลัดอำเภอหัวหน้าฝ่ายบริหารงานปกครอง	รองประธาน
๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช้างกลาง	กรรมการ
๔. นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลสวนขัน	กรรมการ
๕. นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลช้าง	กรรมการ
๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลช้างกลาง	กรรมการ
๗. พัฒนาการอำเภอช้างกลาง	กรรมการ
๘. ปลัดอำเภออำเภอช้างกลาง	กรรมการ
๙. ท้องถิ่นอำเภอช้างกลาง	กรรมการ

๑๐. เกษตรอำเภอช้างกลาง	กรรมการ
๑๑. สัสดีอำเภอช้างกลาง	กรรมการ
๑๒. กำนันตำบลช้างกลาง	กรรมการ
๑๓. กำนันตำบลลิ้นช้าง	กรรมการ
๑๔. กำนันตำบลสวนขัน	กรรมการ
๑๕. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง	กรรมการ
๑๖. หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช้างกลาง	กรรมการ
๑๗. หัวหน้าฝ่ายบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช้างกลาง	กรรมการ
๑๘. นายกสมาคมครูอำเภอช้างกลาง	กรรมการ
๑๙. สาธารณสุขอำเภอช้างกลาง	กรรมการ
๒๐. นางสาวรัตน ทรายแก้ว	กรรมการและเลขานุการ

อำนาจหน้าที่

(๑) ดำเนินการตามนโยบาย ระบบ และแนวทางการปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่คณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดกำหนด

(๒) จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดในเขตพื้นที่อำเภอช้างกลาง

(๓) รายงานสถานการณ์โรคติดต่อหรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่อาจเป็นโรคระบาดซึ่งเกิดขึ้น

(๔) สนับสนุน ส่งเสริม ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่อำเภอช้างกลาง

(๕) เรียกให้บุคคลใดๆ มาให้ข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็น หรือให้จัดส่งข้อมูลหรือเอกสารใด ๆ ที่จำเป็นหรือข้อคิดเห็นมาเพื่อประกอบการพิจารณา

(๖) ดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคติดต่อตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย หรือตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘

๒. คณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันควบคุมโรค

ประกอบด้วย

๑. สาธารณสุขอำเภอช้างกลาง	หัวหน้าคณะทำงาน
๒. นายสุชัย ชัยสิทธิ์	คณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอ
๓. นางสาวนันทรี เทพรพร	นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ
๔. นายวิชัย อ้อยออด	นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ
๕. นางนิภากร ธิมาวุธ	พยาบาลวิชาชีพอำเภอ

๖. นางสาวณิภา ธิมาวุธ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๗. นางสาวเรณิ ดินทอง	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะทำงาน
๘. นางจำเริญ กิจจะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๙. นายวิฑิต ธรรมะพุด	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๐. นางสาวสิริลา ธรรมะพุด	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๑. นายสุภรณ์ คุนธะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๒. นายสุเมธ ศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๓. นายเอกชัย เลขาผล	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	คณะทำงาน
๑๔. นางสาวสุณิญา เหมอนันต์	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	คณะทำงาน
๑๕. นางสาวเพ็ญญา พิพ้องผล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๖. นางสาวอรพรรณ พิธีการ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๗. นายจิระพันธ์ นาคฤทธิ์	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	คณะทำงาน
๑๘. นางสาวเครือวัลย์ ตรีจิว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๙. นางสุภาภรณ์ เลขาผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๒๐. นางทิพรวดี จิตริบุญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๒๑. นางปริศนา สัมภุ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๒๒. นายฉัตรชัย จินวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๒๓. นางสาวภาวดี ทัพย์ญาณ	พยาบาลวิชาชีพ	คณะทำงาน
๒๔. นางสาวสิริณญา สุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะทำงาน
๒๕. นางสาวพนัสนิ วงศ์ไพศาลกิจ	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	คณะทำงาน
๒๖. นางสาวอรอนงค์ แพรงภา	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	คณะทำงาน
๒๗. นางสาวรังสิมาอำมทอง	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๒๘. นายอัฒลเสาะสี ปุณณเสก	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะทำงาน
๒๙. นางสาวศุภิตี ดิษฐรักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๓๐. นางสาวมลวรรณ พารเพ็ง	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะทำงาน
๓๑. นางสาวรัชชภา ราชปัญญิตยกุล	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะทำงาน
๓๒. นางสาวอุบลนันทน์ มีนัง	แพทย์แผนไทย	คณะทำงาน
๓๓. นายวัชร ชูบาล	พนักงานช่วยการพยาบาล	คณะทำงาน
๓๔. นายปฏิเวธ รัชทอง	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๓๕. นายวิเชียร บุญทอง	พนักงานช่วยการพยาบาล	คณะทำงาน
๓๖. นางสาวอุณิศา ศรีพิชัย	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๓๗. นางอัญญรัตน์ คุนธะ	พนักงานช่วยการพยาบาล	คณะทำงาน
๓๘. นางพนัสนิ ชัยฤทธิ์	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๓๙. นางสาวโชนภรณ์ รัชชา	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๔๐. นางสาววาสนา ศรีพรม	ผู้ช่วยเหลือคนไข้(ทันตกรรม)	คณะทำงาน

๔๑. นางสาววิศิษฐ์ บวรศักดิ์	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๔๒. นางสาวอรอุมา จงรัช	พนักงานช่วยการพยาบาล	คณะทำงาน
๔๓. นางสาวณัฐดา นนทศักดิ์	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๔๔. นางสาววรัญ ฟูเฟื่อง	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๔๕. นางสาววิไลลักษณ์ อรุณ	ครูอนามัยโรงเรียน	คณะกรรมการ
๔๖. นางสาวรัตน ทรายแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะทำงานและเลขานุการ

บทบาทและหน้าที่ ดังนี้

(๑) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในชุมชน ตลอดจน

(๒) รายงานโรคและภัยสุขภาพตามระบบรายงาน ทุกช่องทาง

(๓) วิเคราะห์สถานการณ์ของโรคและภัยสุขภาพ และรายงานผู้บังคับบัญชา และพื้นที่ทราบตลอดเวลา

(๔) ติดตามประสานงานให้ทีม SRRIT พร้อมปฏิบัติงานตลอดเวลา

(๕) ประสานงาน/ข้อมูลการดำเนินงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พื้นที่ที่เกิดการระบาดโรคในพื้นที่

(๖) เตรียมสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนต่างๆ ให้พร้อมอยู่เสมอ

(๗) สอบสวนโรคภายใน ๒๔ ชม. หลังจากได้รับรายงานผู้ป่วย

(๘) ประสานชุมชน เติบโตพื้นที่ เติบโตชุมชน ประชาชน ในการควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่รับผิดชอบทุกครั้ง

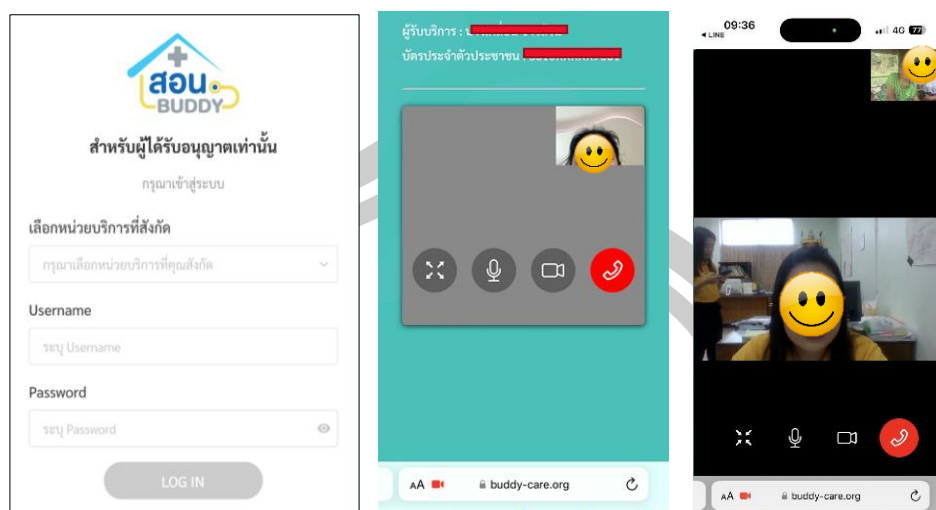
(๙) รายงานผลการสอบสวนโรค การควบคุมและการป้องกันโรค ในพื้นที่ ให้สาธารณสุขอำเภอทราบทุกรายและทุกพื้นที่

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง ปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ หากพบปัญหาอุปสรรค ให้รายงานคณะกรรมการอำนวยการปรึกษา หรือผู้บังคับบัญชา ทราบ

สั่ง ณ วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

(นายอนุชา นิลกิจ)
นายอำเภอช้างกลาง

ภาพที่ 16 หนังสือแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่ออำเภอช้างกลาง



ภาพที่ 17 กิจกรรม DOT With ME



ภาพที่ 18 กิจกรรม TB Find ค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยง



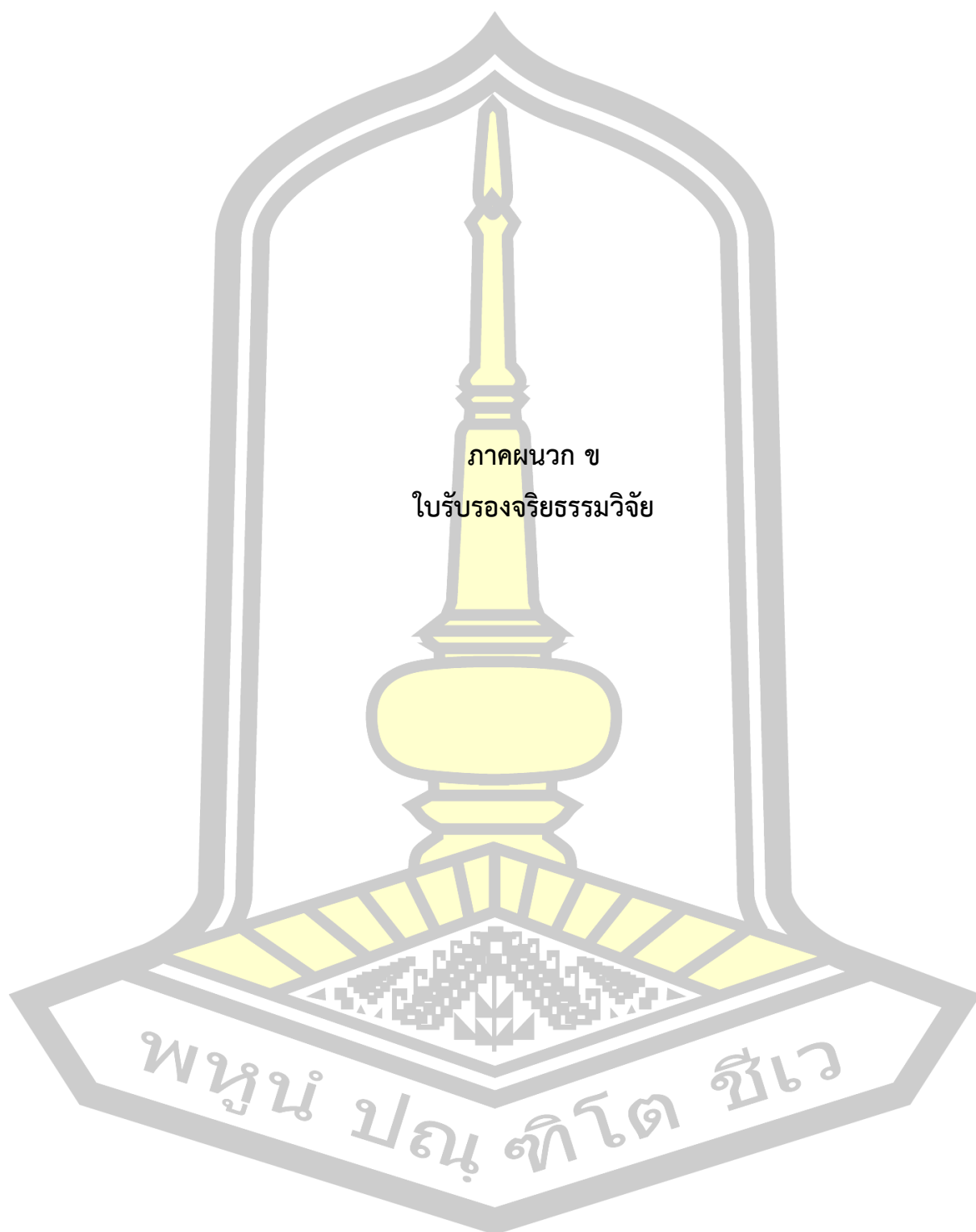
ภาพที่ 19 กิจกรรม ส่งยา ส่งใจ รักษาหาย



ภาพที่ 20 กิจกรรม Home Care



ภาพที่ 21 กิจกรรม Ask Me



ภาคผนวก ข
ใบรับรองจริยธรรมวิจัย

พูนันต์ ปณฺ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 469-391/2567

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอ
ช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of Tuberculosis Care Model by Community
Participation, In Changklang District, Nakhon Si Thammarat Province.

ผู้วิจัย : นางสาวรัตนา กรายแก้ว

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 25 กรกฎาคม 2567

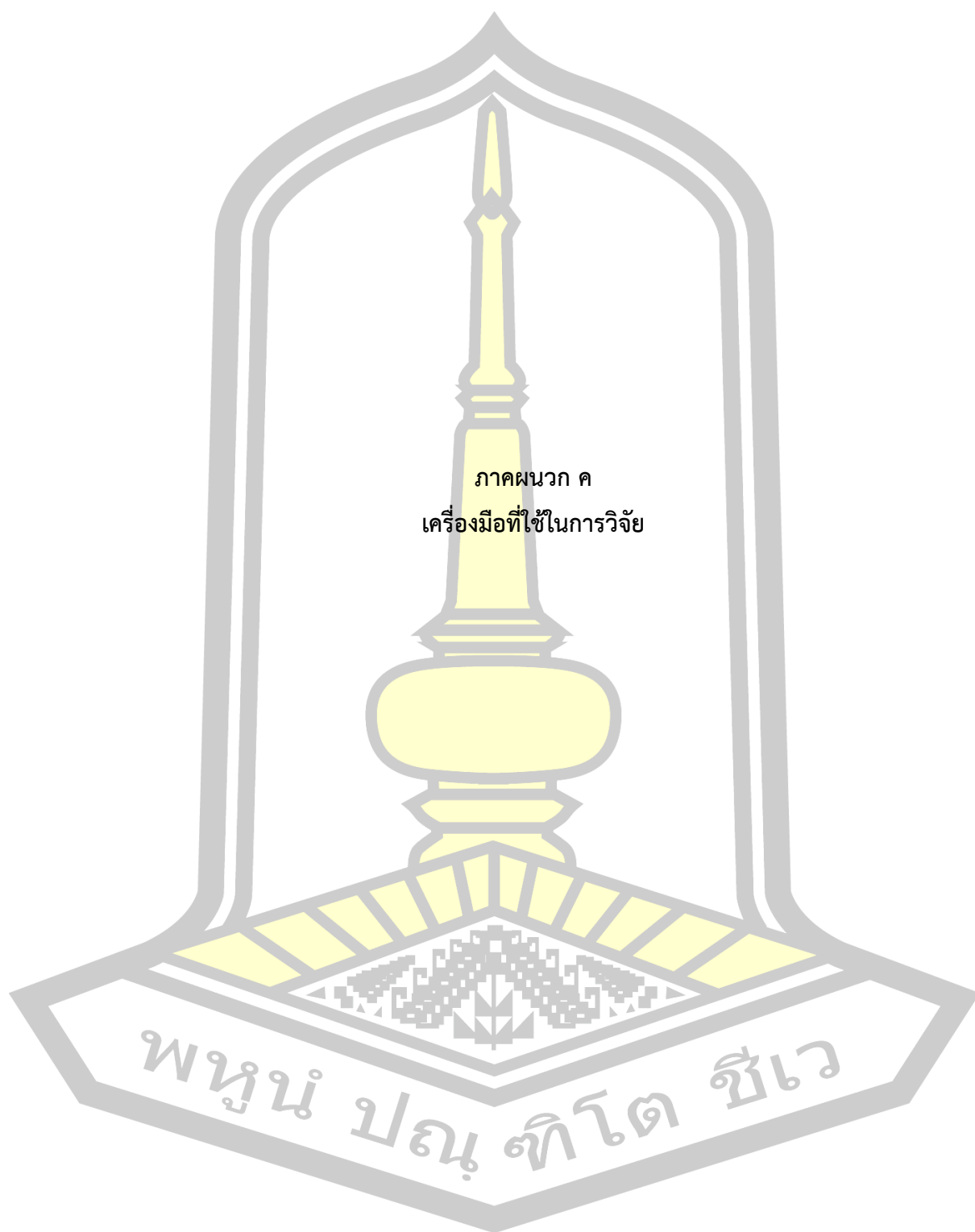
วันหมดอายุ : 24 กรกฎาคม 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐาน
ของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์ม
การปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์วรพจน์ พรหมเสตยพรต)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



**เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)**

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวรัตนา กรายแก้ว นิสิต คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินโครงการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอ ข้างกลาง จังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครราชสีมา ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาไปเป็นประโยชน์ในการพัฒนางาน ควบคุมและป้องกันโรคในอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครราชสีมา ให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และยั่งยืนต่อไป

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ข้อมูลและเข้าร่วม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วม โครงการเป็นเวลา 3 เดือน ขอความร่วมมือท่านเข้าร่วมในขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) ในระหว่างการเข้าร่วม ผู้วิจัยขออนุญาต บันทึกภาพ การตอบแบบสอบถามทั้งนี้ เพื่อความถูกต้องของเนื้อหา ผู้วิจัยจะใช้ชื่อและนามสกุลจริง และจะ ทำลายเมื่อการศึกษาครั้งนี้สิ้นสุด ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอ ผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ท่านแต่ประการใด ในกรณีที่ผู้วิจัยจำเป็นต้อง แสดงภาพถ่าย ให้ใช้ข้อความว่า “จะใช้แสดงเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น” ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของ โครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ทั้งสิ้น ไม่ว่า ท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ท่านจะไม่เสียสิทธิ์ใดๆ

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึง ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอน ตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการการแสดงความจำนงค์ต่อการถ่ายโอนก่อนหน้านั้นแต่อย่างใด

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะ รายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวรัตนา กรายแก้ว หลักสูตรสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 093-7798878

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและ บริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ผู้ศึกษา กายแก้ว

(นางสาวรัตนา กรายแก้ว)

ผู้วิจัย



เครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัยชุดที่ 1 เลขที่.....

สำหรับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิทยาระบาดชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาบริบทพื้นที่ และสถานการณ์ของวัณโรคในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าก่อนการวิจัย ขอให้ท่านตอบคำถาม ตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชต่อไป

เครื่องมือชุดนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 2 สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	จำนวน 25 ข้อ
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของต่อ	
เครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง	จำนวน 20 ข้อ

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงจะได้รับความกรุณาจากท่านเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้และขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

นางสาวรัตนา กรายแก้ว

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิทยาระบาดชุมชน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เบอร์โทรศัพท์ 093-779 8878



ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เติมคำตอบในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ สมรส ☐ โสด ☐ หม้าย ☐ หย่า/แยก

4. ศาสนา

☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

☐ รับราชการ/รัฐสาหกิจ ☐ รับจ้างทั่วไป ☐ พนักงานเอกชน
☐ เกษตรกร ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

7. ระดับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
☐ อนุปริญญา/ปวส. ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโทขึ้นไป
☐ อื่นๆ

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

9. การเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

10. การสูบบุหรี่

☐ ไม่เคยสูบบุหรี่ ☐ เคยสูบบุหรี่ ☐ ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่



ตอนที่ 2 สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงอย่างเดียว

มาก	หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ปานกลาง	หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
น้อย	หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	สมรรถนะ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ทักษะการประเมินอาการแสดง ของผู้ป่วยวัณโรค			
2. ทักษะในการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยวัณโรค			
3. ทักษะการป้องกันตนเอง โดยการสวมหน้ากากอนามัย หรือ แยกตัวจากบุคคลอื่นในบ้าน			
4. สร้างความเข้าใจ ให้กับคนในครอบครัว ญาติ และชุมชน เกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรค			
5. การให้กำลังใจ เห็นใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			
6. การให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ที่ถูกต้อง			
7. สร้างความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับการลดความกลัวและการตีตราผู้ป่วยวัณโรค			
8. การติดต่อประสานงานระหว่าง รพ.สต. กับผู้ป่วยวัณโรคหรือ ญาติผู้ดูแล			
9. การสร้างความตระหนัก ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาที่ ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา			
10. ผู้ป่วยมาตรวจและรับยาตามนัด			
11. การ สังเกต อาการแพ้ยาวัณโรค			
12. การประสานผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคเข้ารับการเอ็กซเรย์ปอด			
13. ติดตามการส่งเสมหะ เพื่อพิจารณาผลตามเวลาที่กำหนด			
14. การติดต่อประสานงานรพ.สต. กรณีผู้ป่วยไม่รักษา			
15. ติดตามสาเหตุเมื่อผู้ป่วยมีการขาดยา			
16. การให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การ พักผ่อน และงดสารเสพติดทุกชนิด			
17. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคใน ชุมชน			
18. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการรักษาและวิธีการรักษา			



สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	สมรรถนะ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
19. การกำกับหรือช่วยเหลือหรือสนับสนุนการกินยาต่อหน้า			
20. การแนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การระบายอากาศถ่ายเทสะดวกและแดดส่องถึง			
21. การแนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้แยกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยวัณโรค			
22. การแนะนำให้นายาฆ่าเชื้อในบ้านผู้ป่วย			
23. มีการเข้ารับการอบรมหรือกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอย่างต่อเนื่อง			
24. การรณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไปตรวจสุขภาพประจำปี			
25. เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่กลัวหรือรังเกียจจากการป่วยเป็นวัณโรค			



ปณ จิตใจ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสในชุมชน

จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสในชุมชนของท่านมากที่สุด

พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัส	ความถี่พฤติกรรมของท่าน		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ท่านสวมหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่บ้านและในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง			
2. ถ้าไม่มีหน้ากากอนามัย ให้ใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากเวลาไอ จาม			
3. ท่านแยกนอนกับคนอื่นในบ้านเมื่อมีอาการไอ จาม หรือ เมื่อไม่สบาย			
4. ใน 1 สัปดาห์ ท่านจัดบ้านให้สะอาด น้ำที่นอน หมอนมุ้ง เครื่องใช้ส่วนตัว ออก ตากแดดและเปิดหน้าต่าง ประตูให้อากาศถ่ายเท			
5. เมื่อท่านป่วย มีอาการ ไอ จาม และต้องอยู่ร่วมบ้านกับคนอื่น ท่านจะนั่งอยู่เหนือพัดลม			
6. ท่านต้องการซักเสื่อพลาสติก โดยใส่น้ำยาล้างจาน หรือน้ำผสมผงซักฟอกไว้ใน ถังพลาสติกนั้น และเทเสื่อทิ้งใน โถส้วม			
7. ท่านซักเสื่อลงพื้น หรือซักเสื่อในห้องน้ำ			
8. ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง หากนั่งรถสาธารณะ เช่น รถตู้ รถบัส			
9. ท่านเคยพูดคุยให้คำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยไวรัสกับผู้อื่น			
10. ท่านสวมหน้ากากอนามัย เวลาไปในบริเวณที่มีคนจำนวนมาก เช่น วัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า			





ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

มาก หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ปานกลาง หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
น้อย หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	การมีส่วนร่วม		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
การวางแผนการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน			
1. ท่านร่วมประชุมการทำแผนวัณโรคหรือสุขภาพในชุมชน			
2. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาวัณโรคหรือปัญหาสุขภาพในชุมชน			
3. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุสิ่งของ ในการดำเนินงานวัณโรค			
4. ท่านมีการเสนอประเด็น เรื่องที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค ในเวทีประชุม			
5. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			
การดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน			
6. ท่านมีส่วนในการประชาสัมพันธ์ เรื่องวัณโรค			
7. ท่านมีส่วนในการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยวัณโรคอย่างถูกวิธี			
8. ท่านมีการแนะนำ สื่อสาร เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เช่น เอ็กซเรย์ปอด เก็บเสมหะตรวจ			
9. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค			
10. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนอย่างถูกสุขลักษณะอนามัย เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค			
11. ท่านคำนึงถึง และให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิ รวมถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			
12. ท่านมีส่วนร่วมในการสื่อสารที่ลดการตีตราให้กับผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			
การติดตามและประเมินผล			
13. ท่านมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			
14. ท่านมีส่วนในการสะท้อนปัญหาที่เกี่ยวกับวัณโรคในชุมชน			
15. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			



ตอนที่ 5 ความพึงพอใจของท่านต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ในการดูแลผู้ป่วยโรค
ในชุมชน จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

มาก หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ปานกลาง หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
น้อย หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ความพึงพอใจของท่านต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน	ความพึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ			
1. ความสะดวกของการมารับบริการ			
2. จุดบริการรองรับเฉพาะผู้ป่วยโรค แยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป			
3. ขั้นตอนการรับบริการในสถานพยาบาลมีความสะดวก			
4. ระยะเวลาการรอคอยของผู้มารับบริการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ และรักษาโรค			
5. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ และรักษาโรค			
6. ความมั่นใจในบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่			
ความพึงพอใจด้านบุคลากร			
7. เจ้าหน้าที่ที่อึดอัดดี			
8. เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ผู้มารับบริการ			
9. เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้มารับบริการ			
10. เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย			
ความพึงพอใจด้านสถานที่			
11. สถานพยาบาลมีความสะอาด			
12. มีการจัดสถานที่พักแยกสำหรับผู้ป่วยโรคที่มารับบริการ			
13. สถานที่พยาบาลมีความเป็นระเบียบ			
14. อาคารสถานที่มีแสงสว่างเพียงพอ			
15. สถานที่มีอากาศถ่ายเทดี			
ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ			
16. มีการประชาสัมพันธ์ แนะนำขั้นตอนที่ชัดเจน			
17. แจ้งข้อมูลโรคหรืออาการที่เป็นจากแพทย์หรือพยาบาล			
18. การตอบข้อซักถามของเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหา			
19. คำอธิบายเรื่องการใช้จ่ายจากเจ้าหน้าที่			
20. การนัดรับบริการครั้งต่อไป			

เครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัยชุดที่ 2 เลขที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิทยาระบาดชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาบริบทพื้นที่ และสถานการณ์ของวัณโรคในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าก่อนการวิจัย ขอให้ท่านตอบคำถาม ตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลประกอบในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชต่อไป

เครื่องมือชุดนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 2 สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	จำนวน 25 ข้อ
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของต่อ	
เครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง	จำนวน 20 ข้อ

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงจะได้รับความกรุณาจากท่านเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้และขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

นางสาวรัตนา กรายแก้ว

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิทยาระบาดชุมชน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เบอร์โทรศัพท์ 093-779 8878



ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เติมคำตอบในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ สมรส ☐ โสด ☐ หม้าย ☐ หย่า/แยก

4. ศาสนา

☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

5. ตำแหน่ง

☐ แพทย์ ☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ พยาบาล
☐ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ☐ อื่นๆ ระบุ.....

6. ระดับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
☐ อนุปริญญา/ปวส. ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโทขึ้นไป
☐ อื่นๆ

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

8. หน่วยงานที่สังกัด

☐ โรงพยาบาล ☐ รพ.สต. ☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

9. การสูบบุหรี่

☐ ไม่เคยสูบบุหรี่ ☐ เคยสูบบุหรี่ ☐ ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่



10. การดื่มแอลกอฮอล์

☐ ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ☐ เคยดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์อยู่

11. มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นวัณโรค

☐ ไม่มี ☐ มี

12. ระยะการเวลาการทำงานด้านวัณโรค.....ปี

13. มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

☐ ไม่มีประสบการณ์ ☐ มีประสบการณ์

14. เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านวัณโรคในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

☐ ไม่ได้เข้าร่วมประชุม ☐ เข้าร่วมประชุม

15. มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

☐ ไม่มีประสบการณ์ ☐ มีประสบการณ์





ตอนที่ 2 สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงอย่างเดียว

มาก	หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ปานกลาง	หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
น้อย	หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	สมรรถนะ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ทักไข้การประเมินอาการแสดง ของผู้ป่วยวัณโรค			
2. ทักไข้ในการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยวัณโรค			
3. ทักไข้การป้องกันตนเอง โดยการสวมหน้ากากอนามัย หรือ แยกตัวจากบุคคลอื่นในบ้าน			
4. สร้างความเข้าใจ ให้กับคนในครอบครัว ญาติ และชุมชน เกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรค			
5. การให้กำลังใจ เห็นใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			
6. การให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ที่ถูกต้อง			
7. สร้างความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับการลดความกลัวและการตีตราผู้ป่วยวัณโรค			
8. การติดต่อประสานงานระหว่าง รพ.สต. กับผู้ป่วยวัณโรคหรือ ญาติผู้ดูแล			
9. การสร้างความตระหนัก ให้มีความสำคัญกับการรับประทานยาที่ ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา			
10. ผู้ป่วยมาตรวจและรับยาตามนัด			
11. การ สังเกต อาการแพ้ยาวัณโรค			
12. การประสานผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคเข้ารับการเอ็กซเรย์ปอด			
13. ติดตามการส่งเสมหะ เพื่อพิจารณาผลตามเวลาที่กำหนด			
14. การติดต่อประสานงานรพ.สต. กรณีผู้ป่วยไม่รักษา			
15. ติดตามสาเหตุเมื่อผู้ป่วยมีการขาดยา			
16. การให้คำแนะนำการรับประทานยาที่มีประโยชน์ การ พักผ่อน และงดสารเสพติดทุกชนิด			
17. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคใน ชุมชน			
18. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการรักษาและวิธีการรักษา			

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	สมรรถนะ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
19. การกำกับหรือช่วยเหลือหรือสนับสนุนการกินยาต่อหน้า			
20. การแนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การระบายอากาศถ่ายเทสะดวกและแดดส่องถึง			
21. การแนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้แยกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย วัณโรค			
22. การแนะนำให้นายช่างเช็ดในบ้านผู้ป่วย			
23. มีการเข้ารับการอบรมหรือกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับ วัณโรคอย่างต่อเนื่อง			
24. การรณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไปตรวจ สุขภาพประจำปี			
25. เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่กลัวหรือรังเกียจจากการป่วยเป็น วัณโรค			



ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชน

จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชนของท่านมากที่สุด

พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชน	ความถี่พฤติกรรมของท่าน		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ท่านสวมหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่บ้านและในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง			
2. ถ้าไม่มีหน้ากากอนามัย ให้ใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากเวลาไอ จาม			
3. ท่านแยกนอนกับคนอื่นในบ้านเมื่อมีอาการไอ จาม หรือ เมื่อไม่สบาย			
4. ใน 1 สัปดาห์ ท่านจัดบ้านให้สะอาด น้ำที่นอน หมอนมุ้ง เครื่องใช้ส่วนตัว ออกตากแดดและเปิดหน้าต่าง ประตูให้อากาศถ่ายเท			
5. เมื่อท่านป่วย มีอาการ ไอ จาม และต้องอยู่ร่วมกับคนอื่น ท่านจะนั่งอยู่เหนือพัดลม			
6. ท่านต้องการซักเสื่อพลาสติก โดยใช้น้ำยาล้างจาน หรือน้ำผสมผงซักฟอกไว้ใน ถังพลาสติกนั้น และเทเสื่อทิ้งในโถส้วม			
7. ท่านซักเสื่อพลาสติก หรือซักเสื่อในห้องน้ำ			
8. ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง หากนั่งรถสาธารณะ เช่น รถตู้ รถบัส			
9. ท่านเคยพูดคุยให้คำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนา给别人			
10. ท่านสวมหน้ากากอนามัย เวลาไปในบริเวณที่มีคนจำนวนมาก เช่น วัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า			





ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

มาก หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ปานกลาง หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
น้อย หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน	การมีส่วนร่วม		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
การวางแผนการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน			
1. ท่านร่วมประชุมการทำแผนวัณโรคหรือสุขภาพในชุมชน			
2. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหวัณโรคหรือปัญหาสุขภาพในชุมชน			
3. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุสิ่งของ ในการดำเนินงานวัณโรค			
4. ท่านมีการเสนอประเด็น เรื่องที่เกี่ยวกับวัณโรค ในเวทีประชุม			
5. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			
การดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน			
6. ท่านมีส่วนในการประชาสัมพันธ์ เรื่องวัณโรค			
7. ท่านมีส่วนในการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยวัณโรคอย่างถูกวิธี			
8. ท่านมีการแนะนำ สื่อสาร เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เช่น เอ็กซเรย์ปอด เก็บเสมหะตรวจ			
9. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค			
10. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนอย่างถูกสุขลักษณะอนามัย เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค			
11. ท่านคำนึงถึง และให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิ รวมถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			
12. ท่านมีส่วนร่วมในการสื่อสารที่ลดการตีตราให้กับผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			
การติดตามและประเมินผล			
13. ท่านมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			
14. ท่านมีส่วนในการสะท้อนปัญหาเกี่ยวกับวัณโรคในชุมชน			
15. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน			



ตอนที่ 5 ความพึงพอใจของท่านต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ในการดูแลผู้ป่วยโรค
ในชุมชน จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

มาก หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ปานกลาง หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
น้อย หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ความพึงพอใจของท่านต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดในชุมชน	ความพึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ			
1. ความสะดวกของการมารับบริการ			
2. จุดบริการรองรับเฉพาะผู้ป่วยโรค แยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป			
3. ขั้นตอนการรับบริการในสถานพยาบาลมีความสะดวก			
4. ระยะเวลาการรอคอยของผู้มารับบริการที่เกี่ยวข้องกับโรค			
5. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ และรักษาโรค			
6. ความมั่นใจในบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่			
ความพึงพอใจด้านบุคลากร			
7. เจ้าหน้าที่ที่อธิบายดี			
8. เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ผู้มารับบริการ			
9. เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้มารับบริการ			
10. เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย			
ความพึงพอใจด้านสถานที่			
11. สถานพยาบาลมีความสะอาด			
12. มีการจัดสถานที่พักแยกสำหรับผู้ป่วยโรคที่มารับบริการ			
13. สถานที่พยาบาลมีความเป็นระเบียบ			
14. อาคารสถานที่มีแสงสว่างเพียงพอ			
15. สถานที่มีอากาศถ่ายเทดี			
ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ			
16. มีการประชาสัมพันธ์ แนะนำขั้นตอนที่ชัดเจน			
17. แจกข้อมูลโรคหรืออาการที่เป็นจากแพทย์หรือพยาบาล			
18. การตอบข้อซักถามของเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหา			
19. คำอธิบายเรื่องการใช้จ่ายจากเจ้าหน้าที่			
20. การนัดรับบริการครั้งต่อไป			



เครื่องมือชุดที่ 3

แบบประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
สำหรับการประเมิน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง
จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อใช้ในการประเมินก่อนและหลังดำเนินการวิจัย

ข้อกำหนด	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
มาตรการที่ 1 การป้องกันควบคุมโรค			
1. การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัส	ร้อยละ 90 ขึ้นไป	5	
	ร้อยละ 80-89	4	
	ร้อยละ 70-79	3	
	ร้อยละ 60-69	2	
	ร้อยละ 50-59	1	
	น้อยกว่าร้อยละ 50	0	
2. การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็กสัมผัสโรค	ร้อยละ 90 ขึ้นไป	5	
	ร้อยละ 80-89	4	
	ร้อยละ 70-79	3	
	ร้อยละ 60-69	2	
	ร้อยละ 50-59	1	
	น้อยกว่าร้อยละ 50	0	
3. การบริหารจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล	ครบทั้ง 5 ข้อ	5	
	มี 4 ข้อ	4	
	มี 3 ข้อ	3	
	มี 2 ข้อ	2	
	มี 1 ข้อ	1	
	ไม่มีข้อใด	0	
*เกณฑ์พิจารณา			
ข้อ 1 มีคณะกรรมการรับผิดชอบและมีแผนพัฒนา			
ข้อ 2 มีระบบการคัดกรองผู้ที่มีอาการระบบทางเดินหายใจและช่องทางด่วน			
ข้อ 3 มีบริการ One stop service			
ข้อ 4 มีสถานที่หรือห้องแยก			
ข้อ 5 สถานที่/ตู้เก็บเสมหะ			



ข้อกำหนด	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
4. การควบคุมสิ่งแวดล้อมของคลินิก วันโรค *เกณฑ์พิจารณา ข้อ 1 คลินิกวันโรคแยกจากคลินิกอื่น ข้อ 2 บริเวณโรคคลินิกวันโรค ควร เปิดโล่ง ระบายอากาศ ข้อ 3 คลินิกวันโรคไม่ควรติด เครื่องปรับอากาศ ข้อ 4 การไหลเวียนอากาศไม่ควรเป็น ห้องระบบปิด ข้อ 5 อัตราการไหลเวียนอากาศไม่ น้อยกว่า 12 ACH	*ครบทั้ง 5 ข้อ	5	
	มี 4 ข้อ	4	
	มี 3 ข้อ	3	
	มี 2 ข้อ	2	
	มี 1 ข้อ	1	
	ไม่มีข้อใด	0	
5. การเฝ้าระวังการป่วยในบุคลากร สาธารณสุข * เกณฑ์พิจารณา ข้อ 1 มีมาตรการกำหนดแนวทางการ เฝ้าระวังการป่วยวันโรค ข้อ 2 การให้ความรู้การป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ข้อ 3 บุคลากร อย่างน้อยร้อยละ 90 ได้ตรวจร่างกาย 1 ครั้ง/ปี ข้อ 4 มีมาตรการข้อกำหนดเมื่อ บุคลากรป่วยเป็นวันโรค ข้อ 5 มีข้อมูลการตรวจคัดกรองวัน โรคของบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง	*ครบทั้ง 5 ข้อ	5	
	มี 4 ข้อ	4	
	มี 3 ข้อ	3	
	มี 2 ข้อ	2	
	มี 1 ข้อ	1	
	ไม่มีข้อใด	0	



ข้อกำหนด	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
มาตรการที่ 2 การค้นหาและคัดกรอง			
6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ร้อยละ 90 ขึ้นไป	5	
	ร้อยละ 80-89	4	
	ร้อยละ 70-79	3	
	ร้อยละ 60-69	2	
	ร้อยละ 50-59	1	
	น้อยกว่าร้อยละ 50	0	
7. การพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค *เกณฑ์พิจารณา ข้อ 1 มีมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงานทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรค ข้อ 2 ผู้ปฏิบัติงานด้านวัณโรคให้ห้องปฏิบัติการผ่านการอบรม ที่ตรงกับการให้บริการ ข้อ 3 มีการบำรุงรักษา (Maintenance) เครื่องมือ ข้อ 4 คุณภาพของตัวอย่างเสมหะที่ส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย ข้อ 5 เข้าร่วมและมีผลการประเมินมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ	*ครบทั้ง 5 ข้อ	5	
	มี 4 ข้อ	4	
	มี 3 ข้อ	3	
	มี 2 ข้อ	2	
	มี 1 ข้อ	1	
	ไม่มีข้อใด	0	
8. การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	5	
	ร้อยละ 75-79	4	
	ร้อยละ 70-74	3	
	ร้อยละ 65-69	2	
	ร้อยละ 60-64	1	
	น้อยกว่าร้อยละ 60	0	



ข้อกำหนด	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
9. ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลการทดสอบความไวต่อยา	ร้อยละ 60 ขึ้นไป	2.5	
1. ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 55-59	2.0	
	ร้อยละ 50-54	1.5	
	ร้อยละ 45-49	1.0	
	ร้อยละ 40-44	0.5	
	น้อยกว่าร้อยละ 40	0	
2. ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาวัณโรคมาก่อน	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	2.5	
	ร้อยละ 75-79	2.0	
	ร้อยละ 70-74	1.5	
	ร้อยละ 65-69	1.0	
	ร้อยละ 60-64	0.5	
	น้อยกว่าร้อยละ 60	0	
10. ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจเอชไอวี	ร้อยละ 90 ขึ้นไป	5	
	ร้อยละ 85-89	4	
	ร้อยละ 80-74	3	
	ร้อยละ 75-79	2	
	ร้อยละ 70-74	1	
	น้อยกว่าร้อยละ 70	0	
มาตรการที่ 3 การรักษา			
11. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 1	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	5	
	ร้อยละ 80-84	4	
	ร้อยละ 75-79	3	
	ร้อยละ 70-74	2	
	ร้อยละ 65-69	1	
	น้อยกว่าร้อยละ 65	0	



ข้อกำหนด	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
12. ผู้ป่วยวินโรครายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 1 มีการตรวจติดตามระหว่างการรักษาวินโรค	ร้อยละ 90 ขึ้นไป	5	
	ร้อยละ 85-89	4	
	ร้อยละ 80-74	3	
	ร้อยละ 75-79	2	
	ร้อยละ 70-74	1	
	น้อยกว่าร้อยละ 70	0	
13. ผู้ป่วยวินโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสขณะรักษาวินโรค	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	5	
	ร้อยละ 80-89	4	
	ร้อยละ 70-79	3	
	ร้อยละ 60-69	2	
	ร้อยละ 50-59	1	
	น้อยกว่าร้อยละ 50	0	
14. การบริหารจัดการยารวินโรค *เกณฑ์การพิจารณา ข้อ 1. มีผู้ปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมเป็นเภสัชกรเท่านั้น ข้อ 2. มียารักษาวินโรคที่เพียงพอไม่ขาดแคลน ข้อ 3. ยารักษาวินโรคมีคุณภาพ ไม่หมดอายุและมีลักษณะกายภาพภายนอกของยาที่ไม่มี ลักษณะแตกหัก ร้าว เยิ้ม เปลี่ยนสีตกตะกอน เป็นต้น ข้อ 4. มีการจัดเก็บตามมาตรฐานได้แก่ เก็บพ้นแสงอุณหภูมิห้องไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส ห้องมีความชื้นสัมพัทธ์ไม่เกินร้อยละ 60 ข้อ 5. มีบันทึกการจ่ายยาของผู้ป่วยวินโรค เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของยา	*ครบทั้ง 5 ข้อ	5	
	มี 4 ข้อ	4	
	มี 3 ข้อ	3	
	มี 2 ข้อ	2	
	มี 1 ข้อ	1	
	ไม่มีข้อใด	0	

ข้อกำหนด	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
15. ผลความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และไม่กลับมาเป็นซ้ำ	ร้อยละ 90	5	
	ร้อยละ 85.0-89.9	4	
	ร้อยละ 80.0-84.9	3	
	ร้อยละ 75.0-79.9	2	
	น้อยกว่าร้อยละ 75.0	1	
มาตรการที่ 4 การบริหารจัดการ			
16. มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานวัณโรค	มีผู้รับผิดชอบอย่างน้อย 2 คน และผ่านการอบรม 2 คน	5	
	มีผู้รับผิดชอบ 2 คน และผ่านการอบรม 1 คน	4	
	มีผู้รับผิดชอบ 1 คนผ่านการอบรม 1 คน	3	
	มีผู้รับผิดชอบ 1 คน ไม่ผ่านการอบรม	2	
	มีบุคลากรสาธารณสุขหมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่คลินิกวัณโรค	1	
	ไม่มีผู้รับผิดชอบที่แน่นอนมาปฏิบัติงานที่คลินิกวัณโรค	0	
17. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค การโอนผู้ป่วยวัณโรคและบริหารจัดการสิทธิของผู้ป่วย * เกณฑ์การพิจารณา ข้อ 1 มีการกำหนดขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคการโอนผู้ป่วยวัณโรคและบริหารจัดการสิทธิของผู้ป่วย ข้อ 2 มีการกำหนดหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบงานและผู้ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค	*ครบทั้ง 5 ข้อ	5	
	มี 4 ข้อ	4	
	มี 3 ข้อ	3	
	มี 2 ข้อ	2	
	มี 1 ข้อ	1	
	ไม่มีข้อใด	0	





ข้อกำหนด	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
ข้อ 3 มีการสื่อสาร ชี้แจง ประสานงาน เพื่อเตรียมความพร้อม สร้างความเข้าใจในระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรค ข้อ 4 ผู้ป่วยที่มีการส่งต่อหรือโอนมาจากหน่วยงานอื่น ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา ในระบบข้อมูลโรค NTIP ภายใน 14 วัน ข้อ 5 ผู้ป่วยโรคที่ส่งต่อ (Refer) และโอนออก (Transfer) ทุกรายต้องมีการแจ้งกลับ การรับส่งต่อและรับโอน ในระบบข้อมูลโรค NTIP			
18. การบริหารจัดการโดยทีมสหวิชาชีพ *เกณฑ์การพิจารณา ข้อ 1 มีคณะทำงาน ที่ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งร่วมเป็นทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ข้อ 2 มีการประชุมภายในหรือร่วมกับ หน่วยงานอื่นๆเพื่อบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วย ข้อ 3 มีการกำหนดขั้นตอนหรือ แนวทางปฏิบัติระหว่างแผนกต่างๆ ข้อ 4 มีการจัดทำแผนหรือมีการ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแล ต่อเนื่องในพื้นที่ ข้อ 5 มีระบบการเตือน การนัด และ กำกับติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วย	*ครบทั้ง 5 ข้อ	5	
	มี 4 ข้อ	4	
	มี 3 ข้อ	3	
	มี 2 ข้อ	2	
	มี 1 ข้อ	1	
	ไม่มีข้อใด	0	



ข้อกำหนด	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
19. การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง *เกณฑ์การพิจารณา ข้อ 1 มีการประเมินและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความร่วมมือในวางแผนการรักษาจนหาย ข้อ 2 มีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ การกินยา (directly observed treatment: DOT) ที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดระยะเวลาการรักษา ข้อ 3 มีการติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในระหว่างการรักษา รวมถึงบรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือรักษาอย่างต่อเนื่อง ข้อ 4 มีการประเมินและดูแลด้านโภชนาการตั้งแต่เริ่มการรักษาวัณโรค ข้อ 5 มีการประเมินสภาพปัญหาและให้คำปรึกษา เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	*ครบทั้ง 5 ข้อ	5	
	มี 4 ข้อ	4	
	มี 3 ข้อ	3	
	มี 2 ข้อ	2	
	มี 1 ข้อ	1	
	ไม่มีข้อใด	0	
20. การรื้อฟื้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคครบถ้วน ในระบบข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ	ร้อยละ 100	5	
	ร้อยละ 95-99	4	
	ร้อยละ 90-94	3	
	ร้อยละ 85-89	2	
	ร้อยละ 80-84	1	
	น้อยกว่าร้อยละ 80	0	





ข้อกำหนด	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
มาตรการที่ 5 การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค			
21. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR TB มีผลการทดสอบความไวต่อยาแนวที่ 2 ด้วยวิธี Line probe assay (Line probe assay for Second line drugs: SL-LPA)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	5	
	ร้อยละ 70-79	4	
	ร้อยละ 60-69	3	
	ร้อยละ 50-59	2	
	ร้อยละ 40-49	1	
	น้อยกว่าร้อยละ 40	0	
22. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR TB ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 2	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95	5	
	ร้อยละ 91-95	4	
	ร้อยละ 86-90	3	
	ร้อยละ 81-85	2	
	ร้อยละ 76-80	1	
	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75	0	
23. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR TB ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 2 มีการตรวจติดตามระหว่างการรักษาวัณโรค	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95	5	
	ร้อยละ 91-95	4	
	ร้อยละ 86-90	3	
	ร้อยละ 81-85	2	
	ร้อยละ 76-80	1	
	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75	0	
24. การบริหารจัดการและติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยในการใช้ยา	มากกว่าร้อยละ 80	5	
	ร้อยละ 71-80	4	
	ร้อยละ 61-70	3	
	ร้อยละ 51-60	2	
	ร้อยละ 41-50	1	
	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	0	

ข้อกำหนด	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
25. ผลความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคชนิดดื้อยา MDR/RR TB	ร้อยละ 70 ขึ้นไป	5	
	ร้อยละ 65.0-69.9	4	
	ร้อยละ 60.0-64.9	3	
	ร้อยละ 55.0-59.9	2	
	ร้อยละ 50.0-54.9	1	
	น้อยกว่าร้อยละ 50.0	0	
รวม			
คิดเป็นร้อยละ			
ผลการประเมิน			

หมายเหตุ

ผ่าน หมายถึง มีผลการประมาณ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90

ไม่ผ่าน หมายถึง มีผลการประมาณ น้อยกว่าร้อยละ 90





เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
 สำหรับกลุ่มการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
 ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
 ชุดที่ 1 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1
 เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
 ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์

ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการระดมสมอง เพื่อบันทึกประเด็นการ
 พหุศุข ปัญหาหรือในสิ่งที่เกิดขึ้นของกระบวนการวิจัยในขั้นตอนของ ขั้นวางแผน ครั้งที่ 1 ในประเด็น
 ต่าง ๆ ดังนี้

1. สถานการณ์การณ์ ของปัญหาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดย
 ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัด
 นครศรีธรรมราช มีปัญหาต่อท่าน ครอบครัวและชุมชนหรือไม่ อย่างไร

2. ท่านคิดว่าการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็น
 ศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัด
 นครศรีธรรมราชเป็นหน้าที่ของใคร เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น

3. ที่ผ่านมามีการให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิด
 การดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน
 อำเภอช้างกลาง ในด้าน คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ หรือไม่ อย่างไร และมีความเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาการ
 ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตามแนวคิดดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร

4. ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็น
 ศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัด
 นครศรีธรรมราชของเรามีอะไรบ้าง



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
สำหรับกลุ่มการดำเนินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ชุดที่ 2 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2
เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์

ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการระดมสมอง เพื่อบันทึกประเด็นการพูดคุย ปรัชญาหรือในสิ่งที่เกิดขึ้นของกระบวนการวิจัยในขั้นตอนของ ขั้นตอนแผน ครั้งที่ 2 ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. การทบทวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง ของเราจากการประชุมครั้งที่ 1 เราค้นพบอะไรบ้าง

2. ท่านคิดว่าแนวทางที่เราจะใช้ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) เราควรจะทำอย่างไรบ้าง

3. ท่านคิดว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง ในรูปแบบ หรือวิธีการใด ที่พวกเราจะนำมาใช้เป็นแนวทางร่วมกัน ให้มีความเหมาะสมกับชุมชนอำเภอช้างกลาง ของเรามากที่สุด

4. ชุมชนอำเภอช้างกลาง จะมีการจัดทำ แผนงาน โครงการ และกิจกรรม เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชได้อย่างไร



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
สำหรับกลุ่มการดำเนินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ชุดที่ 3 แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์

ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยบันทึกประเด็นการพูดคุยแสดงความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย ในสิ่งที่เกิดขึ้นของกระบวนการวิจัยในขั้นตอนของ ขั้นสังเกตในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ระยะก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นอย่างไรบ้าง

.....
.....
.....

2. ระยะการดำเนินงาน ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชมีการทำกิจกรรมอะไรบ้าง

.....
.....
.....

3. ระยะเสร็จสิ้นกระบวนการหรือการทำงาน ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง

.....
.....
.....



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
 สำหรับกลุ่มการดำเนินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
 ชุดที่ 4 แบบบันทึกการถอดบทเรียน
 เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
 ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์

ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการระดมสมอง เพื่อถอดบทเรียน โดยบันทึกประเด็นการพูดคุย แสดง
 ความคิดเห็นในสิ่งที่เกิดขึ้นของกระบวนการวิจัยในขั้นตอนของ ขั้นตอนผล ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ความต้องการหรือความคาดหวังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วย
 โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง
 จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นอย่างไร

1.1 ผู้ป่วยวัณโรค

1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

1.3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

1.4 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

2. ความเป็นจริงของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็น
 ศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัด
 นครศรีธรรมราชเป็นอย่างไร



3. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างไร

3.1 ด้านบุคลากร (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค, ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค)

3.2 งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

3.3 วัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (หน้ากากอนามัย, แอลกอฮอล์, ถุงขยะติดเชื้อ เป็นต้น)

3.4 ด้านการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของสถานพยาบาลในอำเภอช้างกลาง

4. แนวทางหรือวิธีการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชมีอะไรบ้าง



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
สำหรับกลุ่มการดำเนินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ชุดที่ 5 แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยความร่วมมือของชุมชน
ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์

ใช้ในการสนทนากลุ่ม ของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยบันทึกประเด็นการพูดคุย แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในสิ่งที่เกิดขึ้น จากการวิจัยในขั้นตอนของ ขั้นสะท้อนผล ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ชุมชนของท่านมีนวัตกรรมอะไรบ้าง ที่เกิดขึ้นจากผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยความร่วมมือของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

.....

.....

2. ท่านคิดว่าปัญหาอุปสรรค การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยความร่วมมือของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีอะไรบ้าง

.....

.....

3. ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยความร่วมมือของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

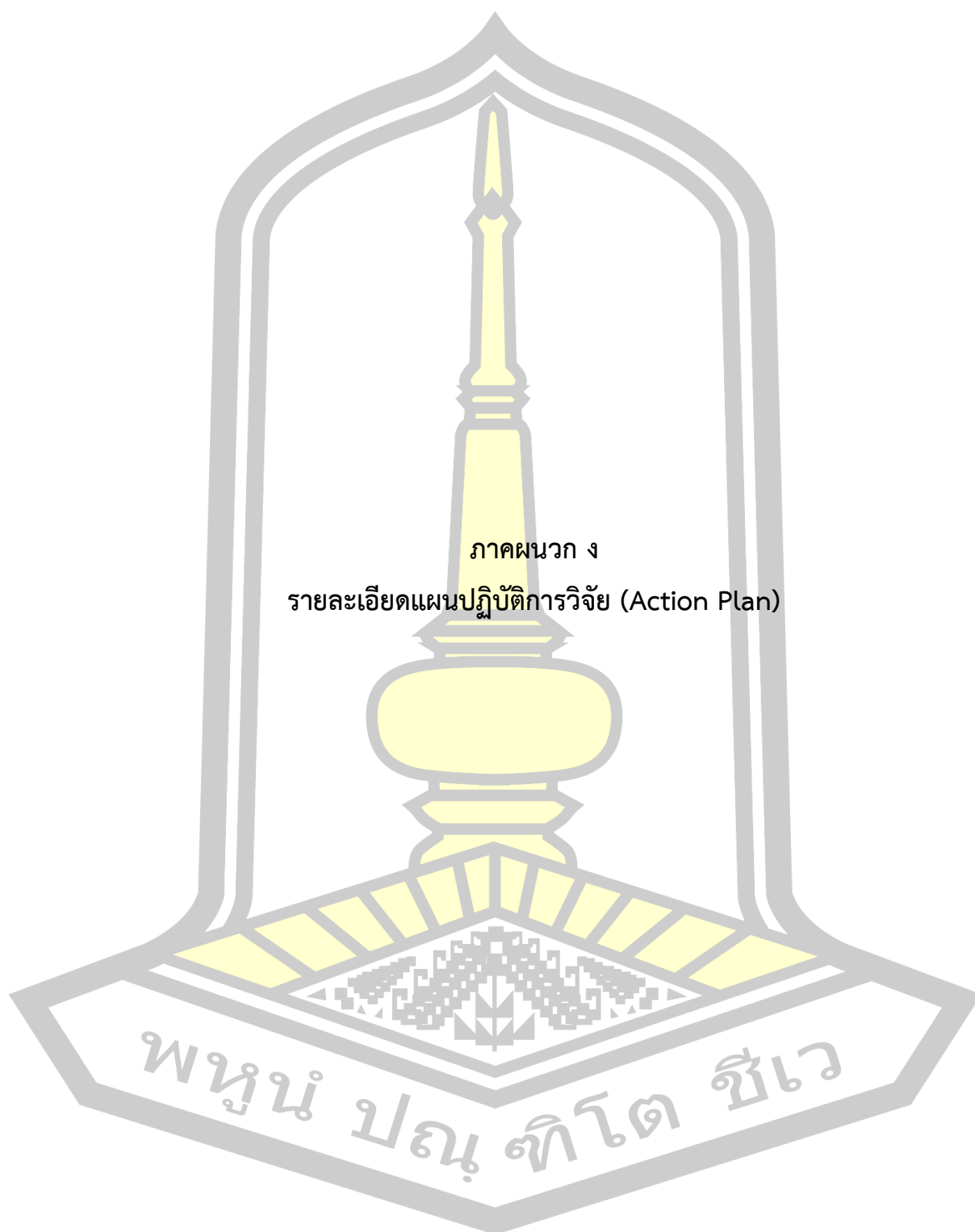
.....

.....

4. ท่านคิดว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยความร่วมมือของชุมชนใน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชมีอะไรบ้าง

.....

.....



ภาคผนวก ง

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

1 ขั้นวางแผน (Planning)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1.1 ศึกษาบริบทของพื้นที่ และสภาพปัญหาในการ ดูแลผู้ป่วยวัยโรคใน ชุมชน	1. ศึกษาข้อมูลด้าน บริบทชุมชนจาก สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 2. ศึกษาเอกสารข้อมูล พหุภูมิ ด้านประวัติศาสตร์ ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม 3. ศึกษาข้อมูลในด้าน ปัญหาสุขภาพของ ประชาชน โดยเก็บข้อมูลทั้ง เชิงปริมาณและเชิง คุณภาพ ตามหลักการดูแล ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-center care)	ระยะเวลา กรกฎาคม 2567 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุดจด บันทึก เครื่องบันทึกเสียง ในพื้นที่	-การสังเกต -การซักถาม -การบันทึกการ ประชุม - ข้อมูลพหุภูมิ ในพื้นที่ (หมายถึงข้อมูล ที่มีการเก็บ รวบรวมไว้แล้ว ในพื้นที่)	-แบบสังเกต -แนวคำถาม สนทนากลุ่ม - สมุดจดบันทึก - เครื่องบันทึกเสียง - คอมพิวเตอร์ Note Book - กล้องถ่ายรูป	ได้ข้อมูลด้านบริบท และ สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ต่อการ ดำเนินการ การดูแลผู้ป่วยวัย โรคในชุมชนใน อำเภอช้างกลาง ที่ สำคัญในการวางแผน การดูแลผู้ป่วยวัยโรคใน พัฒนาแบบในขั้น ต่อไป	รายงานสรุปบริบทของ พื้นที่ ด้านสุขภาพระดับ อำเภอ, ตำบล หมู่บ้าน ด้าน สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสุขภาพะสุขภาพของ ประชาชน ฉบับสมบูรณ์ 2. รายงานสรุปข้อมูล ปัญหา สถานการณ์ สำคัญในการวางแผน การดูแลผู้ป่วยวัยโรคใน ชุมชนในอำเภอช้างกลาง ฉบับสมบูรณ์	-ผู้วิจัย ผู้ร่วม วิจัย -แกนนำ ชุมชน -อสม.

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1.2 ประเมินบริบทพื้นที่ สถานการณ์โควิดโรค มาตรฐานการการ ดำเนินงานด้านโควิดโรค และประเมินคุณภาพด้าน การดูแลรักษาโควิดโรค	1. ทำหนังสือราชการ ประสานงานขึ้นแจ้ง วัตถุประสงค์ของการ วิจัย 2. ดำเนินการ ประเมินความรู้อยู่เกี่ยวกับ โควิดโรคในชุมชน ของประชาชน โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิง ปริมาณและเชิง คุณภาพ ตามหลักการดูแลผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง (Patient-center care)	ระยะเวลา กรกฎาคม 2567 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้อง ถ่ายรูป สมุดจด บันทึก เครื่อง บันทึกเสียง งบประมาณได้รับ การสนับสนุนจาก เครือข่ายสุขภาพ อำเภอช้างกลาง	- การสังเกต - การสัมภาษณ์ - การบันทึก - การประชุม - สรุปสาระ การประชุม - ประสานงาน	-แบบสังเกต -แบบประเมินบริบท พื้นที่ สถานการณ์ มาตรฐานการ ปฏิบัติงานการดูแล ผู้ป่วยโควิดโรคใน ชุมชน การมีส่วนร่วม -แบบสัมภาษณ์ - สมุดจดบันทึก - เครื่องบันทึกเสียง - คอมพิวเตอร์ Note Book - กล้องถ่ายรูป	ได้ข้อมูลด้านประเมิน บริบทพื้นที่ สถานการณ์ มาตรฐานการ ปฏิบัติงานการดูแล ผู้ป่วยโควิดโรคใน ชุมชน การมีส่วนร่วม รวม สถานการณ์ของ โควิดโรค ของประชาชน อำเภอช้างกลาง จังหวัด นครศรีธรรมราช	เล่มสรุปรายงานฉบับ สมบูรณ์ บริบทพื้นที่ สถานการณ์ มาตรฐาน การปฏิบัติงานการดูแล ผู้ป่วยโควิดโรคในชุมชน สมรรถนะ การมีส่วน ร่วม สถานการณ์ของ โควิดโรค ของประชาชน อำเภอช้างกลาง จังหวัด นครศรีธรรมราช	ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย -แกนนำชุมชน -อสม.

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1.3 แต่งตั้งและประชุม คณะกรรมการควบคุม โรคติดต่ออำเภออ่างทอง วัตถุประสงค์ ซึ่งมีการวิเคราะห์ผู้ที่มี ส่วนเกี่ยวข้องกับ ดำเนินงาน และประสาน ตัวแทนผู้นำชุมชน และ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ด้านโรค เพื่อแต่งตั้ง ประชุมสร้างความ เข้าใจถึงสภาพปัญหาของ รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคในชุมชน	1. ประสาน อสม. และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อวางแผนการเก็บ ข้อมูล 2. สืบหาประวัติเสี่ยงใน การได้รับเชื้อโรคโดย เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ	ระยะเวลา กรกฎาคม 2567 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุข อำเภออ่างทอง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุดจด บันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณได้รับ การสนับสนุนจาก เครือข่ายสุขภาพอำเภอ อ่างทอง	1. ค้นคว้าข้อมูล ที่เกี่ยวข้อง 2. การสังเกต การสัมภาษณ์ การสอบถาม	-แบบสังเกต -แบบสัมภาษณ์ -ทะเบียนผู้ป่วยและ สัมผัสร่วมบ้าน -เครื่องบันทึกเสียง - คอมพิวเตอร์ Note Book -กล้องถ่ายรูป	ได้ข้อมูลประวัติ เสี่ยงในการได้รับ เชื้อโรค การ สัมผัสผู้ป่วย โรค ซึ่งสามารถ เป็นข้อมูลนำเข้า ในวางแผนพัฒนา รูปแบบและจัด กิจกรรมต่อไป	รายงานสรุปผู้สัมผัสเสี่ยง รับเชื้อโรค อำเภออ่าง ทอง จังหวัด นครศรีธรรมราช	วิจัย ผู้ร่วมวิจัย -ผู้นำชุมชน -อสม.

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

1 ขั้ววางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1.4 ประชุมวางแผน กำหนด ขอบเขตการดำเนินงาน ในการพัฒนารูปแบบ- การดูแลผู้ป่วยวัยโรคใน ชุมชน	-ประชุมคณะทำงานด้าน วัยโรคและผู้เกี่ยวข้องใน วางแผน กำหนดขอบเขต การดำเนินงานในการ พัฒนารูปแบบ- การดูแลผู้ป่วยวัยโรคใน ชุมชน	ระยะเวลา กรกฎาคม 2567 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุดจด บันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณ การสนับสนุนจาก เครือข่ายสุขภาพอำเภอ ช้างกลาง	1. การสังเกต 2. การบันทึก ภาพ กิจกรรม 3. การบันทึกเสียง 4. การบันทึกที่ได้จากบันทึกเสียง การสนทนากลุ่ม	1. แบบสังเกต 2. กล้องถ่ายรูป 3. สมุดจดบันทึก 4. เครื่อง บันทึกเสียง	1.ได้แผน แนวทาง และ กรอบการดำเนินงานใน การพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยวัยโรคใน ชุมชน 2. สร้างการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานการ ดูแลผู้ป่วยวัยโรคใน ชุมชนในพื้นที่	1.แนวทางและ กรอบ การดำเนินงานในการ พัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยวัยโรคในชุมชน ที่นำไปปฏิบัติได้จริง จำนวนผู้เข้าร่วม 2. สรุปรายงานการ ประชุมแนวทางการ ดำเนินงาน	-ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย -ผู้นำชุมชน -อสม.
วัตถุประสงค์ เพื่อวางแผน กำหนด กรอบการดำเนินงานใน การพัฒนารูปแบบ	อุปสรรค การดูแล ผู้ป่วยวัยโรคในชุมชน - กำหนดบทบาท หน้าที่ ของแกนนำชุมชนตาม บริบทหน้าที่ของแต่ละ หน่วยงาน						

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

2 ขั้นตอนปฏิบัติ (Action)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บ รวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 2.1 ดำเนินการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคไตโดยการมีส่วนร่วม ของผู้ป่วย	ประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกันสร้างและ ออกแบบกรอบ โครงสร้างรูปแบบ โดย การมีส่วนร่วมของ ผู้รับผิดชอบงานโรคไต และผู้เกี่ยวข้องกับการ ดูแลผู้ป่วยโรคไตใน ชุมชน	ระยะเวลา สิงหาคม 2567 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้อง ถ่ายรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณ จากสำนักงาน สาธารณสุข อำเภอช้าง กลาง	1.การประเมิน คุณภาพกรอบ โครงสร้างรูปแบบ 2. การสนทนา กลุ่ม 3.การประเมิน ความคิดเห็นต่อ การจัดประชุมเชิง ปฏิบัติการในครั้งนี้ 4.การบันทึกเสียง 5 การถ่ายภาพ	1.แบบประเมิน คุณภาพกรอบ โครงสร้างรูปแบบ 2. แนวคำถามการ สนทนากลุ่ม 3.แบบประเมิน ความคิดเห็นต่อ การจัดประชุมเชิง ปฏิบัติการ 4.กล้องถ่ายรูป 5. สมุดจดบันทึก 6. เครื่อง บันทึกเสียง	1.ได้กรอบโครงสร้าง รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคไตในชุมชน อำเภอช้างกลาง ฉบับ ร่าง ที่พร้อมให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพ	1. กรอบโครงสร้าง รูปแบบผู้ป่วย โรคไต อยู่ในระดับดีขึ้นไป 2. ความคิดเห็นต่อการ จัดประชุมเชิง ปฏิบัติการ อยู่ใน ระดับดีขึ้นไป	-ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

241

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

2 ขั้นตอนปฏิบัติ (Action) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บ รวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 2.3 ผู้ป่วยวัยโรคโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน	ประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกันพัฒนาชุดความรู้ใน การดูแลผู้ป่วยวัยโรค ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของ ผู้รับผิดชอบงานวัยโรค ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ป่วยวัยโรคในชุมชนแบบ on-site และรับฟังความ คิดเห็นจากผู้ป่วยวัยโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัยโรคทั้ง แบบ online	ระยะเวลา สิงหาคม 2567 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง วัตถุประสงค์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุดจด บันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณ จากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง	1.การสนทนากลุ่ม 2.การประเมิน ความคิดเห็นต่อ การจัดประชุมเชิง ปฏิบัติการในครั้งนี้ 3.การบันทึกเสียง 4 การถ่ายภาพ	1.แบบประเมิน คุณภาพชุดความรู้ ๆ 2.แนวคำถามการ สนทนากลุ่ม 3.แบบประเมิน ความคิดเห็นต่อ การจัดประชุมเชิง ปฏิบัติการ 4.กล้องถ่ายรูป 5. สมุดจดบันทึก 6. เครื่อง บันทึกเสียง	1. ได้ชุดความรู้ใน การดูแลผู้ป่วยวัย โรคในชุมชน สำหรับประชาชน ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อำเภอช้างกลาง อยู่ในระดับดี ขึ้นไป 2. ความคิดเห็นต่อการจัด ประชุมเชิงปฏิบัติการอยู่ใน ระดับดีขึ้นไป อยู่ในระดับดี ขึ้นไป	1. คุณภาพของชุดกิจกรรมใน -ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย -ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย	

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

3 ขั้นสังเกต (Observation)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 3.1 ติดตามการดำเนินงาน พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย วัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน	- ทีมวิจัยและแกนนำ ชุมชนติดตาม ความก้าวหน้าของ แผนการดำเนินงาน ราย รพ.เสตผ่านเวที ประชุมติดตามการ ดำเนินงาน - สังเกตผล โดยเก็บ รวบรวมข้อมูลจากการ ประเมินผลการพัฒนา โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิง ปริมาณและเชิง คุณภาพ	ระยะเวลา สิงหาคม 2567 สถานที่ หน่วยงานราชการ ใน อำเภอช้างกลาง วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุดจด บันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณ จากสำนักงาน สาธารณสุข อำเภอช้าง กลาง	ข้อมูล 1. การสังเกต 2. การประเมินผล การพัฒนารูปแบบ จากความสำเร็จการ ดำเนินงาน สถานการณ์วัณโรค และผู้สัมผัสเสี่ยง สมรรถนะ ความรู้ ใน การดูแลผู้ป่วยวัณ โรค 3. บันทึกภาพ กิจกรรม	ข้อมูล 1. แบบสังเกต 2. แบบประเมิน ความสำเร็จการ ดำเนินงาน 3. ทะเบียนผู้ป่วยและผู้ สัมผัสเสี่ยง 4. แบบประเมิน สมรรถนะ 5. แบบประเมินการมี ส่วนร่วม 6. กล้องถ่ายรูป 7. เครื่องบันทึกเสียง	ได้รูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในชุมชน ที่ เหมาะสมกับ บริบทพื้นที่ อำเภอช้างกลาง	1 ความสำเร็จการ ดำเนินงานการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 2 กลุ่มเสี่ยงสัมผัส ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการ คัดกรอง 3 สมรรถนะการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 4. การมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย วัณโรค	-ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย
วัตถุประสงค์ 1. เพื่อติดตามการ ดำเนินงานตามแผน 2. เพื่อประเมินผลการพัฒนา รูปแบบ จาก 1) บริบทและ สถานการณ์วัณโรค 2) กระบวนการพัฒนา การดูแลผู้ป่วยวัณโรคใน ชุมชน 3) ผลการดำเนินการ ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 4) ปัจจัยความสำเร็จของ กระบวนการ							

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 4.1 ถอดบทเรียนแลกเปลี่ยน เรียนรู้การพัฒนารูปแบบ การเรียนรู้การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยวัยโรคใน ชุมชน	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ปัญหา เรียนรู้การพัฒนา รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยวัยโรคใน ชุมชน	ระยะเวลา สิงหาคม 2567 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง	1. การสังเกต 2. การบันทึกภาพ กิจกรรม 3. การบันทึกเสียง 4. การสัมภาษณ์ 5. การสัมภาษณ์	1. แบบสังเกต 2. แนวคำถาม สำหรับสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ปัจจัย แห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนา	ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัย โรคในชุมชน ได้ข้อตกลงร่วมกัน สอดคล้องกับนโยบายและบริบท พื้นที่อำเภอช้างกลางและนำไปใช้ ในการพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้ป่วยวัยโรคในชุมชน	รายงานสรุป ประชุมถอด บทเรียน แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ฉบับ สมบูรณ์	ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย
วัตถุประสงค์ เพื่อถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ และ ข้อเสนอแนะ ในการ พัฒนารูปแบบ	ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้ชุมชน และ ผู้รับผิดชอบงานวัน โรค	ระยะเวลา บันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณ จากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอช้างกลาง		3. กล้องถ่ายรูป 4. เครื่อง บันทึกเสียง 5. แนวคำถาม สนทนากลุ่ม			

รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

4 ขั้นตอนผล (Reflect) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/ วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 4.2 เวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ระดับชุมชน วัตถุประสงค์ เพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในระดับชุมชน ในประเด็น และปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จในการ ดูแลสุขภาพตำบลใน พื้นที่รับผิดชอบของ อำเภอช้างกลาง	จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ ชุมชน และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในระดับชุมชน ในประเด็น และปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จในการ ดูแลสุขภาพตำบลใน พื้นที่รับผิดชอบของ อำเภอช้างกลาง	ระยะเวลา สิงหาคม 2567 สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ใน พื้นที่รับผิดชอบของ อำเภอช้างกลาง	1. การสังเกต 2. การบันทึก ภาพกิจกรรม 3. การบันทึกเสียง 4. การซักถาม 5. สทนากลุ่ม	1. แบบสังเกต 2. แนวคำถาม สำหรับสนทนา กลุ่ม เกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ และ ข้อเสนอแนะ 3. กถาบายรูป 4. เครื่อง บันทึกเสียง	ได้ร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานการดูแล ผู้ป่วยโรค ระดับชุมชน ได้ข้อตกลงร่วมกัน ระหว่าง ชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ ที่เหมาะสมบริบทพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน อำเภอช้างกลาง	รายงานสรุปการคืน- ข้อมูลสู่ชุมชน และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับชุมชน ฉบับ สมบูรณ์	ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย -ผู้นำชุมชน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวรัตนา กรายแก้ว
วันเกิด	วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2540
สถานที่เกิด	จังหวัดนครศรีธรรมราช
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 198 หมู่ 6 ตำบลช้างกลาง อำเภอลำปางกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80250
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปางกลาง เลขที่ 198 หมู่ 10 ตำบลหลักช้าง อำเภอลำปางกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80250
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2559 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบญจมราชูทิศ จังหวัดนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ พ.ศ. 2567 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ภิโต ชีเว