

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง
จังหวัดนครศรีธรรมราช

Development of a Tuberculosis Care Model Through Community Participation
in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province

รัตนา กรายแก้ว, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์* และ จตุพร เหลืองอุบล
Rattana Kraikaew, Terdsak Promarak* and Jatuporn Luangubol
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Faculty of Public Health, Mahasarakham University

(Received: September 24, 2024; Revised: November 29, 2024 ; Accepted: December 3, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง กันยายน 2567 การศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการศึกษาสถานการณ์ 2) ขั้นการพัฒนาแบบแผน และ 3) การประเมินผลรูปแบบ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 484 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรค 16 ราย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค 12 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 456 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ Pair t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนามาตาม PAOR ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของ สถานการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน 2) วางแผนร่วมกับชุมชน 3) ดำเนินการตามแผน 4) สังเกตและติดตามผล และ 5) สะท้อนผลและถอดบทเรียน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ช้างกลาง “TB-FAST” ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Teamwork การทำงานเป็นทีม 2) Best service การบริการที่ดีที่สุด 3) Find การเพิ่มอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค 4) Access to service การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 5) Success ความสำเร็จในการรักษาวัณโรค และ 6) Technology for health การดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยเทคโนโลยี หลังการพัฒนาแบบแผน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน สูงกว่าก่อนพัฒนาแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การร่วมกันทำงานเป็นทีม การตั้งศักยภาพของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขแต่ส่วนเข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สร้างแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริง ด้วยกระบวนการที่รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และที่สำคัญที่สุดคือ การรับฟังปัญหาและความต้องการที่มาจากผู้ป่วยวัณโรค และด้วยความร่วมมือในการร่วมพัฒนาแบบแผนสู่การทดลองปฏิบัติ และร่วมสะท้อนที่ได้จากการดำเนินงานของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบ, การมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยวัณโรค

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : terdsak.p@msu.ac.th)

Abstract

This action research aimed to develop a tuberculosis care model through community participation in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province. The study was conducted from August 2023 to September 2024 and consisted of three phases: (1) situational analysis, (2) model development, and (3) model evaluation. The total target group included 484 participants, comprising 16 tuberculosis patients and 12 tuberculosis care staff selected through purposive sampling, as well as 456 individuals involved in tuberculosis care in the community, selected through systematic sampling. Data were collected using both quantitative and qualitative methods, including questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussion guides. Data analysis was performed using mean, standard deviation, frequency, percentage, paired t-tests, and independent t-tests.

The study found that the process of developing the tuberculosis care model in the community, following the PAOR steps, included: 1) studying the context, situation, and problems in the community; 2) planning in collaboration with the community; 3) implementing the plan; 4) observing and monitoring the results; and 5) reflecting on the outcomes and drawing lessons learned. The model developed from this study is "Chang Klang TB-FAST," which consists of six components: 1) Teamwork, 2) Best Service, 3) Find (increasing the rate of tuberculosis case detection), 4) Access to Service (access to tuberculosis diagnosis services), 5) Success (success in tuberculosis treatment), and 6) Technology for Health (tuberculosis care with technology). After the model development, the sample group showed significantly higher mean scores for competence, behavior, participation, and satisfaction with the Chang Klang district health network's tuberculosis care in the community compared to before the model development (p -value $< .05$).

The factors for the success of developing tuberculosis care through community participation in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province, included teamwork, harnessing the potential of public health staff from different sectors to participate in tuberculosis care, and creating a practical care model that could be implemented. This was achieved through a process of listening to real problems from stakeholders. Most importantly, it involved listening to the problems and needs of tuberculosis patients. Through collaboration, the model was developed, implemented, and tested, with reflections shared based on the operations of the newly developed model.

Keywords: Model, Participation, Tuberculosis Patients

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยด้วยวัณโรคประมาณ 10 ล้านคน แม้จะเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาให้หายได้ แต่ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคถึง 1.5 ล้านคน (World Health Organization, 2023) โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ในปี พ.ศ. 2558 เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานวัณโรคมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์ของวัณโรคให้น้อยกว่า 10 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2578 (Division of Tuberculosis, 2021) ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High burden country lists) ได้แก่

มีภาระวัณโรคสูง มีภาระวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูงและมีภาระวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) สูง จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2564 พบว่า อัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา (Treatment coverage) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบร้อยละ 53, 57, 74, 80 และ 84 ตามลำดับ ลดลงในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 82 ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 103,000 ราย หรือคิดเป็น 143 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 12,000 ราย และพบว่าในปี พ.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 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (World Health Organization, 2022) จังหวัดนครราชสีมา จัดกิจกรรม ZERO TB นครราชสีมา ปลอดวัณโรค ปี พ.ศ. 2563 เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ อสม.และเจ้าหน้าที่รพ.สต. เพิ่มทักษะและความรู้เกี่ยวกับวัณโรค สนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค (Department of Disease Control, 2020) แต่ก็ยังไม่เป็นผลสำเร็จ โดยจากรายงานพบว่า จังหวัดนครราชสีมาพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สัญชาติไทย ในปี พ.ศ. 2560 - 2565 จำนวน 1,420, 1,301, 1,012, 1,645, 1,726 และ 1,606 ราย ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2024) จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคลดลงในปี พ.ศ. 2562 และกลับเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2564 - 2566 ร้อยละ 81.0, 87.6, 81.71 และ 79.3 (Ministry of Public Health, 2024) มีแนวโน้มลดลง ซึ่งหมายถึงการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้ครบและหายตามระยะเวลา ดำเนินการได้น้อยลงอันเนื่องมาจากวัณโรคปอดติดต่อโดยการหายใจ ขณะไอ จาม พูด หัวเราะ หรือร้องเพลง จะสามารถทำให้เชื้อวัณโรคออกมาจากร่างกายพร้อมกับละอองฝอย น้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ หลังจากรับเชื้อ อากาศของวัณโรคจะปรากฏออกมาซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงอยู่ในชุมชนและเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขล่าช้า หรือบางรายเข้าไม่ถึงบริการ หรือเข้าสู่ระบบบริการแล้วแต่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น ส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคในภาพรวม จึงได้มีแนวทางการคัดกรองวัณโรคเพื่อค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคโดยแบ่งเป็นประชากรทั่วไป และกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค ซึ่งในการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคต้องดำเนินการอย่างบูรณาการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Integrated, Patient-centered cares) รวมถึงการช่วยเหลือดูแลสุขภาพจิตและด้านเศรษฐกิจสังคม ไม่ให้ผู้ป่วยถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติจากสังคม สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้มากที่สุด (Division of Tuberculosis, 2021) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาที่บ้านยังคงต้องอยู่ในชุมชน การดูแลสุขภาพในชุมชนนั้นควรเป็นการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วมด้วย โดยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างครอบครัวกับหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมีเป้าหมายคือการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ไม่ต้องเป็นภาระหรือพึ่งพิงผู้อื่น และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การดำเนินงานด้านวัณโรค อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลพ่อนาคค่ายาจากสิทธิ ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 อำเภอช้างกลาง มีผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 36 ราย สามารถจำแนก รายตำบล พบว่า ตำบลหลักช้าง มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด 20 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 15 ราย กลับเป็นซ้ำ 3 ราย ผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากล้มเหลว 1 ราย และผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากขาดยา 1 ราย รองลงมาเป็นตำบลช้างกลาง มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 13 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยรายใหม่ 12 ราย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ 1 ราย และตำบลสวนขัน พบผู้ป่วยวัณโรคน้อยที่สุด 3 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยรายใหม่ 2 ราย และผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากขาดยา 1 ราย การจัดการวัณโรคในอำเภอช้างกลางมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อควบคุมและลดการแพร่กระจายของโรคในชุมชน แต่ยังคงพบปัญหาบางประการที่ต้องได้รับการแก้ไข เช่น ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งอาจเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาหรือขาดยา ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพน้อยลง

จากปัญหาผู้ป่วยวัณโรคขาดการรับยาตามนัด ส่งผลต่อการขาดการรักษา ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) ในอนาคตได้ ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน มาใช้ในการศึกษารั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชให้มีประสิทธิภาพ ลดอัตราป่วย ผู้ป่วยหายจากโรค และไม่กลับมาเป็นซ้ำ ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

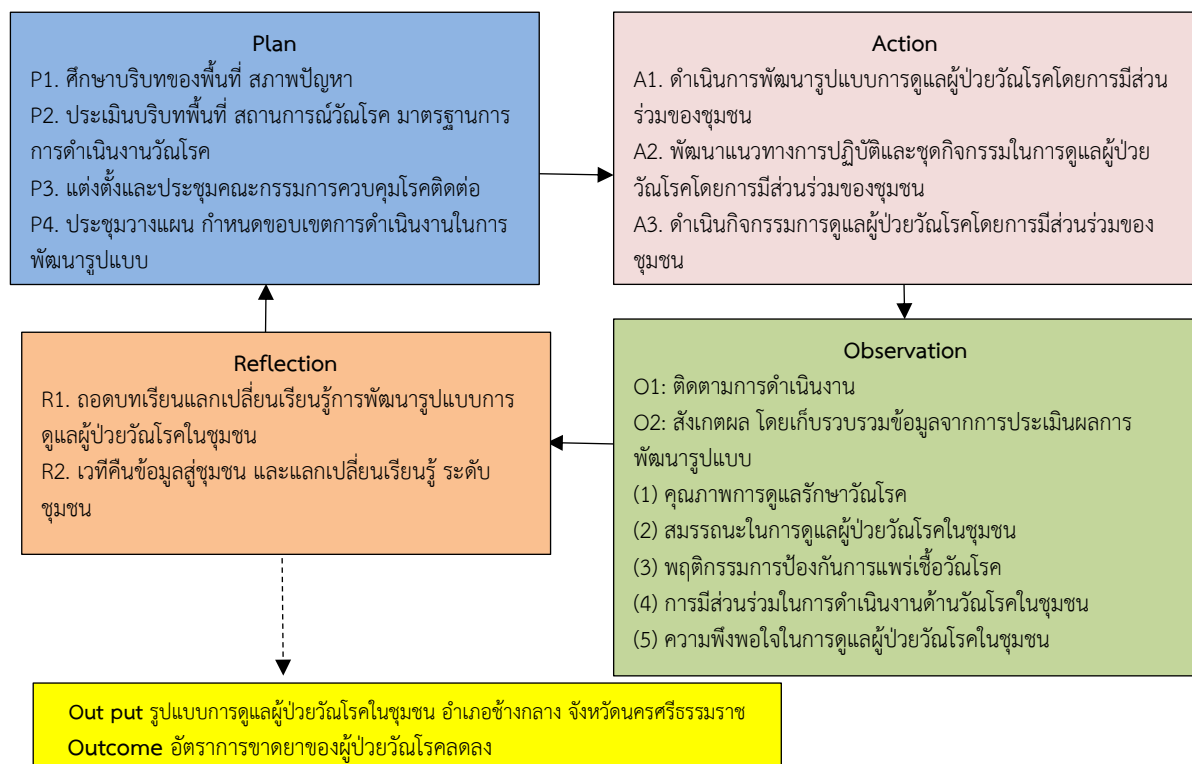
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในชุมชน ใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 484 คน ซึ่งประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรค 16 ราย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค 12 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 456 คน ได้แก่ 1) ผู้ใหญ่บ้าน 36 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 36 คน และ 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค 16 คน (4) ภาคประชาชน โดยการคำนวณจำนวนครัวเรือน 8,309 ครัวเรือน ด้วยสูตรของ Daniel (1999) ได้ 368 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค 16 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค 16 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 72 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค 12 คน รวมเป็น 116 คน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการพัฒนารูปแบบและศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค 16 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค 16 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค 12 คน อสม. 36 คน ผู้ใหญ่บ้าน 36 คน และภาคประชาชน 30 คน รวมเป็น 146 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเชิงปริมาณ สำหรับกลุ่มดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยมีส่วนร่วมของชุมชน ใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช จำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 2) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน 4) ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และ 5) คุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค

2. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ 5 ส่วน ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ชุดที่ 2 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ชุดที่ 3 แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชุดที่ 4 แบบบันทึกการถอดบทเรียน ชุดที่ 5 แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่สร้างและพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ นำไปตรวจสอบคุณภาพ โดยให้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านเกี่ยวกับวัณโรค มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการส่งเสริมและป้องกันวัณโรค จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ โดยมีแล้วนำมาวิเคราะห์หาเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่า Cronbach's alpha coefficient แบบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน แบบประเมินส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจของท่านต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปอดในชุมชน มีค่าเท่ากับ 0.90, 0.89, 0.80 และ 0.93 ตามลำดับ ค่าอำนาจจำแนกของสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีค่าอยู่ในช่วง 0.27-0.81 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน มีค่าอยู่ในช่วง 0.21-0.67 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน มีค่าอยู่ในช่วง 0.54 -0.85 และความพึงพอใจของท่านต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน มีค่าอยู่ในช่วง 0.54 -0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative method) และเชิงปริมาณ (Quantitative method) ศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 โดยการจัดการข้อมูล ผู้ศึกษาได้นำข้อที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกตการสอบถาม โดยวิธีการดังนี้

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

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ตำแหน่ง ระดับการศึกษา รายได้ หน่วยงานที่สังกัด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และมีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นวัณโรค

2. สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ก่อนและหลังการเข้าพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 469-391/2567 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช (n=484)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	315	65.08
ชาย	169	34.92
อายุ (ปี)		
M= 45.70, S.D.= 14.85		
สถานภาพสมรส		
สมรส	296	61.16

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โสด	159	32.85
หม้าย	14	2.89
หย่า/แยก	15	3.10
ศาสนา		
พุทธ	484	100.00
คริสต์	0	0.00
อิสลาม	0	0.00
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	45	9.30
รับจ้างทั่วไป	125	25.83
เอกชน	69	14.26
เกษตรกร	174	35.95
ธุรกิจส่วนตัว	65	13.43
อื่นๆ	6	1.24
รายได้		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	58	11.98
10,001 – 20,000 บาท	251	51.86
20,001 – 30,000 บาท	111	22.93
มากกว่า 30,000 บาท	64	13.22
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	76	15.70
มัธยมศึกษาต้น	154	31.82
มัธยมศึกษาปลาย	108	22.31
อนุปริญญา	83	17.15
ปริญญาตรี	63	13.02
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	356	73.55
โรคเบาหวาน	79	16.32
โรคความดันโลหิตสูง	42	8.68
โรคหัวใจ	6	1.24
โรคมะเร็ง	1	0.21
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	435	89.88
เคยสูบบุหรี่	31	6.40
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	18	3.72
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	436	90.08
เคยดื่มแอลกอฮอล์	24	4.96
ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์อยู่	24	4.96
มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นวัณโรค		
ไม่มี	437	90.29

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มี	47	9.71

จากตาราง 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.08 ($M = 45.70$, $S.D. = 14.85$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 61.16 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ในกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.95 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 51.86 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.80 กลุ่มตัวอย่างพบเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.30 รองลงมาเป็น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.68 มีประวัติเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.08

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นใหม่จากการศึกษานี้ คือ ช้างกลาง “TB-FAST” ได้แก่

2.1 Teamwork หมายถึง การทำงานเป็นทีม เพื่อดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการดำเนินงานเป็นทีมด้วยสหวิชาชีพ ให้ผู้ป่วยสามารถรักษาวัณโรคหายและไม่กลับมาเป็นซ้ำ เน้นการทำงานเชิงรุกในผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาเรื่องขาดยา ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง ได้รับการดูแลแบบองค์รวม

2.2 Best service หมายถึง การบริการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยคำนึงถึงสิทธิและการรักษาความลับของผู้ป่วย ลดการตีตรา เพิ่มช่องทางการรับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพประกอบด้วย

2.2.1 การติดตามรับประทานยาที่ผู้ป่วยสามารถเลือกช่องทางการเข้ารับบริการได้ตามความต้องการและความสะดวกของผู้ป่วย โดยกระบวนการดูแลผู้ป่วยรับประทานยาด้วยการสังเกตโดยตรง (DOT) ต้องเป็นไปในลักษณะที่ไม่ก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อาจบริหารจัดการได้โดยเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ในขณะที่เดียวกันก็สามารถดำเนินการโดยสมาชิกในชุมชนขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ต้องมีการประเมิน ติดตามอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 ช่องทางการรายงานอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาวัณโรค เจ้าหน้าที่เพิ่มช่องทางติดต่อให้กับผู้ป่วยหากมีความสงสัยในอาการผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดจากอาการแพ้ยาหรือผลข้างเคียงที่ผ่าน Line official ที่สามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยมีเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขดูแลตรวจสอบการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

2.2.3 แนะนำปรึกษาการรับประทานอาหารแก่ผู้ป่วยวัณโรค โดยนักโภชนาการเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการตรวจติดตามหรือมาตามนัดพบของแพทย์ หากผู้ป่วยวัณโรคมีความประสงค์ที่ต้องการปรึกษาด้านโภชนาการสามารถปรึกษาได้ผ่านช่องทางการสื่อสารของ Line open chat ผู้ป่วยสามารถปรึกษาเรื่องการรับประทานอาหารได้โดยไม่ต้องกังวลถึงการเปิดเผยตัวตน รวมถึงการสร้างสื่อออนไลน์เรื่องโภชนาการที่สามารถเข้าใจได้ง่าย เช่น การรับประทานอาหารทดแทน

2.3 Find หมายถึง การเพิ่มอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การค้นหากลุ่มเสี่ยงวัณโรค สามารถดำเนินการได้โดยการสอบสวนโรค ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยในการอธิบายการเกิดและแพร่ของเชื้อวัณโรค เน้นการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด เชื่อมโยงไปยังกลุ่มต่างๆตลอดจนทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากผู้ป่วยไปยังผู้สัมผัส เพื่อให้สามารถกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน โดยกำหนดให้มีการสอบสวนโดยเร็ว หรือภายใน 12 ชั่วโมง (กรณีพบผู้ป่วยวัณโรคตื้อยา)

2.4 Access to service หมายถึง การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค เนื่องด้วยประชาชนที่มีความประสงค์จากเข้ารับการตรวจวัณโรค อาจมีความกังวลถึงขั้นตอนและความยุ่งยากของการเข้ารับบริการ รวมถึงการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเปราะบาง เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม โดยมี อสม. ในหมู่บ้าน ดำเนินการสำรวจ ส่งข้อมูลผ่านเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขใน รพ.สต. ส่งต่อโรงพยาบาล

ซึ่งผลการตรวจจะได้รับ การเก็บเป็นความลับ ผู้ที่เข้ารับการตรวจจะได้รับผล และแจ้งยืนยันผลจากแพทย์ผู้รับ การตรวจเท่านั้น โดยมีกิจกรรมดังนี้

2.4.1 ส่งใจ ส่งยา รักษาหาย เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการจัดส่งยา พร้อมติดตาม การรับประทานยา โดยสามารถให้เจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล หรือ อสม. ในชุมชนเป็นผู้ติดตามการรับประทานยาทุกครั้ง ที่ได้รับยา ผู้ป่วยจะได้รับข้อความให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สร้างกำลังใจในการรับประทานยาจนครบตามระยะเวลา

2.4.2 TB find เป็นกิจกรรมที่ให้ อสม. แต่ละหมู่บ้านประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองวัณโรคใน พื้นที่ โดยสามารถส่งรายชื่อผ่าน อสม. ในพื้นที่ หรือแจ้งความประสงค์ให้กับเจ้าหน้าที่ และจะดำเนินการนัด ต่อไป โดยบางพื้นที่ในชุมชนที่ยังพบปัญหาพบผู้ป่วยซ้ำ มีความจำเป็นต้องดำเนินการเชิงรุกเพราะยังมี กลุ่มเปราะบางในพื้นที่ที่ยากจะเข้าถึง โดยเฉพาะเด็กเล็กและผู้สูงอายุซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำทำให้ได้รับการตรวจ คัดกรองหากมีความเสี่ยง

2.4.3 Home care ดูแลใจในบ้าน เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่รวมบ้านกับสมาชิกในบ้าน ทั้งผู้ป่วยวัณโรคและสมาชิกในบ้านต้องได้รับการแนะนำเรื่องปฏิบัติตัว ทำความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันได้ อย่างปลอดภัยที่สุด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการประเมินสภาพบ้านความเป็นอยู่ แนะนำกับปฏิบัติตัว และช่วยหาแนวทางการอยู่ร่วมกัน โดยสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสบายใจ ลดการตีตรา การกล่าวโทษกันใน ครอบครัว โดยอาจร่วมกับทีม MCATT หรือทีมเยี่ยมยาจิตใจที่มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารและ สร้างความเข้าใจกับครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับความต้องการและสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยวัณโรค แต่ละราย

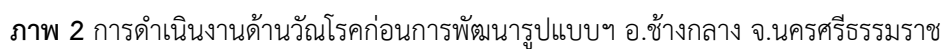
2.5 Success หมายถึง ความสำเร็จในการรักษาวัณโรค การรักษาวัณโรคสำเร็จนั้นคือผลรวมของ ผู้ป่วยที่รักษาหาย (Cured) และรักษาครบ (Treatment completed)

2.6 Technology for health การดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยเทคโนโลยี การนำระบบสื่อสาร ช่องทาง การสื่อสารที่ทันสมัยเข้ามาให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร สอบถาม หรือต้องการนัดพบเจ้าหน้าที่เพื่อ ปรึกษาปัญหาระหว่างการรักษา โดยมีกิจกรรม ดังนี้

2.6.1 Ask me ถามได้สบายใจ เป็นช่องทางที่เพิ่มเติมให้ประชาชน หรือผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถ สอบถามข้อมูล ปัญหา ข้อสงสัย ได้ตลอด โดยผ่าน Line official และ Line open chat รวมถึงสื่อสังคม ออนไลน์ Page facebook โดยการสอบถามผู้ถามไม่จำเป็นต้องเปิดเผยชื่อ หรือตัวตน สามารถสอบถามข้อมูลได้ อย่างสบายใจ

2.6.2 DOT with me ช่องทางการติดตามการรับประทานยาด้วยการสังเกตโดยตรง (DOT) โดยที่ ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมายัง รพ.สต. หรือ รพ. ทุกวัน สามารถขอรับบริการได้โดยใช้ระบบออนไลน์ เช่น VOT (Video-observed treatment) โดยผู้ป่วยวัณโรคสามารถเลือกช่องทางที่ตนเองสามารถเข้าถึงได้

ดั่งภาพ 2



10/15

ตาราง 2 เปรียบเทียบสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรค และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

ตัวแปร	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ		t	p*
	M	S.D.	M	S.D.		
ผู้ป่วยวัณโรค (n=16)						
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.17	0.62	2.52	0.84	7.432	.006
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	1.98	0.74	2.43	0.86	11.047	< .001
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
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	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
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

จากตาราง 2 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p = .006, < .001, .022$ และ $.014$) ตามลำดับ ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p = .001, .018, .006$ และ $.022$) ตามลำดับ และกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p = .002, .030, .016$ และ $.009$) ตามลำดับ

4. ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ คณะกรรมการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของ อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ทั้ง 5 มาตรฐาน ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมโรค 2) การค้นหาและคัดกรอง 3) การรักษา 4) การบริหารจัดการ และ 5) การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมไม่ผ่านการประเมิน

หลังการพัฒนารูปแบบ ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของ อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ทั้ง 5 มาตรฐาน ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมโรค 2) การค้นหาและคัดกรอง 3) การรักษา 4) การบริหารจัดการ และ 5) การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมผ่านการประเมิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 97.50

ตาราง 3 คะแนนการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช

ข้อกำหนด	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ
มาตรการที่ 1 การป้องกันควบคุมโรค	15	21
มาตรการที่ 2 การค้นหาและคัดกรอง	13.5	18.5
มาตรการที่ 3 การรักษา	11	17
มาตรการที่ 4 การบริหารจัดการ	22	23
มาตรการที่ 5 การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค	16	18
คิดเป็นร้อยละ	77.50	97.50
ผลการประเมิน	ไม่ผ่าน	ผ่าน

อภิปรายผล

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาในการศึกษานี้ คะแนนประเมินคุณภาพรูปแบบ ด้านความถูกต้อง ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเป็นประโยชน์ และคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ทำให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของ อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ที่เรียกว่า ช้างกลาง “TB-FAST” ที่มีทั้งหมด 6 ประการ ซึ่งมีคุณลักษณะที่ช่วยเพิ่มเติมช่องว่างของการดำเนินงานด้านวัณโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยวัณโรคเป็นสำคัญ มีแผนการดำเนินงานที่รองรับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้ประโยชน์จากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถรักษาได้ครบตามระยะเวลาและหายจากโรคโดยไม่กลับมาเป็นซ้ำ โดยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคการที่ผู้ดูแลโดยเฉพาะครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีกำลังใจในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Prajum (2021) ที่พบว่า ผลจากการจัดกิจกรรมปฏิบัติการทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นการพยาบาลที่เน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันใกล้ชิดกัน ดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้การรักษาประสบผลสำเร็จ ซึ่ง อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ได้ออกแบบและพัฒนาขึ้นมาจากฐานคิดของการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ มีระบบงานและกลไกที่ชัดเจน วิธีการดำเนินงานที่ชัดเจนตามองค์ประกอบของรูปแบบ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Teamwork การทำงานเป็นทีม 2) Best service การบริการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 3) Find การเพิ่มอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค 4) Access to service การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 5) Success ความสำเร็จในการรักษาวัณโรค และ 6) Technology for health การดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยเทคโนโลยี

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน หลังจากพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องจากในกระบวนการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ ได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนมีความเข้าใจจนสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่เมื่อได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด ด้วยช่องทางที่สะดวกรวดเร็ว ลดภาระการเดินทาง ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถทำกิจกรรมอื่นที่ต้องการได้โดยไม่ต้องกังวลถึงการติดตามของเจ้าหน้าที่ เนื่องด้วยกระบวนการพัฒนารูปแบบได้มีการวางแผนที่เป็นผลมาจากการสะท้อนปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงานจริงของเจ้าหน้าที่ โดยมีการทบทวนทักษะต่าง ๆ ให้กับเจ้าหน้าที่ เช่น ทักษะในการประเมินสุขภาพจิต อารมณ์ ของผู้ป่วยวัณโรค ทักษะการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยวัณโรค ทักษะการให้กำลังใจ เมื่อได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับวัณโรค ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขสามารถดำเนินงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sawangsri (2019) ที่พบว่า การพัฒนา

ทักษะและศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร การกำหนดแนวทางและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนที่เลี้ยงระดับอำเภอ เป็นที่ปรึกษา มีการติดตามและเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การแก้ปัญหาโรคในชุมชนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดและยั่งยืน

พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อโรคในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน หลังจากพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องด้วยกระบวนการพัฒนารูปแบบที่สามารถออกแบบกิจกรรมที่ให้เข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคอย่างแท้จริง เหมาะกับบริบทของพื้นที่ อ.ช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อผู้ป่วยโรคได้รับการสื่อสารที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถเฉพาะด้านทำให้ผู้ป่วยโรคเกิดความเข้าใจ เป็นผลให้พฤติกรรมในการป้องกันการแพร่เชื้อโรคในชุมชนสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ เช่นเดียวกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อโรคในชุมชนของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านโรค หลังจากพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยมีการจัดกิจกรรมทบทวนการปฏิบัติอย่างถูกต้องในการปฏิบัติงานโรค จัดประชุมทบทวน ถอดบทเรียน เสนอแนะหลักการที่สะท้อนการมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อโรคในชุมชนได้อย่างถูกต้อง สร้างศักยภาพในการทำงานด้วยความรอบรู้และปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dana & Thessingha (2023) ที่พบว่า หลังการพัฒนาแนวทางการดูแลและดำเนินกิจกรรมดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมิน การวางแผนให้การพยาบาลและการสะท้อนปัญหาอุปสรรคจากการดูแลที่บ้านและการประเมินผลลัพธ์การดูแล และการตรวจติดตามประเมินผลการรักษาเป็นระยะๆ ช่วยให้ผลการรักษาประสบผลสำเร็จได้ด้วยดี และมีโอกาสหายขาดจากโรคในระดับที่สูงด้วย

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านโรคของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มผู้ป่วยโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน หลังการพัฒนาแบบ อยู่ในระดับสูง และสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ เป็นผลเนื่องมาจากในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความตระหนักในปัญหาโรค และต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ตั้งแต่การสะท้อนปัญหา การวางแผนการเสนอแนวทางการแก้ปัญหา โดยการดูแลผู้ป่วยโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรค เพราะการตีตรา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลและไม่สบายใจ การที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม มีส่วนในการดำเนินงานด้วยความเข้าใจ จึงทำให้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านโรคอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ

ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช พบว่า หลังการพัฒนาแบบ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงและสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยเมื่อมีการสะท้อนปัญหาในการให้บริการด้านโรคที่ประกอบไปด้วย 1) ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ 2) ความพึงพอใจด้านบุคลากร 3) ความพึงพอใจด้านสถานที่ และ 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งเมื่อพิจารณาจะพบว่า ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในประเด็นความมั่นใจในบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่และประเด็นจุดบริการรองรับเฉพาะผู้ป่วยโรค แยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยโรคมีความสะดวกในการรับบริการ ลดการสัมผัสบุคคลอื่น ผู้ป่วยโรคมีความสบายใจเพิ่มมากขึ้น และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลก็สามารถปฏิบัติงานได้สะดวก มีพื้นที่สำหรับพูดคุยสื่อสาร โดยที่ไม่มีผู้เข้ารับบริการอื่นๆอยู่ด้วย ซึ่งความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและผู้ป่วยโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน มีเพิ่มมากขึ้นหลังจากพัฒนารูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Opathakoon & Temesak (2007) ที่พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรค ที่มีต่ออาสาสมัครโรค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะทำงานโรค โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีต่อกัน ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วย และคณะทำงานมีความสุขกับกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลซึ่งกันและกัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) สามารถแบ่งได้เป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย 2) การเข้าใจชีวิตบุคคล 3) การหาหนทางร่วมกัน 4) การสร้างสรรค์งานป้องกัน ส่งเสริม 5) ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี และ 6) อยู่บนความเป็นจริง โดยพบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคหลังจากพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของKanjungsi (2022) ที่พบว่า การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเป็นหัวใจสำคัญที่ได้มีการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อว่าสมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพัน มีความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน ดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษามากยิ่งขึ้น ดังจะพิจารณาได้จากองค์ประกอบของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care)

การนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้ โดยการนำกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมาใช้ในการปรับปรุงรูปแบบการดูแลในบริบทพื้นที่ชุมชนต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่และความแตกต่างของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ และความสามารถทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปพัฒนาและปรับปรุงได้โดยการเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ด้วยการฝึกอบรมและให้การสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ ทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนมีประสิทธิภาพสูงสุดและสอดคล้องกับความต้องการและข้อจำกัดของพื้นที่นั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อให้สามารถติดตามผลของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในระยะยาวและประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนได้มากขึ้น และควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคเพื่อให้สามารถป้องกันโรค ควบคุมวัณโรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

References

- Dana, K., & Thessingha, C. (2023). The development of caring guideline for pulmonary tuberculosis patients by family and community involvement. *Journal of Environmental and Community Health*. 8(2), 150-159.
- Department of Disease Control. (2016). *Guidelines for prevention and control of tuberculosis transmission*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2020). *The Ministry of Public Health continues the “ZERO TB Thailand” project in the activity “ZERO TB Nakhon Si Thammarat, Tuberculosis-free”*. Retrieved July 4, 2023 from <https://ddc.moph.go.th/odpc11/news.php?news=11055&deptcode=>. (in Thai)
- Division of Tuberculosis. (2021). *National tuberculosis control programme guideline, Thailand 2021*. Retrieved August 10, 2023 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1253220220330064337.pdf>. (in Thai).
- Kanjungsi, D. (2022). Development aimed to develop a nursing service system for TB patients “Dots, s Intrend”. *Journal of Environmental and Community Health*, 7(1), 169- 203.

- Ministry of Public Health. (2024). *Provincial health data center (HDC) Health data warehouse system*. Retrieved July 4, 2023 form https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=7a18700f863ca0f12e569688b0763db4&id=256263ae8c90f93b37d3fd1c444ad900. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2024). *Treatment success rate for new pulmonary tuberculosis patients*. Retrieved July 20, 2023 form https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1592&kpi_year=2564&lv=2&z=11. (in Thai)
- Opathakoon, S. & Temeesak, D. (2007). An evaluation tuberculosis patients care with directly-observed treatment by participation of local administration organizations, Mae Taeng district, Chiang Mai province. *Lanna Public Health Journal*, 3(3), 330-340
- Prajum, A. (2021). Development of a continuing care model for tuberculosis patients in Khukhan district, Sisaket province. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 7(1), 210-221.
- Sawangsri, W. (2019). Development of tuberculosis care model in community, Mueang district Mahasarakham province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 16(3), 116-129.
- World Health Organization. (2023). *Tuberculosis*. Retrieved August 13, 2023 form <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- World Health Organization. (2022). *Global tuberculosis report 2022*. Retrieved August 10, 2023 form <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>.