การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

Development of a Model of Tuberculosis Prevention and Control by Community Participation at Satuek District, Buriram Province

สำเริง ซึมรัมย์ [1] จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์[2] และสมศักดิ์ ศรีภักดี[3]

Samrerng Sumram,[1] Jirapa Siriwatanamethanon [2] and Somsak Sripugdee[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินงานและผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตน การมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 48 คน สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired sample t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนมีการสร้างแกนนำวัณโรคและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างมีส่วนร่วม 4 โครงการ คือ 1) โครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค 2) โครงการชุมชนร่วมใจค้นหาผู้ป่วยวัณโรค 3) โครงการรณรงค์หมู่บ้านสะอาด 4) โครงการพัฒนาเครือข่ายดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค แล้วนำรูปแบบไปปฏิบัติโดยชุมชน ประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการเยี่ยมบ้านและการดูแลให้กำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ใส่ใจดูแลและพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ชุมชนได้มีส่วนร่วมดำเนินงานในทุกขั้นตอน และมีภาคีเครือข่ายระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันวัณโรคในชุมชน ส่วนความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของประชาชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ : วัณโรค การมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค

ABSTRACT

The objectives of this research were to develop a model of tuberculosis prevention and control, to study the model implementation process and the outcomes of model implementation to prevent and control tuberculosis, and to compare the knowledge, attitude

[1] นิสิตปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[3] นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

and practice as well as community participation before and after model implementation. Forty-eight samples were selected by purposive sampling. The statistics used in the analysis of quantitative data were frequency, percentage, mean, standard deviation and paired sample t-test. Qualitative data was analyzed using content analysis. The result revealed that the community is a mainstay in the prevention and control of tuberculosis. The community developed four projects: 1) home visits with TB patients, 2) finding TB patients in the community, 3) village cleaning and 4) development of an integrated care network for TB patients. The four projects were implemented by the community participation. Outcomes of the project implementation showed that TB patients receiving home care and continuous encouragement from the community. Caregivers took the TB patients to see the doctor at the time of the appointment. Community members participated in the implementation process. A collaborative network between the community and government agencies was developed to monitor, prevent and control tuberculosis in the community. The average scores of knowledge, attitude and practice in the prevention and control of tuberculosis in the community members and the community participation were increased, statistically significant ($p < 0.001$), after model implementation.

Keywords : Tuberculosis, Community Participation, Model of Tuberculosis Prevention and Control

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข เป็นสาเหตุการป่วยและการตายในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากการแพร่กระจายของโรคเอดส์ ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และตั้งแต่เดือนเมษายน 2536 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉิน และต้องการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกรายงานว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรค ซึ่งพบผู้ป่วยวัณโรคหรือความชุกในภูมิภาคต่างๆของโลกประมาณ 16-20 ล้านคน ประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้ 8-10 ล้านคน เป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ และแต่ละปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 8.4 ล้านคน มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.9 ล้านคน โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา [1] ปี พ.ศ.2553 องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 18 ของโลกในจำนวน 22 ประเทศที่มีปัญหาด้านวัณโรคสูง โดยคาดการว่าจะมีผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อรายใหม่ประมาณ 92,300 คน ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่ง

[1] Master degree student, Health System Management Major, Faculty of Public Health, Mahasarakham University
[2] Assoc. Prof. Faculty of Nursing, Mahasarakham University
[3] Public Health Technical Officer, Buriram provincial Public Health Office

หรือ 44,475 คน เป็นผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของวัณโรคในประเทศไทย มีรายงานอัตราป่วยวัณโรคปอด 5 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2549-2553 เรียงตามลำดับ คือ 40.10, 34.32, 42.12, 48.00, 46.20 ต่อประชากรแสนคน

จังหวัดบุรีรัมย์ พบผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ปีละประมาณ 1,000 คน อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานการณ์วัณโรค 5 ปี ย้อนหลัง พ.ศ.2549-2553 เรียงตามลำดับ คือ 49.19, 46.66, 40.27, 54.00, 59.78 ต่อประชากรแสนคน ในอำเภอสตึก พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ปีละประมาณ 110 คน โรงพยาบาลสตึก รายงานสถานการณ์วัณโรค 5 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2549-2553 มีอัตราป่วยตามลำดับ คือ 110.91, 123.64, 97.27, 86.86, 108.15 ต่อประชากรแสนคน[6]

การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากคนในชุมชนจะมีสุขภาพดีหากคนปรับทัศนคติ และการลงมือปฏิบัติเพื่อต่อต้านสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ การวางแผนบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ระดมทรัพยากรในชุมชน โดยเฉพาะกำลังคนสามารถระดมได้อย่างไม่จำกัด จะถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการสร้างสุขภาพ และการมีสุขภาพดี เป็นเรื่องของความเท่าเทียม โดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ เพศ ฐานะ การศึกษา ชุมชนจะช่วยกันปกป้องไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิในเรื่องสุขภาพ ลักษณะงานวัณโรคในชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมได้หลายอย่าง ได้แก่ การมีแกนนำชุมชนเป็นผู้ดูแลการรับประทานยาทุกวันให้แก่ผู้ป่วยวัณโรค การสนับสนุนเรื่องการรักษาแก่ผู้ป่วยโดยชุมชน การค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรคเพื่อให้ได้รับการตรวจจากโรงพยาบาล การสร้างความตระหนักเรื่องวัณโรคในชุมชน ให้ความสนใจและยอมรับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา[2] การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลการดำเนินงาน ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคและประชาชนมีความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรคได้อย่างถูกต้อง และผู้ป่วยรักษาหายขาดมากขึ้น[3] การจัดการแบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการสร้างเสริมพลังอำนาจ ทำให้ภาคีสุขภาพมีความรู้ การปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคที่ดีขึ้น [4]

การควบคุมวัณโรคของประเทศไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา สาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้การดำเนินงานไม่สามารถบรรลุผล ได้แก่ ผู้ป่วยมีญาติเป็นผู้กำกับการกินยา โดยขาดการติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดการสนับสนุนจากชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค[5] และจากการเก็บรวบรวมข้อมูล เบื้องต้น โดยการนิเทศประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของอำเภอสตึก ปี 2554 สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ป่วยวัณโรค ผู้สัมผัสร่วมบ้าน และประชาชน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาการเจ็บป่วยวัณโรค อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ พบสาเหตุด้านต่างๆ คือ ด้านผู้ป่วย ผู้สัมผัสร่วมบ้าน และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ยังขาดความรู้เรื่องวัณโรค การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ ส่วนใหญ่จะพบประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวเคยมีผู้ป่วยวัณโรค ด้านชุมชน สาเหตุสำคัญที่ทำให้ชุมชนมีปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรค คือขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน และชุมชนยังไม่ตระหนักถึงปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรค ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดการติดตามดูแลผู้ป่วย และการประสานงานป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง[6]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน ประชาชน ผู้ป่วย และผู้สัมผัสร่วมบ้าน ในการจัดทำแผนและนำไปปฏิบัติในชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ[7]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ และเพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตน ในการมีส่วนร่วมของในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ของผู้เคยป่วยด้วยวัณโรค ผู้สัมผัสร่วมบ้าน และประชาชน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแสวงหาอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : FSC) โดยศึกษาการดำเนินงานผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองยาง อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

โดยใช้ประชากรศึกษาใน ตำบลกระสัง อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นตำบลที่มีอัตราป่วยผู้วัณโรคสูงสุดในอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกหมู่บ้านที่มีแนวโน้มอัตราป่วยวัณโรคสูง คือ หมู่ที่ 8 บ้านหนองยาง ตำบลกระสัง อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ และเป็นพื้นที่ที่ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้เคยป่วยด้วยวัณโรค ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประชาชนตัวแทนหลังคาเรือน (กลุ่มเสี่ยง) ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวม 48 คน

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแสวงหาอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : FSC) รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดย การสังเกตการปฏิบัติงานแบบมี ส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ประกอบด้วยคำถาม แบ่งเป็นส่วนๆ คือ ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อปี

เครื่องมือ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือก คือ ใช่ ไม่ใช่

ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรค ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดไว้ 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ

การปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดไว้ 3 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวก ด้านลบ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรค แบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงตรง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา ด้านความรู้ 0.74 ด้านทัศนคติ 0.75 ด้านการปฏิบัติตน 0.74 และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน 0.91

รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตน และการมีส่วนร่วมของชุมชน กับกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและจดบันทึกกิจกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ การสนทนากลุ่มย่อยก่อนการพัฒนา ประกอบด้วยประเด็น ปัญหาและสาเหตุของวัณโรคในชุมชน การให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุนผู้ป่วยวัณโรค กิจกรรมที่ดำเนินการป้องกันและ

ควบคุมวัณโรคในปัจจุบันเป็นอย่างไร และสนทนากลุ่มย่อยหลังการพัฒนาในประเด็น การมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการปฏิบัติงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน การสัมภาษณ์เจาะลึกในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ในประเด็น ปัญหาความรู้และ วิธีป้องกันวัณโรค ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการ มีส่วนร่วมของชุมชน

การวัดและแปลผลความรู้เกี่ยวกับวัณโรคให้คะแนนตามแบบอิงเกณฑ์ของบลูม[8] แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับคือระดับสูง ระดับความรู้ปานกลาง ระดับความรู้ต่ำ น้อยกว่า การวัดและแปลผลทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรค ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์ให้คะแนนตามมาตราวัดของลิเคอร์ท (Likerts Scale)

การวัดและแปลผลการปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรค ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์ให้คะแนนตามมาตราวัดของลิเคอร์ท

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคล และใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคก่อนและหลังการพัฒนา ด้วยสถิติ Paired sample t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนในการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ประกอบด้วย

ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตนและการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมวัณโรคก่อนการพัฒนา วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน เป็นการใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแสวงหาอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : FSC) ในการจัดทำแผนงาน / โครงการ

มีขั้นตอน การปฏิบัติการ (Action) ระยะเวลา 10 สัปดาห์ เป็นการปฏิบัติงานตามแผนงาน / โครงการ ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอน การสังเกตการณ์ (Observing) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์การนิเทศตรวจเยี่ยม สนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บ

รวบรวมผลที่ได้จากแผนงาน / โครงการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) และร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน

ในช่วง การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เดือน ตุลาคม 2555 ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ถอดบทเรียน เพื่อนำข้อมูลมาสะท้อนผล ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในวงรอบ โดยการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตน และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรค หลังการพัฒนา

ผลการศึกษา

ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ช่วงอายุ 41-50 ปี อายุเฉลี่ย 46.75 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา และส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา และบางส่วนทำไร่อ้อย ทำสวนยางพารา มีรายได้เสริมจากการ ทำขนมถ้วยเร่ขาย ชุมชนจะมีความสัมพันธ์กันที่ เข้มแข็ง มีกลุ่มองค์ต่างๆ เช่น ร้านค้าสวัสดิการชุมชน กองทุนหมู่บ้าน กลุ่มวงมโหรี เมื่อประชาชนเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระสัง โรคเรื้อรังที่พบมากในชุมชน คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค ส่วนการวิเคราะห์ปัญหาวัณโรคในชุมชน จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง 5 ปี และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่าผู้ป่วยวัณโรคบ้านหนองยาง มีมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ด้านความรู้ การปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรคของประชาชน ยังไม่ถูกต้องในบางเรื่อง เช่น เวลารับประทานอาหารไม่ได้ใช้ช้อนกลาง การบ้วนเสมหะลงพื้น เวลาไอหรือจามไม่ได้ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก ด้านความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้รับความช่วยเหลือ และชุมชนยังไม่มีกิจกรรมหรือโครงการแก้ไขปัญหาวัณโรค การประชุมกลุ่มย่อย พบว่า แกนนำชุมชนส่วนใหญ่ ไม่ทราบสถานการณ์ปัญหาวัณโรคในชุมชนของตนเอง ขาดการประสานงานและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรค

แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของชุมชน และวิเคราะห์กำหนดอนาคตร่วมกัน โดยแกนนำวัณโรคได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบเดิมที่เคยดำเนินการ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่

สิ่งที่เปรียบเทียบ	รูปแบบเดิมที่ผ่านมา	รูปแบบใหม่ที่พัฒนา	ผลการเปรียบเทียบ
ด้านผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค	ผู้ป่วยไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง บางรายยังดื่มสุราในระหว่างการรักษา	การให้กำลังใจผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเอง โดยการติดตามเยี่ยมบ้านของแกนนำวัณโรคในชุมชน และอาสาสมัคร/จิตอาสา	รูปแบบใหม่ ได้สร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วย ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง
ด้านชุมชน	การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันควบคุมวัณโรคน้อย ไม่มีแกนนำวัณโรคที่จะเป็นผู้นำดำเนินงาน	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการ - สร้างแกนนำวัณโรคในชุมชน - รณรงค์ ค้นหา ผู้ป่วยโดยชุมชน - รณรงค์ทำความสะอาดหมู่บ้านและประกวดหลังคาเรือนสะอาด - จัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยวัณโรค โรคเรื้อรังอื่นๆ แบบบูรณาการ	รูปแบบใหม่ ได้สร้างพลังแห่งความร่วมมือของชุมชน ในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การดูแลรักษาผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ ซึ่งดีกว่ารูปแบบเดิมคือ ได้สร้างโอกาสให้ประชาชนทุกหลังคาเรือน ได้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงาน
ด้านหน่วยงานภาครัฐ	-เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ทำงานเพียงฝ่ายเดียว -การค้นหา และดูแลผู้ป่วยในชุมชนไม่มีประสิทธิภาพ	- สร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล - กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล สนับสนุนงบประมาณ	รูปแบบใหม่ ได้สร้างเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันวัณโรคร่วมกันระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ และการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ผลการสะท้อนการปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านและติดตาม กำกับ การกินยาอย่างต่อเนื่องทุกวัน แต่ยังพบว่าปัญหาผู้ป่วย บางรายยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่นการดื่มสุราระหว่าง การรักษาวัณโรค ด้านผู้ดูแล ผู้ป่วยและญาติ ได้ใส่ใจดูแลผู้ป่วย พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง มีแกนนำ และอาสาสมัคร / จิตอาสาไปเยี่ยมให้กำลังใจ พบปัญหาการปฏิบัติตนป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย เช่น การร่วมรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยโดยไม่ได้ใช้ช้อนกลาง ชุมชนได้มีส่วนร่วมดำเนินการป้องกันและควบคุมวัณโรคตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคในชุมชน การวางแผนงาน และการปฏิบัติงานตามโครงการ เพื่อแก้ไขปัญหา ป้องกันควบคุมวัณโรคในชุมชน รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงาน ส่วนหน่วยงานภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้สร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน วัณโรค

มีรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น

การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ของผู้เคยป่วยด้วยวัณโรค ผู้สัมผัสร่วม ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ คะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตน และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	*p*
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	10.58	1.72	11.73	1.47	5.94	.000*
ทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรค	2.11	0.33	2.35	0.34	9.56	.000*
การปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรค	2.24	0.27	2.39	0.24	6.10	.000*
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค	1.93	0.56	2.23	0.40	8.74	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์และสรุปผล

การดำเนินงานและผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการจากการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน สู่ความสำเร็จ โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่ หลากหลาย ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีหน่วยงานสาธารณสุขให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติตน และกระตุ้นให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน นอกจากนั้น การจัดกิจกรรมให้ประชาชนได้ฝึกปฏิบัติตั้งแต่การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์เจ็บป่วยด้วยวัณโรคของคนในชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานป้องกันวัณโรคในชุมชนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่ จนได้รูปแบบใหม่ แล้วนำไปปฏิบัติการจริงในชุมชนพร้อมการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆที่ได้จากการปฏิบัติงาน และสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ของการดำเนินงาน เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สนับสนุนให้ชุมชนได้มีส่วนร่วม[9] การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาตั้งแต่การร่วมกันศึกษาสถานการณ์ตนเอง การวางแผน การปฏิบัติ การติดตาม

ประเมินผล และการร่วมรับประโยชน์ ทำให้เกิดการพึ่งพาตนเอง เกิดการพัฒนาตนเองและชุมชน และสอดคล้องกับศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[10] กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่คนส่วนใหญ่ของชุมชนมีส่วนสำคัญในกระบวนการใดๆ ที่มีผลต่อชุมชนนั้นๆ การที่จะบ่งบอกถึงการมีส่วนร่วม อย่างแท้จริงควรจะมีส่วนร่วมอย่างน้อย 5 ขั้นตอน คือ 1) ร่วมในการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา 2) ร่วมในการวางแผน 3) ร่วมปฏิบัติ 4) ร่วมติดตามประเมินผล 5) ร่วมในผลลัพท์ที่เกิดขึ้น จากการศึกษาพบปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ประการแรก คือ ผู้ป่วยวัณโรคต้องใส่ใจดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ประการที่สอง ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ ต้องให้ความสนใจ ให้กำลังใจและดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ประการที่สาม ชุมชนมีแกนนำวัณโรคที่มีศักยภาพและเข้มแข็ง เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องของกิจกรรม จะช่วยสร้างความตระหนักให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาวัณโรค เพราะแกนนำวัณโรคในชุมชนมีผลต่อความน่าเชื่อถือ ความศรัทธาของประชาชน เป็นตัวจักรสำคัญที่ทำให้เกิดพลังในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงกระบวนการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค จำเป็นต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนนั้นๆ โดยความสมัครใจของประชาชนในชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเอง เกิดความตระหนัก รู้ถึงจุดหมายปลายทางของตนและชุมชน อันนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากนี้ชุมชนยัง สามารถบูรณาการทำงานร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ และให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนด้วย การดำเนินงานในชุมชน นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จคือ ทุนดำเนินงาน ซึ่งอาจได้มาจากประชาชนร่วมบริจาค หรือจากหน่วยงานของรัฐสนับสนุน ภายในชุมชนบ้านหนองยางได้เห็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชน โดยบริจาคเงินสมทบจัดตั้งเป็นกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรค โดยบูรณาการช่วยเหลือร่วมกับโรคเรื้องรังอื่นๆ และผู้สูงอายุมีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ศักยภาพของผู้นำและแกนนำกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมและทุนทางสังคมของชุมชน เนื่องจากทุนทางสังคมเป็นทุนที่เกิดจากการรวมตัว ร่วมคิด ร่วมทำ บนฐานของความไว้วางใจกัน มีความผูกพัน ศรัทธาเชื่อมั่นและมีวัฒนธรรมที่ดีงาม[11] การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพของชุมชนทั้งเทคนิควิชาการและจิตใจเป็นหลักสำคัญในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคโดยชุมชน เป็นตัวอย่างของชุมชนป้องกันควบคุมโรคเข้มแข็งและยั่งยืน

การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติการปฏิบัติตน ในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของผู้เคยป่วยด้วยวัณโรค ผู้สัมผัสร่วมบ้าน และประชาชนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ หลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อาจเป็นเพราะประชาชนในชุมชนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและเรียนรู้จากการจัดกิจกรรมกลุ่มต่างๆ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้นำเสนอองค์ความรู้เรื่องวัณโรค เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกันควบคุมโรคให้ประชาชนในชุมชนได้รับทราบและสร้างความตระหนักอย่างต่อเนื่อง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ แจกจ่ายหนังสือคู่มือแกนนำวัณโรคสำหรับชุมชน ให้ความรู้ผ่านทางหอกระจายข่าว และที่ประชุมประจำเดือน[3] หลังการดำเนินงานพัฒนา ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนน ด้านความรู้และการปฏิบัติก่อนกับหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค

ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) เพราะชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นจนสิ้นสุดการวิจัย การปฏิบัติงานตามโครงการ ที่ได้มาจากการพัฒนารูปแบบ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้ชุมชนได้ทราบและตระหนักถึงปัญหาวัณโรค ทำให้เกิดความร่วมมือ ในทุกขั้นตอนของการทำงาน[11] หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) หลังดำเนินการชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดนกมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. **รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506**. นนทบุรี : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ; 2554.

2.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมวัณโรค**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2552.

3.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. **การเสริมสร้างความเข้มแข็งการควบคุมวัณโรคอย่างมีคุณภาพในกลุ่มประชากรด้อยโอกาสและการเสริมสร้างพลังชุมชนเพื่องานวัณโรค**.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2553.

4. วันทนา พรหมแบ่ง. **การจัดการแบบมีส่วนร่วมของ ภาคีสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ส.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2552.

5.คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสตึก **เอกสารสรุปผลการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานครั้งที่ 1 ปี 2554**.บุรีรัมย์ : โรงพยาบาลสตึก ; 2554.

6.โรงพยาบาลสตึก. **เอกสารรายงานสถานการณ์วัณโรคปี 2554**. บุรีรัมย์ : โรงพยาบาลสตึก ; 2554.

7.Kemmis, Stephen and Robin Mc Taggart. **The Action Research Planner**. 3rd ed. Victoria : Brown Prior Anderson National Library of Australia Catalouging In Publication Data ; 1990

8.Bloom, B. S. **Taxonomy of Education Objective.** New York : David Mackey ; 1976.

9.บำเพ็ญ เขียวหวาน. **การวิจัยชุมชนและวางแผนพัฒนาชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2551.

10.อานนท์ณัฐ เล็กเนียม. “ประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือด ออกของอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี”, **วารสารสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 1.** 16 (1) : 44-48 ; มกราคม - มิถุนายน ; 2555.

11.บุษบง เจาฑานนท์ และคณะ. “การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วมจังหวัดลำพูน”, **วารสารควบคุมโรค** ; 2555, 38 (4) : 339-348.