



การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

ปฐวี สาระติ^{1*}, พัดชา หิรัญวัฒนกุล¹, และจารุวรรณ วิโรจน์¹

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(วันที่รับบทความ: 8 ตุลาคม 2567; วันที่แก้ไข: 9 มกราคม 2568; วันที่ตอบรับ: 13 มกราคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนในเขต อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม ประกอบไปด้วย ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 56 คน กระบวนการพัฒนาโดยใช้รูปแบบ PAOR จำนวน 1 วงรอบ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติ Wilcoxon signed rank test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง คือการขาดนัดรับยา และทานยาไม่ต่อเนื่อง หน่วยบริการมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่ครอบคลุม และขาดการกำกับติดตามการทานยาของผู้ป่วย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของหน่วยบริการและชุมชน 2) พัฒนากลไกการดำเนินงาน การทบทวนแนวปฏิบัติ การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลและผู้ดูแลและทีมชุมชน 3) สนับสนุนการปฏิบัติตัวและติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โดยเน้นการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่องในชุมชน และ 4) สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนผลสำเร็จปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางครั้งนี้ เน้นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน ติดตามการทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย อสม.พี่เลี้ยง เครือข่ายชุมชน และสหวิชาชีพ ที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม ดูแลให้คำปรึกษาที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผลการพัฒนาพบว่าภายหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 2.34 คะแนน ($Z = -5.027$, $p\text{-value} < .001$) ความพึงพอใจของผู้ดูแลและผู้มีส่วนร่วมระดับสูง ร้อยละ 93.33 และร้อยละ 88.46 ตามลำดับ ผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราความสำเร็จหลังการรักษา 6 เดือน ร้อยละ 93.33 ผลการศึกษาสามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเรื้อรังที่ต้องได้รับการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: รูปแบบ, วัณโรค, การดูแลผู้ป่วยในชุมชน, ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ปฐวี สาระติ; patawee.sarati@gmail.com



Development of a Patient-Centered Community-Based Tuberculosis Care Model, Nathom District, Nakhonpanom Province

Patawee Sarati^{1*}, Phatcha Hirunwatthanakul¹ and Jaruwan Viroj¹

¹Faculty of Public Health, Mahasarakham University

(Received: 8 October 2024; Revised: 9 January 2025; Accepted: 13 January 2025)

Abstract

The purpose of this action research was to develop a patient-centered tuberculosis care model in the community. The target sample were 56 stakeholders in Na Thom District, Nakhon Phanom Province, consisting of tuberculosis patients, caregivers, multidisciplinary teams, and community health networks. The development process employed the PAOR model for one cycle. Quantitative data were collected using questionnaires, and qualitative data were collected using focus group discussions, in-depth interviews, and participant observation. Data were analyzed using descriptive statistics: mean, percentage, standard deviation and Wilcoxon signed rank test. Qualitative data were analyzed using content analysis. Results found that most tuberculosis patients primarily faced medication adherence issues, with healthcare units providing insufficient home visits and medication supervision. The development of a patient-centered community tuberculosis care model consisted of four stages: 1) assessment of the problem and analysis; 2) development of the operational mechanism and capacity building; 3) support patient practice and monitoring through continuous community activities; and 4) evaluation of an outcome and reflection. The patient-centered tuberculosis care model emphasized home-based healthcare, continuous medication adherence monitoring, and collaboration between caregivers, village health volunteers, community networks, and healthcare professionals who provided support for personal, environmental, economic, and social factors, along with appropriate counseling for patients and families. The results of the development found that significantly increased knowledge about tuberculosis and infection prevention ($Z=-5.027$, $p\text{-value}<.001$). There were high satisfaction among caregivers (93.33%) and stakeholders (88.46%), and a 93.33% treatment success rate after six months. This model might be applied to tuberculosis care in similar contexts and adapted for other chronic diseases requiring continuous supervision.

Keywords: tuberculosis, community care, patient-centered care

***Corresponding author:** Patawee Sarati; patawee.sarati@gmail.com



บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium* ซึ่งเชื้อมีหลายชนิดที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ *Mycobacterium tuberculosis* วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) องค์การอนามัยโลกยังได้จัดให้วัณโรคเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก นอกจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพจนเกิดการเสียชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ในปีพ.ศ.2565 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 7.1 ล้านคน และในปี พ.ศ.2566 มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกเพิ่มขึ้นสูงถึง 7.5 ล้านคน มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.4 ล้านคน (World Health organization, 2023)

สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย ปีพ.ศ.2562-2566 พบอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำลดลง อัตราผู้ป่วย 115, 114, 99, 99 ต่อประชากรแสนคน แต่ในปีพ.ศ.2566 มีอัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อัตราผู้ป่วย 109 ต่อประชากรแสนคน แต่อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค กลับพบว่าพบว่ามีแนวโน้มในการรักษาลดลงเรื่อย ๆ ร้อยละ 85.50, 84.40, 81.70, 79.80 และ 69.00 ตามลำดับ จังหวัดนครพนม พบอัตราผู้ป่วยวัณโรค 98.81, 93.23, 80.87, 71.24, 90.16 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคอยู่ที่ ร้อยละ 80.02, 84.01, 82.10, 79.19, 71.39 ตามลำดับ อำเภอนาทม พบอัตราผู้ป่วย 110.38, 110.31, 63.52, 54.79, และ 92.58 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 73.07, 80.76, 80.00, 76.92, และ 63.63 ซึ่งสาเหตุที่อัตราผลสำเร็จของการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมายมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตขณะทำการรักษา และรองลงมาคือผู้ป่วยขาดยา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคอำเภอนาทม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ร้อยละ 7.69, 11.53, 20.00, 15.38, และ 22.72 ตามลำดับ ซึ่งปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยที่พบพบคือผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังการกินยาประมาณ 2-4 สัปดาห์จึงไม่มารับยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยไปทำงานต่างถิ่นไม่สามารถมารับยาตามนัดได้ ผู้ป่วยหยุดยาหรือลดขนาดยาเองเนื่องจากการข้างเคียง ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุบางรายลืมวันนัดรับยาหรือไม่มีบุตรหลานพามารับยา (โรงพยาบาลนาทม, 2566) ซึ่งการขาดนัดรับยาของผู้ป่วยวัณโรคนอกจากจะส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาลดลง ยังส่งผลต่ออัตราการเปลี่ยนแปลงสมมติของผู้ป่วยในช่วงการรักษาระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกมีผลสมมติเป็นบวก ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อให้กับผู้อาศัยร่วมบ้านและผู้สัมผัสในชุมชนได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) เพื่อลดปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรค มีเป้าหมายการดำเนินงานด้านอัตราความสำเร็จการรักษา มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90 โดยมียุทธศาสตร์หลัก คือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรค เร่งรัดการดำเนินงานกำกับติดตามและเฝ้าระวังวัณโรค การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวัณโรค การสื่อสารสาธารณะและการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชน และการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงมาตรฐานในการดูแลรักษาวัณโรค และการสนับสนุนทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (PCC) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการให้บริการดูแลรักษาแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้ง



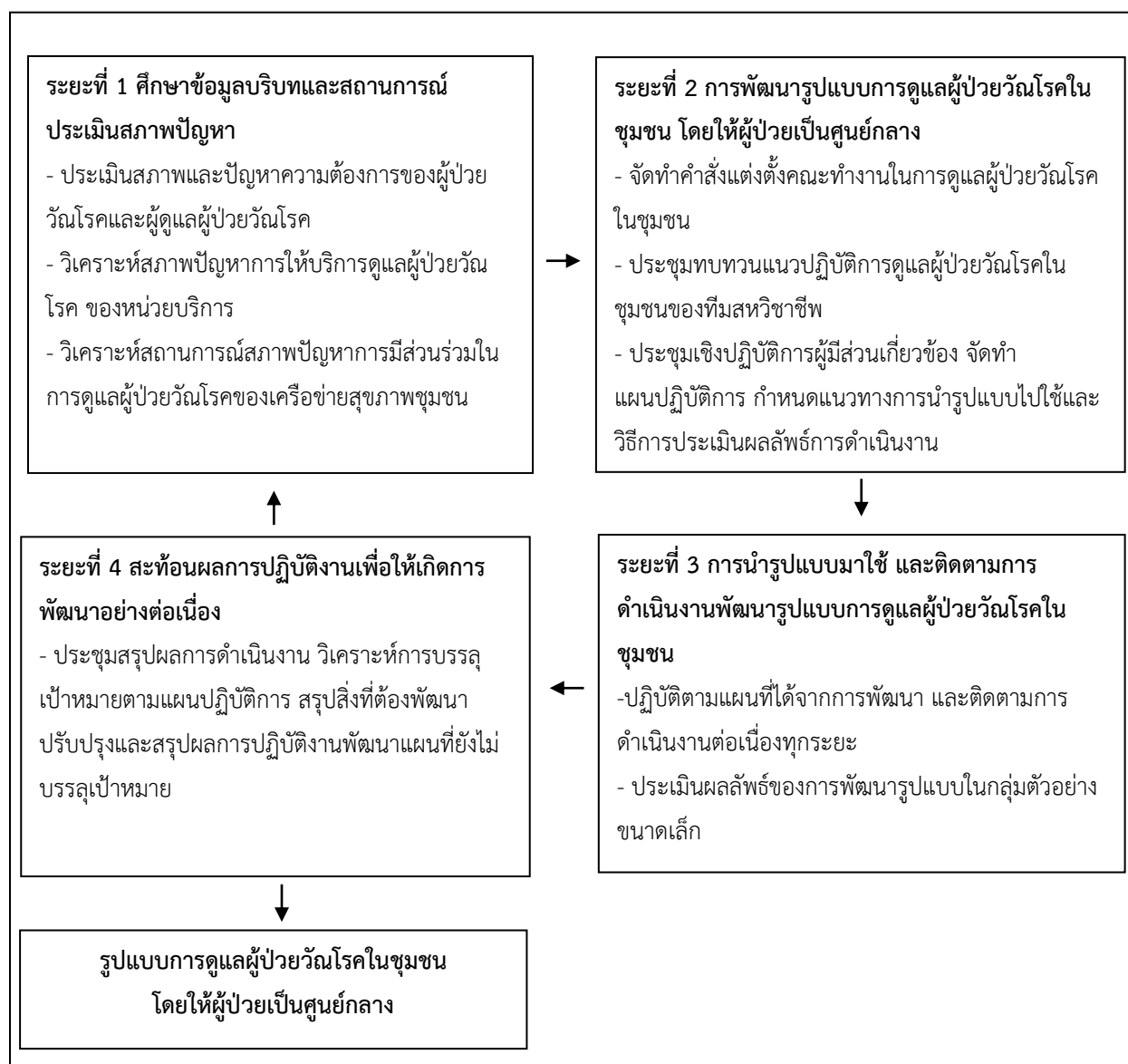
สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมของชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย การเข้าใจและวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงได้รอบด้าน ประกอบด้วยการค้นหาโรคและความเจ็บป่วย การเข้าใจชีวิตบุคคล หาหนทางร่วมกัน สร้างสรรค์งานป้องกันส่งเสริม ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี และมีวิถีอยู่บนความเป็นจริง ผู้ป่วยวัณโรคอำเภอนาทม ที่มีปัญหาการขาดยา บางรายเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม เมื่อป่วยเป็นวัณโรคอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงินมากขึ้น รวมถึงการมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งมีผลต่อการรักษาไม่ต่อเนื่อง มากน้อยอาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น การดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ต้องอาศัยกระบวนการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการให้การสนับสนุนด้านสังคมต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนั้นๆ ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ส่งเสริมการรักษาให้ต่อเนื่องรวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินศึกษาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะต้องอาศัยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ประกอบไปด้วย ตัวผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อสม.และทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้อัตราการรักษาสำเร็จตามเป้าหมาย และลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยกระบวนการวางแผน การปฏิบัติการสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล มีการดำเนินงาน 4 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทและสถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ระยะที่ 3 การนำรูปแบบมาใช้และประเมินผลลัพธ์พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์กรอบแนวคิดของ Kemmis and MC taggart (2005) 4 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการสังเกตผล และขั้นตอนการสะท้อนผล ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม-มิถุนายน 2567



กลุ่มเป้าหมาย คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการและดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน การศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแล ใช้การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด จำนวน 15 คน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลและกำกับการกินยาของผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 15 คน

เกณฑ์การคัดเลือก มีดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนประเภผู้ป่วยวัณโรคปอด เสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือได้รับการรักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน และได้รับยาต้านเชื้อวัณโรคแนวที่ 1
- 2) เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรครายใหม่ ในโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ ที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลสนาม
- 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่กำกับการกินยาของผู้ป่วย และอาศัยร่วมบ้านที่เดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรค อย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยวัณโรค ที่โอนย้ายไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น
- 2) ผู้ป่วยวัณโรคที่แพทย์เปลี่ยนการวินิจฉัยภายหลัง
- 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคที่ย้ายที่อยู่อาศัย

กลุ่มที่ 2 ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ใช้การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย แพทย์ประจำคลินิกวัณโรค 1 คน เภสัชกรที่รับผิดชอบคลินิกวัณโรค 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกวัณโรค 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขประจำคลินิกวัณโรค 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน นักวิชาการสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน รวม 15 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาออก

กลุ่มที่ 3 เครือข่ายสุขภาพชุมชน ใช้การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เลือกผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพในชุมชน จำนวน 11 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันตำบล ผู้ใหญ่บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี



เกณฑ์การคัดออก คือ สิ้นสุดจากการปฏิบัติหน้าที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันตำบล ผู้ใหญ่บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง โดยแบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแล ประกอบไปด้วย 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้

ส่วนที่ 1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ตามความคิดเห็นของท่านสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรควัณโรคปอดมีอะไรบ้าง 2) ท่านคิดว่าผู้ป่วยวัณโรคควรมีการจัดการหรือมีการดูแลตนเองในเรื่องใดบ้างอย่างไร 3) การบริการสุขภาพที่ท่านได้รับจากชุมชน/หน่วยบริการสุขภาพของรัฐ มีอะไรบ้างเหมาะสมหรือสอดคล้องกับความต้องการของท่านและครอบครัวหรือไม่ อย่างไร และ 4) ท่านต้องการให้มีการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเรื่องใดบ้าง อย่างไร

ส่วนที่ 1.3 แบบทดสอบความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เป็นแบบ 2 ตัวเลือก ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 1.4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 3 ระดับคือ ปฏิบัติประจำ (3 คะแนน), ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน), ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ แปรผลแบ่งระดับพฤติกรรมฯ เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1956) ได้แก่ ระดับดี (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป), ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79), ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 1.5 แบบบันทึกการประเมินติดตาม ได้แก่ แบบติดตาม DOT การกินยาของผู้ป่วยวัณโรค ประยุกต์ใช้แบบติดตามของกองวัณโรค (2563) และแบบรายงาน TB07/1 รายงานรอบ 3 เดือนของผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น

ส่วนที่ 1.6 แบบบันทึกสังเกตในคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลและในชุมชน ในประเด็นการจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกบริการและการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ

ส่วนที่ 1.7 แบบสอบถามปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ส่วนที่ 1.8 แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ส่วนที่ 1.9 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้เป็นศูนย์กลาง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน), พึงพอใจมาก (4 คะแนน), พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน), พึงพอใจน้อย (2 คะแนน), พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ แปรผลแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 ขึ้นไป), ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67), ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)



2. ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ประกอบไปด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านคิดว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ท่านดูแลมีปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองหรือไม่อย่างไร 2) รูปแบบกิจกรรมการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคของหน่วยบริการของท่านดำเนินงานอย่างไร ใครมีบทบาทอย่างไร 3) ท่านคิดว่ากิจกรรมการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มีอยู่ในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร 4) ปัญหาอุปสรรคมีหรือไม่ และต้องการปรับปรุงหรือพัฒนาการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่อย่างไร

ส่วนที่ 2.3 แบบสอบถามปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ส่วนที่ 2.4 แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2.5 ความพึงพอใจของ ทีมสหวิชาชีพ ต่อการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน), พึงพอใจมาก (4 คะแนน), พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน), พึงพอใจน้อย (2 คะแนน), พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ แปรผลแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 ขึ้นไป), ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67), ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

3 เครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้

ส่วนที่ 3.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านทราบสถานการณ์วัณโรคในชุมชนของท่านหรือไม่อย่างไรบ้าง 2) ชุมชนของท่านมีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานวัณโรคในชุมชนหรือไม่ อย่างไรบ้าง 3) ท่านได้รับการประสานงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่จากใคร 4) ชุมชนของท่านได้จัดกิจกรรมหรือการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวหรือไม่ อย่างไรบ้าง และ 5) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของท่านมีหรือไม่ อย่างไรบ้าง

ส่วนที่ 3.3 แบบสอบถามปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ส่วนที่ 3.4 แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ส่วนที่ 3.5 ความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ต่อการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด, พึงพอใจมาก, พึงพอใจปานกลาง, พึงพอใจน้อย, พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ แปรผลแบ่งระดับความพึง



พอใจเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 ขึ้นไป), ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67), ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์เพื่อให้ตรงวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นทำการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างใน อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดนครพนม จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson (KR-20) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเท่ากับ 0.87 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และแบบสอบถามความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและทีมสหวิชาชีพ ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เท่ากับ 0.79, 0.79 และ 0.72 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย กำหนดระยะเวลาดำเนินงานขั้นการปฏิบัติการวิจัย ระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 ถึง มิถุนายน 2567 ดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทและสถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ใช้ระยะเวลาศึกษา 1 เดือน ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2566 กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน ดำเนินการโดยการทบทวนทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ (NTIP Thailand) วิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปัญหาการให้บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของหน่วยบริการ และปัญหาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ใช้ระยะเวลาศึกษา 2 เดือน ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2567 ประกอบด้วย 1) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตามบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมายคือ ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน 2) จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และร่างรูปแบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของหน่วยบริการ พร้อมทั้งออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มเป้าหมายคือทีมสหวิชาชีพ และ 3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรค



ผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน เพื่อสร้างแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จัดทำแผนปฏิบัติการและกำหนดแนวทางการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนไปใช้ รวมทั้งวิธีการประเมินผลลัพธ์การของดำเนินงาน กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายสถานการณ์วัณโรคและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบัน การประชุมกลุ่มย่อย “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอนาทม” แบ่งกลุ่มอภิปรายตามใบงาน ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย และร่วมอภิปรายและสรุปผลการประชุมกลุ่มใหญ่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ และทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) 4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ 4.1) การอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรคให้แก่ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลและอสม.ที่เลี้ยง 4.2) การอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และ 4.3) จัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคให้แก่รพ.สต. เพื่อแจกจ่ายให้อสม.ที่ปฏิบัติงาน และผู้ดูแลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบทดสอบความรู้เรื่องวัณโรค และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ และทำการสนทนากลุ่ม (Focus group)

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบมาใช้ และประเมินผลลัพธ์ของพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

การประเมินผลลัพธ์ของพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ใช้ระยะเวลาศึกษา 4 เดือน ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้นำแผนที่ได้มาให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยคลินิกวัณโรคจะให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน ประเมินดูแลด้านโภชนาการตั้งแต่เริ่มการรักษา รวมทั้งให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความร่วมมือในวางแผนการรักษา รพ.สต.จะคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพอสม.ที่เลี้ยง เพื่อทำหน้าที่กำกับกำกับการกินยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผู้นำชุมชนร่วมกับชุมชนปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้กับครอบครัวผู้ป่วย และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวเพื่อลดการตีตราผู้ป่วยในชุมชน อปท.ให้การอำนวยความสะดวก และสนับสนุนทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประเมินผลโดย 1) การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วม 2) พฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสังเกตพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคขณะมารับบริการ 3) อัตราการเปลี่ยนเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษา ระยะเข้มข้นและสิ้นสุดการรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบรายงาน TB07/1 รายงานรอบ 3 เดือน 4) อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรอบ 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบติดตาม DOT การกินยาของผู้ป่วยวัณโรค 5) การประเมินความรู้เรื่องวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 6) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และแบบสอบถามความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและทีมสหวิชาชีพ ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน



ระยะที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ดำเนินการมิถุนายน 2567 กลุ่มเป้าหมายคือ ตัวแทนผู้ป่วยวัณโรค 3 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค 3 คน ทีมสหวิชาชีพ 15 คน และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน 11 คน จัดเวทีประชุมถอดบทเรียน กิจกรรมประกอบไปด้วยการนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ประชุมกลุ่มย่อย เพื่อวิเคราะห์ประเด็น ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค หรือข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน จากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ และที่ประชุมร่วมอภิปรายและสรุปผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ และที่กการสนทนากลุ่ม (Focus group)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน PAOR โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและจัดหมวดหมู่ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

2.1) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์คะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน และคะแนนความพึงพอใจ โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

2.2) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินมีการแจกแจงที่ไม่ปกติ

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 401-308/2566 รับรองเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2566 ถึง 4 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

1.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.70 อายุเฉลี่ย 61.26 ปี ($\bar{X}=61.26$, S.D.=13.51) อยู่ในสถานภาพมีคู่สมรส ร้อยละ 46.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,060 บาท ($\bar{X}=6,060$, S.D.=5,002.82) มีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว ร้อยละ 46.70 และไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 40.00 ในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 อายุเฉลี่ย 44.53 ปี ($\bar{X}=44.53$, S.D.=7.68) อยู่ในสถานภาพมีคู่สมรส ร้อยละ 66.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้น



ประถมศึกษา ร้อยละ 53.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,533.33 บาท ($\bar{X}=5533.33$ $SD=2,812.38$) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.70 และเคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 60.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยวัณโรค		ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	66.70	4	26.70
หญิง	5	33.30	11	73.30
สถานภาพสมรส				
โสด	3	20.00	3	20.00
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	7	46.70	10	66.70
หม้าย/หย่า/แยก	5	33.30	2	13.3
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	4	26.70	1	6.70
ประถมศึกษา	6	40.00	4	26.70
มัธยมศึกษา	4	26.70	8	53.30
ปริญญาตรี	1	6.70	2	13.3
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	20.00	-	-
เกษตรกรรม	7	46.60	9	60.0
รับจ้างทั่วไป	4	26.70	5	33.30
ค้าขาย	1	6.70	1	6.70
ประวัติสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	7	46.70	13	86.7
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	7	46.70	1	6.70
สูบเป็นประจำ	1	6.70	1	6.70
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	6	40.00	4	26.70
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	4	26.70	9	60.00
ดื่มเป็นประจำ	5	33.30	2	13.30



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยวัณโรค		ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	$\bar{X}$ = 61.26 ปี, S.D.=13.51, Max=88, Min=32, Median=59		$\bar{X}$ = 44.53, SD = 7.68, Max=59, Min=33, Median=47	
รายได้ต่อเดือน	$\bar{X}$ = 6,060, S.D.=5,002.82, Max=15,000, Min=600, Median=4,000		$\bar{X}$ = 5533.33 SD=2,812.38, Max=12,000, Min=2,500, Median=4,500	

1.2 สถานการณ์และผลการดำเนินงานวัณโรค อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน พบว่า ในเขตอำเภอนาทม จังหวัดนครพนม 5 ปี ย้อนหลัง (ปี 2562-2566) มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ในปี พ.ศ. 2562-2566 จำนวน 26, 26, 15, 13, 22 ราย ตามลำดับ อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2566 พบว่ามีอัตราความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 73.07, 80.76, 80.00, 76.92, และ 63.63 สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษามาจากการขาดยา อัตราการขาดยาร้อยละ 7.69, 11.53, 20.00, 15.38, และ 22.72 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม พ.ศ. 2562-2566

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปี พ.ศ.				
		2562	2563	2564	2565	2566
อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	73.07	80.76	80.00	76.92	63.63
อัตราการเสียชีวิต	ไม่เกิน ร้อยละ 5	7.69	3.84	0.00	0.00	4.54
อัตราการขาดยา	ร้อยละ 0	7.69	11.53	20.00	15.38	22.72

1.3 สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

1.3.1 ประเด็นสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ป้องกันตนเองเมื่ออยู่ร่วมกับคนในครอบครัวหรือต้องออกไปชุมชนที่มีคนแออัด ผู้ป่วยบางรายขาดนัด/มาพบแพทย์ไม่ตรงวันนัด ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กำกับการกินยาของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเก็บเสมหะไม่ถูกต้อง ใช้น้ำลายแทนเสมหะ และไม่มีการล้างมือหลังจากที่เก็บเสมหะ



1.3.2 ประเด็นปัญหาการให้บริการของสถานบริการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพ พบว่า รพ.สต. ลงรับเคสในโปรแกรม R8 Dashboard ไม่ทันเวลา รพ.สต. ไม่ลงรายงานหรือขาดหลักฐานในการ DOT ในโปรแกรม NTIP Thailand และบางหน่วยบริการมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ประเด็นความต้องการปรับปรุงหรือพัฒนาการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ทีมสหวิชาชีพต้องการให้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูล ร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละวิชาชีพให้ชัดเจนและพัฒนาแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอ

1.3.3 ประเด็นการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยวัณโรคของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเครือข่ายสุขภาพชุมชน พบว่า เครือข่ายไม่ทราบสถานการณ์และจำนวนผู้ป่วยที่แน่ชัด มีเพียงอสม.ที่มีข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายที่ไม่ไปรับยาตามแพทย์นัด ในชุมชนไม่มีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ชัดเจน มีเพียงการขอความอนุเคราะห์ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาบางกรณีเท่านั้น

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

จากการศึกษาสถานการณ์ประเมินสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนในระยะที่ 1 ได้มีการจัดตั้งทีมพัฒนารูปแบบโดย 1) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน 2) ประชุมทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ 3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ สร้างแนวทางในการพัฒนาและจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน แบ่งกลุ่มย่อยร่วมกันอภิปรายตามใบงาน ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย และร่วมอภิปรายและสรุปผลการประชุมกลุ่มใหญ่ ได้แนวทางการพัฒนา ดังนี้ 1) ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค จัดอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรคให้แก่ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแล มีกิจกรรมดังนี้ 1.1) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค 1.2) จัดทำสื่อให้ความรู้ให้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และอสม. และ 1.3) ทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และอสม.ในการเป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วย 2) ทีมสหวิชาชีพสาธารณสุข จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีกิจกรรมดังนี้ 2.1) จัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค 2.2) อบรมให้ความรู้การใช้โปรแกรม NTIP Thailand 2.3) จัดทำทะเบียนผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับพื้นที่ 2.4) จัดทำระบบการรับ-ส่ง ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค 2.5) กำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 3) เครือข่ายสุขภาพในชุมชน มีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคเพื่อแจกจ่ายให้แก่ เครือข่ายสุขภาพชุมชน อสม.ที่ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

จากกระบวนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอนาหม จัหวัดนครพนม สามารถสรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 สรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอนาหมื่น จังหวัดนครพนม

ประเด็นการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
ด้านผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค	1. ผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากคลินิกวัณโรคในครั้งแรก ขาดการประเมินติดตามการปฏิบัติตัวในชุมชน โดยคลินิกวัณโรคเป็นผู้วางแผนการรักษา 2. ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่มีปัญหาเรื่องการกินยา 3. ผู้ป่วยและครอบครัวจัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อเอง	1. มีการให้ความรู้ และประเมินการปฏิบัติตัวเมื่อกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร่วมกับสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน รวมทั้งมีโอกาสเลือก อสม. พี่เลี้ยง กำกับการกินยา 2. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และประเมินภาวะโภชนาการ 3. ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว 4. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพาหนะการเดินทางไปรับยา อปท. สนับสนุนรถ รับ-ส่ง
ด้านบุคลากร	1. แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน 2. มีการติดตามเยี่ยมบ้านเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาทกินยาหรือขาดนัด 3. หน่วยบริการไม่มีการบันทึกรายงานกำกับการกินยาของผู้ป่วยในระบบ NTIP Thailand	1. มีการจัดทำแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอ 2. มีการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคทุกราย และมีการรายงานผล 3. มีการอบรมพัฒนาทักษะการใช้โปรแกรม NTIP Thailand ให้แก่บุคลากร ที่รับผิดชอบงานทุกคน ทุกคนมี Username Password สามารถเข้าไปตรวจสอบและใช้งานได้
ด้านระบบบริการ	1. คลินิกวัณโรคมีการส่งต่อข้อมูลระบบ NTIP Thailand แต่ไม่ได้มีการประสานงานการส่งข้อมูล หน่วยบริการปฐมภูมิขาดการตรวจสอบข้อมูลในระบบ 2. ขาดการบันทึกติดตามกำกับการกินยาในระบบ 3. ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจน	1. คลินิกวัณโรคมีการส่งต่อข้อมูลระบบ NTIP Thailand พร้อมทั้งมีการโทรประสานงานการส่งข้อมูลเข้าในระบบแจ้งให้หน่วยบริการปฐมภูมิตรวจสอบข้อมูลและติดตามผู้ป่วย 2. มีการบันทึกติดตามการกินยาทั้งในระบบ NTIP Thailand และรูปแบบกระดาษรายงาน 3. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจน



ตารางที่ 3 สรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอหนอง จังหวัดนครพนม (ต่อ)

ประเด็นการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
เครือข่ายสุขภาพในชุมชน	1. ไม่มีช่องทางในการติดต่อประสานงานในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน มีการประสานงานเฉพาะรายที่มีปัญหา 2. การประสานงานขอความช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ประสานผ่านทางรพ.สต. 3. ไม่มีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้กับผู้ปฏิบัติงาน	1. มีการจัดทำทะเบียนเครือข่ายผู้ป่วยวัณโรคภายในอำเภอ สามารถประสานงานขอความช่วยเหลือหรือปรึกษาได้ตลอดเวลา 2. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถประสานงานขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายสุขภาพได้โดยตรง 3. มีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้กับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน และมีการคัดกรองวัณโรคให้กับผู้ปฏิบัติงาน

จากผลการดำเนินงาน ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านในเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา จากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. พี่เลี้ยง เครือข่ายชุมชน และสหวิชาชีพ ที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคมดูแลให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในด้านสุขภาพ ดังภาพที่ 2





ส่วนที่ 3 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3.1) การมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในอำเภอหนองม มีส่วนร่วมทุกกระบวนการ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอหนองม จังหวัดนครพนม

3.2) พฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคขณะมารับบริการ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีการสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองทุกครั้งที่มาใช้บริการที่คลินิกวัณโรค และมีผู้ดูแลผู้ป่วยมาด้วยทุกครั้ง

3.3) อัตราการเปลี่ยนเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นและสิ้นสุดการรักษา พบว่า ผลเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นตรวจพบเชื้อวัณโรค จำนวน 2 ราย ร้อยละ 13.33 และภายหลังการรักษาครบ 6 เดือน มีอัตราความสำเร็จการรักษา ร้อยละ 93.33

3.4) อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรครอบ 3 เดือน พบว่า เจ้าหน้าที่รพ.สต. ดำเนินการติดตาม DOT ร่วมกับ อสม.และผู้ดูแลผู้ป่วย วัณโรคทุกราย และมีการบันทึกข้อมูล DOT ในโปรแกรมวัณโรคแห่งชาติทุกราย ส่งผลให้ไม่พบการขาดยาของผู้ป่วยในรอบ 3 เดือน

3.5) ผลการประเมินความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ก่อนและหลังจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังจัดกิจกรรมฯ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อนการอบรมและหลังการอบรม (n=45)

ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		Z	Asymp Sig. (2-tailed)
$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
5.53	1.35	7.87	1.21	-5.027	<.001*

*p-value<.001

3.6) ผลการประเมินความพึงพอใจของ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ต่อการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ระดับความพึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ย	ผู้ป่วยและผู้ดูแล (n=30)		ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพชุมชน (n=26)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	3.68-5.00	28	93.33	23	88.46
ปานกลาง	2.34-3.67	2	6.67	3	11.54
		$\bar{X}=4.26$	S.D. =0.37	$\bar{X}=4.21$	S.D. =0.52

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม ครั้งนี้พบว่า ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การกินยาของไม่ถูกต้อง การเก็บเสมหะของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง สาเหตุอาจมาจากคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในครั้งแรกและครั้งเดียว ขาดการประเมินติดตามผู้ป่วยในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา สว่างศรี (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการกินยาไม่ถูกต้อง สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวจากคลินิกวัณโรคและหอผู้ป่วยใน แต่ขาดการประเมินติดตาม ส่วนปัญหาผู้ป่วยขาดนัดรับยา/มาพบแพทย์ไม่ตรงตามนัด สาเหตุอาจมาจากผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุ ต้องอาศัยผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลบางคนต้องทำงานไม่มีเวลาพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวประกาย หนูงาม (2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดนัดรับยา มีสาเหตุมาจากปัญหาในการเดินทางมารับยาและขาดแคลนทุนทรัพย์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ของอำเภอนาทม จังหวัดนครพนม เป็นการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม มีการให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลที่หลากหลายและเหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและติดตามประเมินผลการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ด้านการกำกับกินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษาโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกพี่เลี้ยงในการกำกับการกินยา ทีมสหวิชาชีพมีการติดตามให้คำแนะนำส่งเสริมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ผู้นำชุมชนดำเนินการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านผู้ป่วยตามความเหมาะสม อปท. สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ในการเดินทางมารับยาตามนัดของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนรถ รับ-ส่ง ผู้ป่วยในวันนัดรับยา มีการจัดทำทะเบียนเครือข่ายประสานงานวัณโรคเพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตลอดเวลา ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจและให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น ลดโอกาสการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน และลด



โอกาสเกิดการดีดของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ Patient-Centered Care (PCC) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและการให้การสนับสนุนจากผู้ดูแลในชุมชน ทำให้เกิดการยอมรับการรักษาและลดอัตราการขาดยาได้ ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Getahun & Nkosi (2017) ที่พบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย โดยการให้บริการตามความต้องการของผู้ป่วย และการบูรณาการ DOTS ร่วมกับการสนับสนุนทางโภชนาการ สุขภาพจิต และอาชีพให้กับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ผลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ของอำเภอหนอง จันทนครพนม พบว่ามีการดำเนินงานตามแผนงาน และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การติดตามและลงบันทึก รายงาน DOT ในโปรแกรมข้อมูลวัณโรคแห่งชาติทุกราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่องทุกวัน ส่งผลให้ไม่พบผู้ป่วยขาดยาในรอบ 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราภรณ์ ชวงค์, จินัฐตา ศุภศรี และดวงใจ สวัสดิ์ (2562) ที่พบว่ากลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงในชุมชน ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยวัณโรคมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา การเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาความรู้และทักษะแก่พี่เลี้ยงกำกับการกินยา ผลการตรวจสอบผล หลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น 15 ราย พบเชื้อวัณโรค ร้อยละ 13.33 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ดาวประกาย หนูงาม (2565) ที่พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบ ผลประเมินหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นตรวจพบเชื้อ ร้อยละ 6.66 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์เทพ ธีระวิทย์ (2560) ที่พบว่าหลังการรักษาวัณโรคในระยะเข้มข้น 2 เดือน อาจจะพบผู้ป่วยที่มีผลประเมินพบเชื้อได้แม้ว่าจะทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อมาตั้งแต่แรก หรือผู้ป่วยมีเชื้อที่ตอบสนองต่อยาแต่มีเชื้อตั้งต้นมากทำให้ต้องใช้เวลานานในการลดจำนวนเชื้อโรคนานกว่าปกติ การประเมินการรักษาวัณโรคหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือน พบว่ามีอัตราการสำเร็จการรักษาร้อยละ 93.33 สาเหตุที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคสำเร็จเนื่องมาจาก การดำเนินงานมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชน โดยที่ผู้ป่วยได้รับดูแลในชุมชนมีความใกล้ชิดและมีการดูแลผู้ป่วยตามวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยยินยอมทานยาอย่างต่อเนื่องและให้ความร่วมมือในการรักษาตลอดระยะเวลา 6 เดือน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ได้รูปแบบที่เหมาะสม หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้โดยการให้การส่งเสริมและสนับสนุนด้านงบประมาณและการวางแผนงานโครงการการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองให้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านวัณโรคในชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพชุมชนในดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลติดตามการทานยาอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มการป้องกันวัณโรคในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรควัณโรคที่กลับมาเป็นซ้ำ หรือผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เพื่อเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จวัณโรค



เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย 2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย 2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). โปรแกรมบริการจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ (*National Tuberculosis Information Program*). สืบค้นจาก <https://ntip-ddc.moph.go.th/ui/form/Login.aspx>
- จิราภรณ์ ชวงค์, จินัฐตา ศุภศรี และดวงใจ สวัสดิ์. (2562). ความท้าทายในการกำกับกินยาแบบมีพี่เลี้ยงของผู้ป่วยวัณโรค ในชุมชน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(3), 165-174.
- ดาวประกาย หย้างาม. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอ ชาติชุมพล จังหวัดนครพนม [ปริญญานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- โรงพยาบาลนาทม. (2566). สรุปรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมวัณโรคอำเภอนาทม พ.ศ.2566.
- พงศ์เทพ ธีระวิทย์. (2560). *วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)*. หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัด วิกฤติ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/TB.pdf>
- วัฒนา สว่างศรี. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(3), 116-129.
- อุไร โชควรรกุล. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 20(1), 42-55.
- Best, J.W. (1977). *Research in Education. (3rd ed.)* Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, S. J. (1956). *Taxonomy of education objective, hand book1: cognitive domain*. New York: David Mckay.
- Getahun, B., & Nkosi, Z.Z. (2017). Is directly observed tuberculosis treatment strategy patient-centered A mixed method study in Addis Ababa, Ethiopia. *plos one* 12(8), e0181205.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). *The action research planner*. Deakin University.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). *Participatory action research*. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 567-605). Sage Publications



เอกสารอ้างอิง

World Health organization. (2023). *Global Tuberculosis Report 2023*. Retrieved from
<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>