

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

อมรรัตน์ วิริยะประสพโชค*, พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์*, กมรศรี อินทรชน**,
สิริมาดา สุขสวัสดิ์*, นิคานาก ไฉนบุญเรือง*

ความเป็นมา: ผู้ป่วยวัณโรคมีผลสำเร็จการรักษาไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐาน ขาดการรักษาและเสียชีวิต จากการรักษาล่าช้า ขาดความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมทั้งทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการศึกษา: มีกระบวนการพัฒนา 4 ระยะ ได้แก่ 1) สันทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล 2) พัฒนาแบบแผน 3) พัฒนาสมรรถนะเครือข่าย เผยแพร่แบบแผน นิเทศกำกับ 4) ประเมินผลลัพธ์ จากการใช้แบบแผน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นเครือข่ายสุขภาพจำนวน 20 ราย ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ก่อนและหลังพัฒนาแบบแผน กลุ่มละ 103 ราย ดำเนินการ 1 ธันวาคม 2566 – 31 ตุลาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกข้อสรุปแก้ไขปัญหาจากสันทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคม ประเมินความพึงพอใจเครือข่ายในด้านความรู้ปฏิบัติตามแบบแผน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square, t-test

ผลการศึกษา: แบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ประกอบด้วย แนวทางการเยี่ยมบ้าน การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน และการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคม ผลลัพธ์การใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วย มีผลสำเร็จการรักษาเพิ่มขึ้น เสียชีวิตลดลง ไม่มีการขาดการรักษา แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.082, 0.530, 0.121$) เครือข่ายมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นด้านความรู้ การส่งต่อ ความครอบคลุมข้อมูล และการให้คำปรึกษา ($p<0.001$) เยี่ยมบ้านได้ตามแบบแผน ความทันเวลาร้อยละ 100 ความครอบคลุมร้อยละ 89.36 จากการเสียชีวิตก่อนรักษาครบ คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านและช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคมได้เพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ: แบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน สามารถเพิ่มคุณภาพการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น ควรพัฒนาคุณภาพการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังให้ครอบคลุมมากขึ้น จากอัตราตายที่ยังพบมากในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรง เข้าสู่อำนาจการรักษาวัณโรคช้า

คำสำคัญ: แบบแผนการดูแล ผู้ป่วยวัณโรค เครือข่ายสุขภาพ

* โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

** มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Development of a community-based tuberculosis care model by the health network of Chiangrai Prachanukroh hospital

Amornrat Wiriyaprasobchok*, Pilaiwan Yodprasit*, Pamornsri Inchon**,
Sirimada Suksawat*, Nisanart Jaiboonraung*

ABSTRACT

BACKGROUND: Tuberculosis patients have treatment success rates below the standard, with high rates of treatment default and mortality due to delayed treatment, lack of awareness, and limited community participation.

OBJECTIVE: To develop a community-based tuberculosis care model through the health network of Chiangrai Prachanukroh Hospital and evaluate its outcomes using the holistic care concept and evidence-based practice.

METHODS: The study consisted of four phases: 1) focus group discussions to analyze data, 2) development of the tuberculosis care model, 3) capacity building of the network and implementation of the model, and 4) outcome evaluation. Purposive sampling was used, included 20 health network members and 103 tuberculosis patients in each group registered for treatment at Chiangrai Prachanukroh Hospital before and after the model development. The study was conducted from December 2023 to October 2024. Data were collected using problem-solving summaries from focus groups, patient record forms, care outcomes, household contact screenings, socioeconomic support, and health network satisfaction surveys. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and t-tests.

RESULTS: The community-based tuberculosis care model consists of home visits, screening of household contacts, and social and financial support. Implementation of the model led to increased treatment success rates, decreased mortality rates, and no treatment defaults; however, these differences were not statistically significant ($p=0.082$, 0.530 , and 0.121). The network demonstrated increased satisfaction in terms of knowledge, referral processes, information coverage, and consultation ($p<0.001$). Home visits were conducted according to the model, with 100% timeliness and 89.36% coverage, which was lower due to patient deaths before treatment completion. Screening of household contacts and provision of social and financial support also increased.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: The developed community-based tuberculosis care model is appropriate for managing tuberculosis patients in the community. It enhances the quality of nursing care and leads to improved patient treatment outcomes. It is recommended that tuberculosis screening be further strengthened in high-risk chronic disease groups to ensure comprehensive coverage, as mortality remains high among patients with severe symptoms who enter tuberculosis treatment late.

KEYWORDS: Care model, tuberculosis patients, health network

* Chiangrai Prachanukroh Hospital

** Mae Fah Luang University

Corresponding Author: Amornrat Wiriyaprasobchok E-mail: amornratt08@gmail.com

Received: 10 March 2025 Revised: 25 June 2025 Accepted: 23 August 2025

ความเป็นมา

อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง จากปี พ.ศ. 2543 จำนวน 152,000 ราย เหลือ 105,000 ราย ในปี พ.ศ. 2562 มีผลสำเร็จการรักษาเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2545 ที่ ร้อยละ 72.3 เป็นร้อยละ 85 ในปี พ.ศ. 2562 โดยองค์การอนามัยโลก คาดประมาณว่าปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 105,000 ราย คิดเป็น 150 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 12,000 ราย ผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ปีพ.ศ. 2563 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 85,837 ราย ผลการรักษา มีแนวโน้มรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น การรักษาล้มเหลวและการขาดการรักษาลดลง แต่ยังคงมีการเสียชีวิตสูง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วม¹

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย มีชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพการรักษาสามารถรองรับผู้ป่วยที่ในเขตจังหวัดเชียงราย จังหวัดใกล้เคียง และประเทศเพื่อนบ้าน ได้พัฒนางานด้านวัณโรคในโรงพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 รูปแบบ TB One Stop Clinic ระบบห้องปฏิบัติการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง พบว่า ปี พ.ศ. 2563-2565 มีผลสำเร็จการรักษาที่ร้อยละ 76.38, 81.97 และ 77.66 ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (น้อยกว่า ร้อยละ 85) เสียชีวิต ร้อยละ 18.92, 13.48 และ 16.44 ขาดนัดร้อยละ 4.11, 3.33 และ 4.59 ตามลำดับ ข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีผลสำเร็จการรักษา ร้อยละ 83.72 เสียชีวิต ร้อยละ 6.98 และขาดการรักษา ร้อยละ 9.30² เมื่อวิเคราะห์ปัญหาพบว่าเป็นการดำเนินงานแบบตั้งรับในโรงพยาบาล กลุ่มเสี่ยงรับการรักษาช้า อัตราการเสียชีวิตสูง ขาดความตระหนักในการรักษา และการมีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากนี้พบว่าการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายมีความทันเวลาของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเพียงร้อยละ 51.4 ส่งผลทำให้เกิดการขาดการรักษาที่สูง จึงได้ร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพ เพื่อพัฒนาแบบแผนการ

ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เน้นระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้ชุมชนและเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงระบบรักษาที่รวดเร็ว ลดการขาดการรักษา การเสียชีวิต สามารถรักษาวัณโรคให้หายได้มากที่สุด ส่งผลถึงการควบคุมป้องกันและยุติปัญหาวัณโรคให้ได้ตามเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ประกอบด้วยแนวทางการเยี่ยมบ้าน แนวทางการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือใกล้ชิด แนวทางการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้แก่

2.1 ผลสำเร็จการรักษา การขาดการรักษา การเสียชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

2.2 ความครอบคลุม ความทันเวลาของการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติตามรูปแบบ และความพึงพอใจของเครือข่ายต่อการใช้รูปแบบด้านทักษะความรู้ ข้อมูลและให้คำปรึกษา

2.3 คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

2.4 การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคปอด ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

วิธีการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนในผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 31 ตุลาคม 2567 (รูปที่ 1)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขเครือข่ายที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง

มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 206 ราย โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสถิติผู้ป่วยขาดการรักษาในช่วง เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2565 ซึ่งเท่ากับ ร้อยละ 9.3 โดยคาดว่าหลังการใช้รูปแบบการขาดการรักษาจะลดลงเหลือร้อยละ 0.01 กำหนดการทดสอบเป็น two-sample comparison of proportions โดยตั้งค่า $\alpha = 0.05$, power = 0.8, ratio 1:1 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 103 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง กลุ่มก่อนใช้รูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในเวชระเบียนระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 - 31 มีนาคม 2566 ส่วนกลุ่มที่ใช้รูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนระหว่างวันที่ 10 มกราคม - 31 มีนาคม 2567 ผู้เข้าร่วมต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ถอนตัวจากการศึกษา แพทย์เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นโรคอื่น หรือผู้ที่ได้รับการรักษาวัณโรคเกิน 6 เดือน

2. พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอเมืองเชียงราย ซึ่งเป็นเครือข่ายโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอเมืองเชียงราย โดยผู้เข้าร่วมต้องยินดีเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ประสงค์จะถอนตัวออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

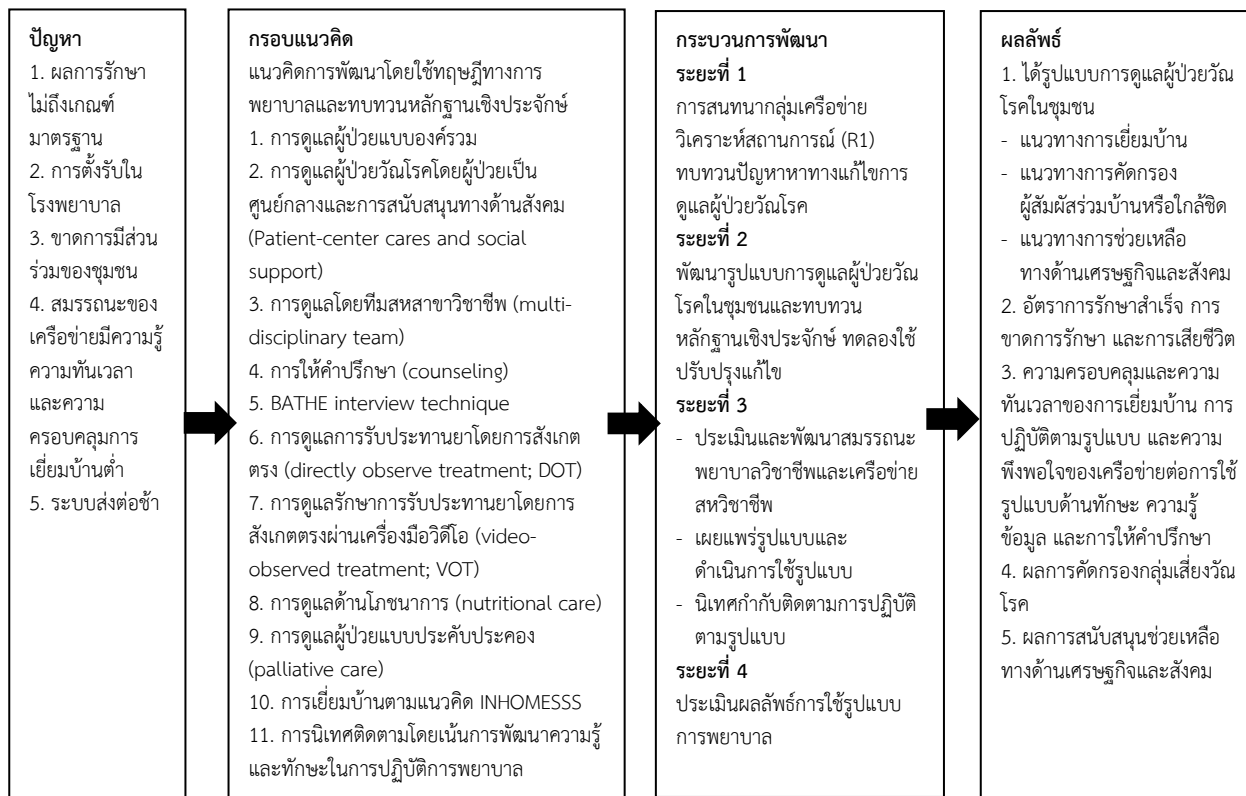
ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวคิดการนำผลหลักฐานเชิงประจักษ์ลงสู่การปฏิบัติ 7 ขั้นตอน ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย³ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ราย ที่ประกอบด้วย แพทย์ 1 ราย พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกวัณโรค 3 ราย อาจารย์พยาบาล 1 ราย ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้จากการใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูลจริง จำนวน 10 ชุด พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

2. แบบรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ (case record form)

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ การขาดการรักษา การรักษาครบ และการเสียชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

2.2 เครือข่าย ความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้าน และความทันเวลาของการเยี่ยมบ้าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ร้อยละการปฏิบัติตามรูปแบบ และความพึงพอใจของเครือข่ายต่อการใช้รูปแบบ ในด้านทักษะ ความรู้ ข้อมูล และการให้คำปรึกษา



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดกระบวนการศึกษาและพัฒนารูปแบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยสนทนากลุ่มร่วมกับเครือข่าย จำนวน 20 คน

ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปี พ.ศ. 2564-2565

วิเคราะห์ประเด็นปัญหา พบว่าผลสำเร็จการรักษาต่ำ อัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยขาดนัด การเยี่ยมบ้านล่าช้า และขาดความรู้

ประเมินความรู้และประสบการณ์ เจ้าหน้าที่ประเมินความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ความรู้เรื่องโรควัณโรค ได้รับการประยุกต์และดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ของอัจฉราวดี บุญยสิริวิงษ์⁴ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย 3 ตัวเลือก ได้แก่ "ใช่" "ไม่ใช่" หรือ "ไม่ทราบ" โดยให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ 0 คะแนน วิเคราะห์

ความเชื่อมั่นด้วย KR-20 เท่ากับ 0.87 ความรู้เรื่องโรควัณโรคจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง (20-25 คะแนน) ปานกลาง (16-19 คะแนน) และต่ำ (0-15 คะแนน) พบว่ามีคะแนนผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 55

หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยประชุมทีมสหวิชาชีพ 5 ราย ประกอบไปด้วยแพทย์และพยาบาลคลินิกวัณโรค ร่วมกำหนดประเด็นปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขต ผลลัพธ์ การสืบค้นบทความ งานวิจัย ตำรา วารสาร และฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed และแนวทางปฏิบัติ (Guidelines) ในประเด็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการสนับสนุนทางด้านสังคม แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 เยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS รวมถึงการค้นกลับไปยังเอกสารอ้างอิง

ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2564 แนวทางการยกร่าง แนวปฏิบัติ การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ การทดลองใช้ แนวปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 1 ปี ปรับปรุงแก้ไข และจัดทำรูปเล่มให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาโดย ประชุมประเมินสมรรถนะเครือข่ายจำนวน 20 คน ก่อน และหลังให้ความรู้ แนะนำการใช้รูปแบบ เผยแพร่ เอกสาร และส่งทาง Application Line ของเครือข่าย จากนั้นดำเนินการใช้รูปแบบ พร้อมทั้งนิเทศ กำกับ ติดตาม และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบใน ผู้ป่วย ด้านอัตราการสำเร็จการรักษา การขาดนัด การ เสียชีวิต ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบในเครือข่าย ด้าน ความทันเวลา ความครอบคลุม การปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมบ้าน ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ ทักษะ ความรู้ ข้อมูล การให้คำปรึกษา การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน
2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความทันเวลาการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมบ้าน ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และผลการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยด้านเศรษฐกิจ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Chi-square
3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการรักษา ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจของเครือข่ายต่อการใช้รูปแบบ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ t-test
4. ความพึงพอใจของเครือข่ายต่อการใช้รูปแบบ ใช้เกณฑ์การประเมินตามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert scale)⁵ โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันดับ 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

การพิจารณากันจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ที่ ชร.0033.1028 วิจัย/EC.67-036 รหัสโครงการ EC CRH 151/66 In วันที่ 10 ม.ค. 2567

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูง เนื่องจากการตั้งรับในโรงพยาบาล การรักษาล่าช้า การมีโรคร่วมและอายุมาก ขาดการรักษา และขาดความตระหนักในการรักษา เครือข่ายมีความทันเวลาและความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านต่ำ ขาดความรู้และทักษะการเยี่ยมบ้าน ระบบส่งต่อล่าช้า ไม่มีระบบให้คำปรึกษา และการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อเสนอแนะทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยปรับแนวทางการเยี่ยมบ้าน การเสริมความรู้ ระบบการส่งต่อ และระบบให้คำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนพัฒนารูปแบบ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ประชุมทีมสหวิชาชีพ ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางการดูแลแบบองค์รวม คัดเลือก 16 เรื่อง สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ยกร่างแนวปฏิบัติ ตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 1 ปี ปรับปรุงแก้ไข และจัดทำรูปเล่มสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนา ในเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2567 ประชุมเครือข่าย ให้ความรู้ การปฏิบัติ ประกาศการดำเนินการตามรูปแบบ รวมถึงนิเทศ และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

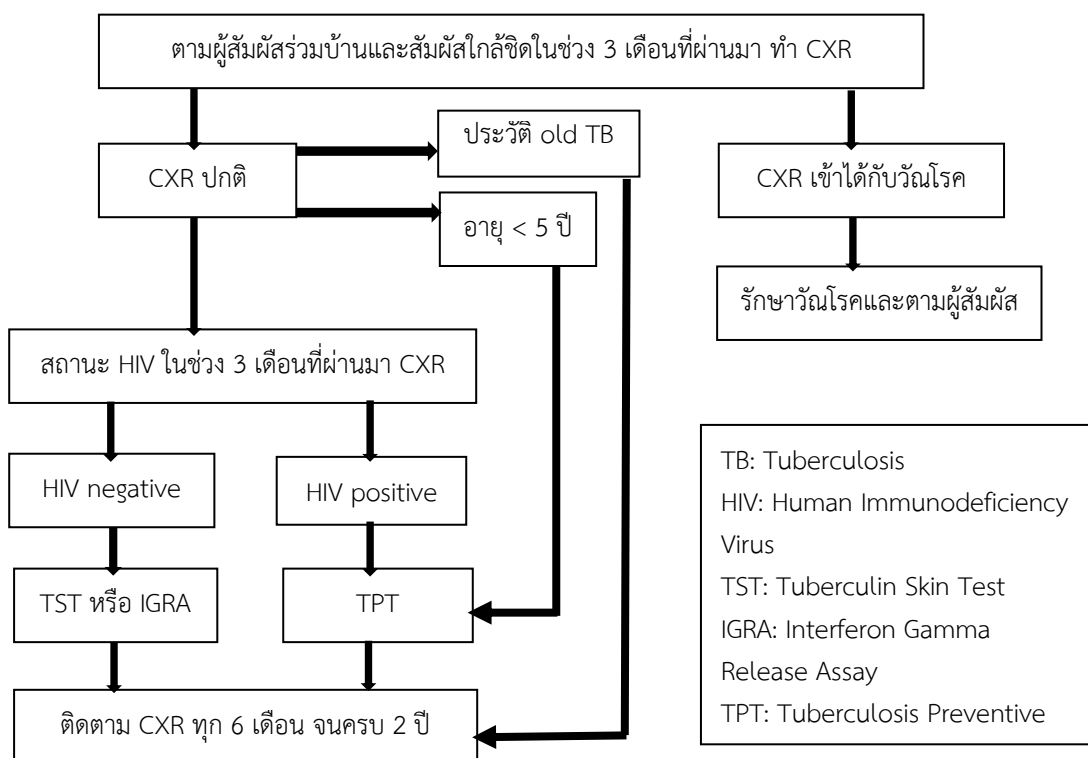
ขั้นตอนที่ 4 ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่าย ประกอบด้วย 3 แนวทาง ได้แก่
 - ก. แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคโดยเครือข่าย
 - ข. แนวทางการให้คำปรึกษา
 - ค. แนวทางการส่งต่อ

ตารางที่ 1 แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคโดยเครือข่าย

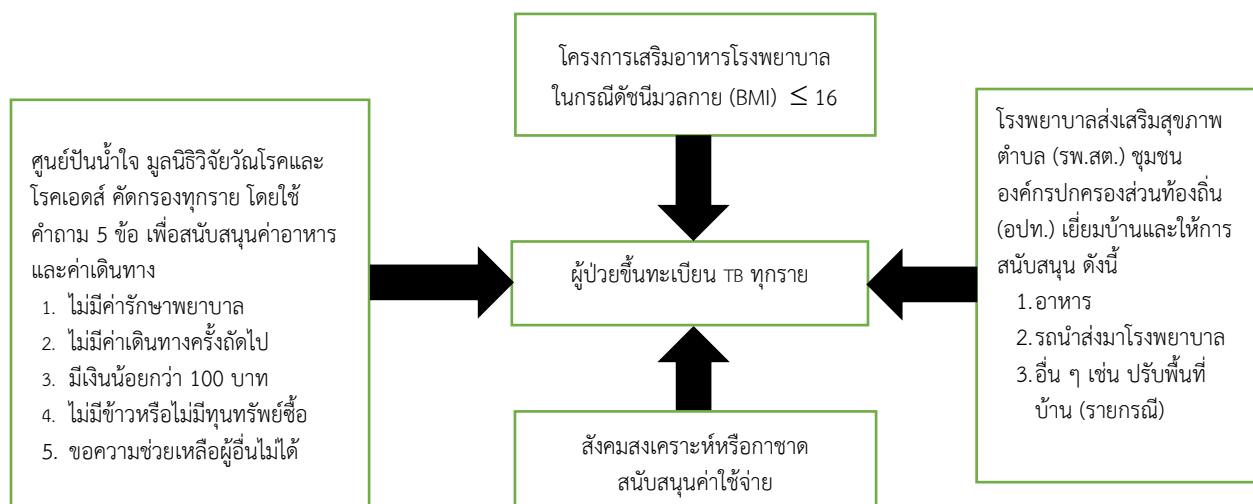
สัปดาห์	วัตถุประสงค์	บทบาทพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	บทบาทสมาชิกครอบครัว	บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	บทบาทผู้นำชุมชน
สัปดาห์ที่ 1-2	1. เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเรื่องการเยี่ยมบ้านระหว่างรับการรักษา 2. ติดตามอาการการรักษา 3. ประเมินความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว 4. วางเป้าหมายและกำหนดติดตามเยี่ยม	1. โทรนัด สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ 2. ประเมินและทบทวนเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัว เป้าหมายการเยี่ยมกับผู้ป่วย และครอบครัว 3. ประเมินอาการ จิตใจ ปัญหาทางสังคม การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค สิ่งแวดล้อม วันนัดแพทย์ครั้งต่อไป และร่วมวางแผนแก้ปัญหา 4. ติดต่อเจ้าหน้าที่ นัดเยี่ยมครั้งต่อไป 5. ตอบกลับในโปรแกรม Smart COC (Continuity of Care)	1. ให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา กำกับการกินยา 2. ให้อาสาสมัครช่วยผู้ป่วย 3. ร่วมแก้ปัญหาจิตใจสังคม 3. คัดกรองเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray; CXR) 4. อาการที่ต้องเฝ้าระวัง	1. ร่วมเยี่ยมบ้านพร้อมเจ้าหน้าที่ โดยผู้ป่วยยินยอม 2. กำกับการกินยา 3. ประสานช่วยเหลือ	1. จัดสิ่งแวดล้อมในชุมชน 2. สอบถามปัญหาความต้องการ 3. ประสานติดตาม ส่งต่อผู้ป่วย
สัปดาห์ที่ 3-4	1. เพื่อติดตามการรักษา อาการ การกินยา 2. สิ่งแวดล้อม 3. ปัญหาและความต้องการ	1. ประเมินอาการ นอนหลับ สีสันสภาวะ อาการข้างเคียง การปฏิบัติตัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ 2. ประสานหากพบการติดยาเสพติด 3. ติดตามสิ่งแวดล้อม วันนัด ผู้สัมผัส 4. นัดเยี่ยมทางโทรศัพท์ Line หรือ Telemedicine 5. ตอบกลับในโปรแกรม Smart COC	1. ให้อาสาสมัครช่วยผู้ป่วย 2. กระตุ้นผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง การใส่หน้ากากอนามัย	ติดตามกินยา วันนัด ประสานช่วยเหลือ	1. ให้อาสาสมัคร 2. รับผิดชอบโรคในชุมชน การใส่หน้ากากอนามัย
สัปดาห์ที่ 8	1. เพื่อติดตามอาการ การรักษา 2. สอบถามการปฏิบัติตัว	1. โทรสอบถามอาการ การปฏิบัติตัว 2. สอบถามเรื่องอาหาร ยา อาการข้างเคียง 3. ซักถามปัญหาอื่น ๆ แก้ไขปัญหา ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน 4. ตอบกลับในโปรแกรม Smart COC	1. ให้อาสาสมัครช่วยผู้ป่วย กินยาต่อเนื่อง การใส่หน้ากากอนามัย อาหาร	ติดตามการกินยา วันนัด ช่วยเหลือ	1. ให้อาสาสมัคร 2. รับผิดชอบโรคในชุมชน การใส่หน้ากากอนามัย
เดือนที่ 3-5	1. เพื่อติดตามอาการ การรักษา การปฏิบัติตัว	ปฏิบัติเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 8 (โทรศัพท์เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง)	ปฏิบัติเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 8	ติดตามกินยา วันนัด ช่วยเหลือ	ให้อาสาสมัคร ช่วยเหลือด้านต่าง ๆ
เดือนที่ 6	1. เพื่อติดตามอาการ การรักษา การปฏิบัติตัว	ปฏิบัติเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 8 ติดตามสรุปผลการรักษา ตอบกลับในโปรแกรม Smart COC	ปฏิบัติเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 8	ติดตามกินยา วันนัด ช่วยเหลือ	ให้อาสาสมัคร ช่วยเหลือด้านต่าง ๆ

ข. แนวทางการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรค โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แนวทางการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรค
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ค. แนวทางการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 แนวทางการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

2. ผลการรักษาผู้ป่วย ด้านผลสำเร็จการรักษา การเสียชีวิต และการขาดการรักษา จำนวน 206 ราย ส่วนใหญ่เป็นคนไทย เพศชาย อายุระหว่าง 18 - 89 ปี อายุเฉลี่ย 54 ปี หลังใช้รูปแบบมีผลสำเร็จการรักษาดีขึ้นจาก ร้อยละ 79.61 เป็น ร้อยละ 89.32 ($p=0.082$) เสียชีวิตลดลงจาก ร้อยละ 14.56 เป็น ร้อยละ 10.68 ($p=0.530$) โดยส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม มีสาเหตุเสียชีวิตจากโรคร่วมและมีอาการติดเชื้อ รุนแรง เช่น โรคเลือดออกในสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด ตับแข็ง และปอดอักเสบไม่มีการขาดการรักษาในกลุ่มหลังใช้รูปแบบ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มก่อนใช้รูปแบบ ($p=0.121$) (ตารางที่ 2)

3. ความครอบคลุม ความทันเวลาของการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติตามรูปแบบ และความพึงพอใจของเครือข่ายต่อการใช้รูปแบบด้านทักษะ ความรู้ ข้อมูลและการให้คำปรึกษา หลังใช้รูปแบบมีความครอบคลุมและความทันเวลาของการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่ส่งเยี่ยมบ้าน 103 ราย ได้รับการเยี่ยมบ้านครบ ความครอบคลุม ร้อยละ 89.36 ความทันเวลา ร้อยละ 100 (ตารางที่ 3) ด้านการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของเครือข่าย หลังใช้รูปแบบสามารถเยี่ยมได้ครบทุกครั้ง ครั้งที่ 1 เยี่ยมได้ ร้อยละ

100 ส่วนครั้งที่ 2 - 7 ลดลงเหลือร้อยละ 89.32 เนื่องจากมีผู้ป่วยเสียชีวิต (ตารางที่ 4) เครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มจาก 14.45 เป็น 20.80 คะแนน ($p<0.001$) (ตารางที่ 5) ความพึงพอใจหลังการใช่มากกว่าก่อนใช้รูปแบบในทุกด้าน ($p<0.001$) พึงพอใจมากในด้านทักษะความรู้โรคและเยี่ยมบ้าน (ค่าเฉลี่ย = 3.95, $\pm S.D. = \pm 0.61$) ส่งต่อข้อมูล รวดเร็ว สะดวก ทันเวลา (ค่าเฉลี่ย = 4.15, $\pm S.D. = \pm 0.75$) ให้คำปรึกษา (ค่าเฉลี่ย = 4.15, $\pm S.D. = \pm 0.59$) พึงพอใจมากที่สุดในด้านสะดวกรวดเร็วฉับไว (ค่าเฉลี่ย = 4.25, $\pm S.D. = \pm 0.64$) และครอบคลุมข้อมูลผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย = 4.25, $\pm S.D. = \pm 0.64$) (ตารางที่ 6)

4. ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคตามแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล พบว่าเครือข่ายมีการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ (ตารางที่ 7)

5. ผลการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคมหลังใช้รูปแบบการพยาบาล เครือข่ายมีการเยี่ยมบ้านทำให้ ผู้ป่วยและครอบครัวไว้วางใจมากขึ้นยินยอมรับการช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 2 ประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลในด้านผลการรักษา

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนใช้รูปแบบ (n = 103)		หลังใช้รูปแบบ (n = 103)		p-value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
ผลสำเร็จการรักษา					
- รักษาสำเร็จ	82	79.61	92	89.32	0.082
- รักษาไม่สำเร็จ	21	20.39	11	10.68	
การเสียชีวิต					
- เสียชีวิต	15	14.56	11	10.68	0.530
- มีชีวิตอยู่	88	85.44	92	89.32	
สาเหตุการเสียชีวิต					
- จากวัณโรค	2	16.67	3	27.27	0.573
- จากสาเหตุที่ไม่ใช่วัณโรค	10	83.33	8	72.73	
การขาดการรักษา					
- ขาดการรักษาเกิน 2 เดือน	4	3.88	0	0.00	0.121
- รักษาต่อเนื่อง	99	96.12	103	100.00	

* $p<0.050$ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความครอบคลุม ความทันเวลาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

	ก่อนใช้รูปแบบ (n = 103)		หลังใช้รูปแบบ (n = 103)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ส่งเยี่ยมบ้าน	103	100.00	103	100.00
ได้รับการเยี่ยมบ้าน	80	77.66	103	100.00
ความครอบคลุมเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	38	36.89	92	89.32
ความทันเวลาเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	53	51.45	103	100.00

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมบ้าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

ระยะรักษา	เยี่ยมบ้านครั้งที่	ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล (12 ครั้ง) n = 103		เยี่ยมบ้านครั้งที่	หลังใช้รูปแบบการพยาบาล (7 ครั้ง) n = 103	
		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
เข้มข้น	1. สัปดาห์ที่ 1	53	51.45	1. สัปดาห์ที่ 1-2	103	100.00
	2. สัปดาห์ที่ 2	78	75.72			
	3. สัปดาห์ที่ 3	38	36.89	2. สัปดาห์ที่ 3-4	95	92.23
	4. สัปดาห์ที่ 4	69	66.99			
	5. สัปดาห์ที่ 5	38	36.89	โทรหรือติดตาม รายการนี้		
	6. สัปดาห์ที่ 6	38	36.89			
	7. สัปดาห์ที่ 7	38	36.89	3. สัปดาห์ที่ 8	93	90.29
	8. สัปดาห์ที่ 8	52	50.48			
ต่อเนื่อง	9. เดือนที่ 3	38	36.89	4. เดือนที่ 3	93	90.29
	10. เดือนที่ 4	41	39.80	5. เดือนที่ 4	93	90.29
	11. เดือนที่ 5	38	36.89	6. เดือนที่ 5	93	90.29
	12. เดือนที่ 6	38	36.89	7. เดือนที่ 6	92	89.32

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ยคะแนน (mean)	± S.D.	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ (n=20)	14.45	± 3.99	<0.001
หลังใช้รูปแบบ (n=20)	20.80	± 2.57	

*p<0.050 วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่เครือข่ายในต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ความพึงพอใจ	ก่อนใช้รูปแบบ		การแปลผล	หลังใช้รูปแบบ		การแปลผล	p-value
	$\bar{x}$	±S.D.	ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D.	ความพึงพอใจ	
การได้รับความรู้							
1. วัณโรค	1.90	0.64	น้อย	3.95	0.61	มาก	<0.001
2. เยี่ยมบ้าน	1.65	0.49	น้อยที่สุด	3.95	0.61	มาก	<0.001
การส่งต่อข้อมูล							
3. ทันเวลา	2.60	0.50	น้อย	4.15	0.75	มาก	<0.001
4. ครอบคลุม	2.60	0.50	น้อย	4.25	0.64	มากที่สุด	<0.001
การให้คำปรึกษา							
5. ได้รับเหมาะสม	3.65	0.49	มาก	4.15	0.59	มาก	<0.001
6. สะดวกรวดเร็ว	3.50	0.51	มาก	4.25	0.64	มากที่สุด	<0.001

*p<0.050 วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test

ตารางที่ 7 ข้อมูลรายงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรค ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ	
	จำนวน (ราย)	รักษาโรค	จำนวน (ราย)	รักษาโรค
สัมผัสร่วมบ้าน	167	1	195	8
สัมผัสใกล้ชิด	1	0	6	0

ตารางที่ 8 ข้อมูลการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอด ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จากเครือข่ายศูนย์ป็นน้ำใจช่วยเหลือผู้ป่วยโรค ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

ผู้ป่วย	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ			
	ราย/ครั้ง	ค่าเดินทาง	ค่ายังชีพ	รวม	ราย/ครั้ง	ค่าเดินทาง	ค่ายังชีพ	รวม
ผู้ป่วยโรคที่ได้รับการช่วยเหลือ	17/30	5,650	5,750	11,400	35/97	14,800	16,200	31,000

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในครั้งนี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางการดูแลแบบองค์รวม โดยการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ทั้งด้านทักษะความรู้ แนวทางการเยี่ยมบ้าน แนวทางการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน แนวทางการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคม การส่งต่อข้อมูล การให้คำปรึกษา การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) เช่น โทรศัพท์ Line Application และ Telemedicine เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เครือข่ายมีความมั่นใจ สามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้ดีขึ้น ประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้าน ทั้งความครอบคลุมและความทันเวลา มีการเพิ่มขึ้น เยี่ยมบ้านครบทุกราย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านเศรษฐกิจสังคมได้เพิ่มขึ้น ลดการตีตราในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของผกายดาว พรหมสุรีย์⁶ และดาวประกาย หน้างาม⁷ ที่พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค โดยใช้ทฤษฎีการเสริมพลังในทุกวงล้อวงล้อผู้ป่วยและญาติ (client) วงล้อบุคลากรทางการแพทย์ (care team) และวงล้อชุมชน (community) ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง เป็นพลังสำคัญให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมารักษาเร็ว เพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จ ส่งผลในการดำเนินงานโรคได้สำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิวพร อังวัฒนา และ

พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์⁸ Van Altena, et al.⁹ และ R. Burny, et al.¹⁰ ว่า การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรเครือข่ายที่ปฏิบัติงานในชุมชน ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลภาวะสุขภาพที่จะนำไปวางแผนการพยาบาล ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง บุคลากรทางการแพทย์สามารถวินิจฉัยรวดเร็ว ชุมชนช่วยค้นหา รักษาทั้งหมด การส่งต่อและสื่อสารมีประสิทธิภาพ การติดตามผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนเป็นกุญแจสำคัญ ทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษาโรคสูง ชุมชนมีสุขภาพที่ดี หมายถึง โมเดลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหา รักษาผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งหมด และสามารถควบคุมโรคได้ นอกจากนี้เครือข่ายสามารถคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย รวมถึงสามารถคัดกรองช่วยเหลือปัญหาเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยและญาติไว้วางใจ ส่งผลที่ดีต่อการรักษาโรคของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี¹¹ จุฬารัตน จิตดอน¹² สำเร็จ แหียงกระโทก และคณะ¹³ และ CC Dobler, et al.¹⁴ ว่าการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรค โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล พัฒนาความรู้ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้รับผิดชอบงานโรค การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย ใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านที่ระบุบทบาทขั้นตอนของผู้เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยยอมรับการดูแลของครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และชุมชน สอดคล้องกับการศึกษา Saqib SE, et al.¹⁵

A Wali, et al.¹⁶ ที่ชี้ให้เห็นถึงการประสานงานแนวทางเพื่อจัดการกับปัญหาวัณโรคไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการให้บริการทางคลินิกเท่านั้น แต่จำเป็นต้องมีนวัตกรรมเชิงรุกในชุมชน ลดความชุกของวัณโรคระบบสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่ง จากครอบครัวและชุมชนตลอดการรักษา ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบทำให้ผลสำเร็จการรักษาเพิ่มขึ้นถึงเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) (ร้อยละ 88) เสียชีวิตลดลง และไม่มีการขาดการรักษา จากการศึกษาแม้ว่าผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีนัยสำคัญทางคลินิก¹⁷ เนื่องจากการปฏิบัติตามรูปแบบ ทำให้เครือข่ายมีความรู้ มีความพึงพอใจ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมบ้าน การคัดกรองผู้สัมผัส การช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้หายเป็นปกติ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้ในสังคม และที่สำคัญสามารถควบคุมวัณโรคไม่ให้แพร่กระจายไปในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของอวินันท์ บัวประทุม และคณะ¹⁸ และ รัถยานภิศ พลเสก และคณะ¹⁹ ที่ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลสำเร็จการรักษาเพิ่มขึ้น ไม่มีการขาดนัดและเสียชีวิตที่ลดลง

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลระยะสั้น จึงต้องติดตามผลการใช้แนวทางตลอดปีงบประมาณ 2567 แม้ว่าอัตราตายมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีสัดส่วนที่สูง โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตมักเป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังและมีอาการรุนแรง เข้าสู่ระบบการรักษาช้า จึงควรพัฒนาคุณภาพการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งในปี พ.ศ. 2566 เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เริ่มดำเนินการถ่ายโอนภารกิจไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย และถ่ายโอนครบในวันที่ 1 ตุลาคม 2567 เจ้าหน้าที่เปลี่ยนย้ายงาน ภาระงานมาก โปรแกรมที่ใช้ลงข้อมูลแตกต่างกัน การประสานงานซับซ้อนขึ้น ทำให้การปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลไม่เต็มที่ จำเป็นต้องอาศัยการติดตามนิเทศการ

ปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในอนาคต รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่พัฒนาขึ้นเน้นบทบาทการดูแลของเครือข่ายที่ชัดเจน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี จึงควรศึกษาแนวทางการบริหารจัดการพัฒนาระบบการทำงานดูแลสุขภาพผู้ป่วย ที่เชื่อมโยงกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมถึงใช้ระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย มาใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้สามารถดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากทีมคลินิกวัณโรค ผู้ทรงคุณวุฒิ กรรมการวิจัยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มูลนิธิวิจัยวัณโรคและโรคเอดส์ ตลอดจนผู้บริหารที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่ายและให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

REFERENCES

1. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control. The National tuberculosis control programme guideline, Thailand 2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2021
2. Chiangrai Prachanukroh Hospital. Report on the results of tuberculosis patient care 2022. Chiangrai: Chiangrai Prachanukroh Hospital; 2022.
3. National Health and Medical Research Council. [NMRC]. A guide to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [Internet]. 1999[Cited 2008 Aug 9]. Available from: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf
4. Bunyasiriwong A. Improving service quality for intensive tuberculosis patients and their families at Sakon Nakhon hospital, Sakon Nakhon province. [Master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010.

5. Sungthong B. Basic research. Bangkok: Suweeriyasan; 2013.
6. Phromsuri P. Development of Tuberculosis patients with 3C model Namyuen hospital, Ubon Ratchathani. Health and Environmental Education Journal. 2020;5(1):1-10.
7. Yangam D. Development of community care model for pulmonary tuberculosis by the health network of Thatpanom district, Nakhon Phanom province. [master's thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2022.
8. Ungwatana S, Traiphaibunkit. P. Community nursing. Chiang Mai: Krongchang Printing; 2012.
9. van Altena R, de Vries G, Haar CH, de Lange WC, Magis-Escurra C, van den Hof S, et al. Highly successful treatment outcome of multidrug-resistant tuberculosis in the Netherlands, 2000-2009. Int J Tuberc Lung Dis. 2015;19(4):406-12.
10. Burny R, Manhiça I, de Abreu APM, De Castro SL, Manhique J, Fiebig L, et al. Rapid TB diagnostic service and community action to FIND.TREAT.ALL#EndTB, Maputo, Mozambique, 2013-2018. Public Health Action. 2020;10(1):4-6.
11. Sawangsri W. Development of tuberculosis Ccre model in community, Mueang district Mahasarakham province. Mahasarakham Hospital Journal. 2019;16(3):116-29.
12. Chitdon J, Durongritchai W, Khlangthamniem K. Development of guidelines on home - visiting pulmonary tuberculosis patients with short course treatment in Mueang distric, samutprakarn. [master's thesis]. Samut Prakan: Mahasarakham University; 2003.
13. Yaengkratok S, Mangkhalasiri R. Community Health Center: a path to a desirable service system. 2nd ed. Nakhon Ratchasima: Somboonprinting; 2002.
14. Dobler CC, Korver S, Batbayar O, Oyuntsetseg S, Tsolmon B, Wright C, et al. Success of community-based directly observed anti-tuberculosis treatment in Mongolia. Int J Tuberc Lung Dis. 2015;19(6):657-62
15. Saqib SE, Ahmad MM, Panezai S. Care and social support from family and community in patients with pulmonary tuberculosis in Pakistan. Fam Med Community Health. 2019;7(4):e000121.
16. Wali A, Safdar N, Manair R, Khan MD, Khan A, Kurd SA, et al. Early TB case detection by community-based mobile X-ray screening and Xpert testing in Balochistan. Public Health Action. 2021;11(4):174-9.
17. Sharma H. Statistical significance or clinical significance? a researcher's dilemma for appropriate interpretation of research results. Saudi J Anaesth. 2021;15(4):431-4.
18. Uaprachum A, Punnaraj W. The development of community participation among pulmonary tuberculosis patients in Muang district, Phitsanulok province. Journal of Nursing and Health Care. 2016;34(3):54-60.
19. Phalasuek R, Thanomchayathawatch B, Songloed D. Participatory action research: development of a participatory process for health promotion in the community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;5(1):211-23.