

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

นัธดา แก้วทองประคำ พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 80 คน คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ อำเภอคลองท่อม จำนวน 13 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด 13 คน เครือข่ายสุขภาพในชุมชน 30 คน และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคทุกระดับ จำนวน 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้แบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตและแบบบันทึกการจัดกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - เดือนกรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง คือ การขาดนัดรับยา และการกินยาไม่ต่อเนื่อง หน่วยบริการมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่ครอบคลุม และขาดการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ วิเคราะห์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 2) ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย 2.1) การวางแผน 2.2) การปฏิบัติดำเนินการตามแผน 2.3) การสังเกตการณ์ 2.4) การสะท้อนผล 3) ระยะประเมินผล พบว่า รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอคลองท่อม ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การจัดบริการ การประสานงานส่งต่อข้อมูล และการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยพี่เลี้ยงกำกับการกินยา ติดตามเยี่ยมบ้าน ผลลัพธ์ด้านความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค มีระดับสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 100 และมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาครบถ้วน ร้อยละ 100

คำสำคัญ: เครือข่ายสุขภาพ รูปแบบการดูแล วัณโรคปอด

เลขที่จริยธรรมการวิจัย KBO-IRB 2024/26.1311 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน
วันที่รับบทความ 19 สิงหาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 พฤศจิกายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 24 พฤศจิกายน 2568

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ
อีเมล meemeeurairat2013@gmail.com

Development of a community-based care model for patients with pulmonary tuberculosis through a healthcare network of Khlongthom District, Krabi Province

Nustada Kaewtongprakam B.N.S.*

Abstract

This action research aimed to develop a community-based care model for patients with pulmonary tuberculosis through the Khlong Thom District Health Network, Krabi Province. The target group consists of 80 participants, including 13 patients newly diagnosed with pulmonary tuberculosis, 13 caregivers, 30 community health network members, and 24 individuals responsible for tuberculosis-related work at all levels. Data collection included both quantitative and qualitative approaches using tests, questionnaires, interviews, observations, and activity record forms. The data were analyzed using descriptive statistics. Pre- and post-development comparisons were conducted using a paired t-test at a statistical significance level of .05. Qualitative data were analyzed using content analysis. The study was conducted during October 2024 and July 2025.

The study found that most patients with pulmonary tuberculosis experienced difficulties in self-care, particularly missing appointments for medication and taking medications inconsistently. Health service units did not provide comprehensive home visits to patients and lacked supervision of patients' medication adherence. The development of a community-based care model for patients with pulmonary tuberculosis by the health network in Khlong Thom District, Krabi Province, consisted of four stages: (1) Preparation phase, analyzing problems related to tuberculosis patient care in the community; (2) Implementation phase, which included (2.1) planning, (2.2) implementing the plan, (2.3) observation, and (2.4) reflection; and (3) Evaluation phase. The findings revealed that the community-based tuberculosis care model developed in Khlong Thom District consisted of service provision, coordination of information referral, and continuous follow-up care by mentors supervising medication adherence and home visits. The outcomes demonstrated that patients' knowledge and self-care behaviors significantly improved after the implementation of the model (p -value<.05). Regarding clinical outcomes, the treatment success rate was 100%, and the rate of mentors supervising medication adherence was achieved at 100%.

keywords: health network; care model; pulmonary tuberculosis

Ethical approval: KBO-IRB 2024/26.1311, Plagiarism checked, 2 Reviewers.

Received 19 August 2025, Revised 21 November 2025, Accepted 24 November 2025

*Registered nurse, Professional level, Krabi Provincial Public Health Office, Corresponding author,
E-mail: meemeeurairat2013@gmail.com

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอดและสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เพราะนอกจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพจนเกิดการเสียชีวิตแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจในระดับประเทศ รวมทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและคนใกล้ชิด สหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก จึงได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals: SDGs) ในกรอบสหประชาชาติและยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) ซึ่งมีเป้าหมายลดลงอัตราป่วยวัณโรครายใหม่เหลือ 20 และ 10 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2573 และ 2578¹

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยมีเป้าหมาย คือ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 88.0 โดยในปี พ.ศ. 2562-2566 โดยเขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช (นครศรีธรรมราช ชุมพร สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง) มีอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 87.8, 86.6, 84.9, 82.8 และ 83.2 ตามลำดับ (เขตสุขภาพที่ 11, 2566) สำหรับจังหวัดกระบี่มีอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 90.0, 87.5, 84.2, 81.5, และ 81.7 ตามลำดับ²

อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ดำเนินงานด้านวัณโรค ตามมาตรฐานแนวทางการควบคุมวัณโรค ประเทศไทย โดยในปี พ.ศ.2562-2566 โรงพยาบาลคลองท่อมให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรคแยกพื้นที่ตรวจ โดยเฉพาะ ให้บริการทุกวันจันทร์ เวลา 08.00-16.00 น. ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (one stop service) โดยมีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุขให้บริการ และส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อติดตามดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน โดยสถานการณ์ตั้งแต่ ปี 2562-2566 พบอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 98.56, 60.30, 69.31, 64.14 และ 80.71 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดสำเร็จ ร้อยละ 100, 78.72, 88.89, 68.89 และ 79.37 (เป้าหมายร้อยละ 88) เนื่องจากมีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาและขาดยาอย่างต่อเนื่อง สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด โดยมีอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 0, 17.02, 9.26, 17.78 และ 14.29 (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 5) และมีอัตราขาดยา ร้อยละ 0, 4.26, 1.85, 13.33 และ 4.76 ตามลำดับ (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 2)

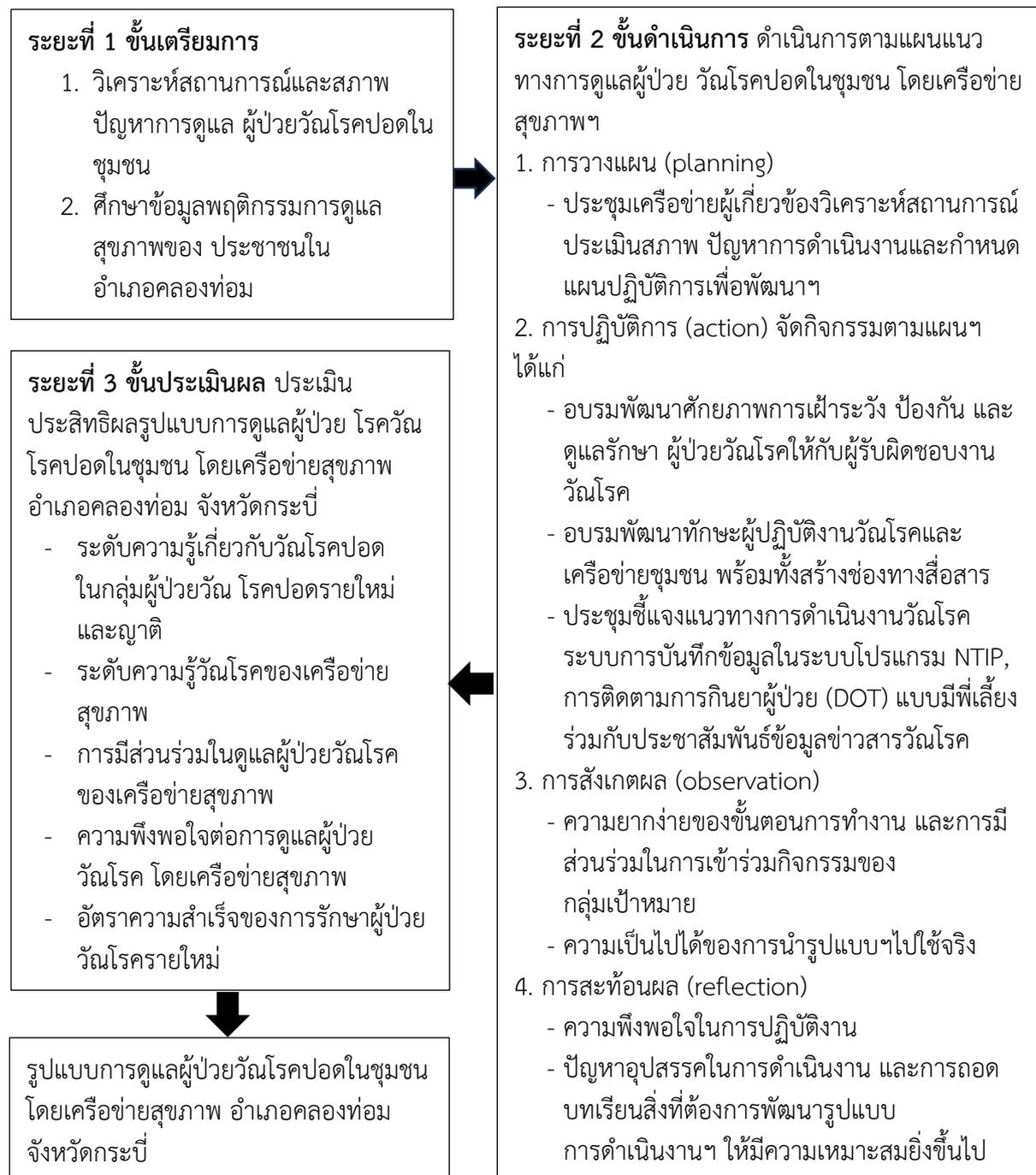
จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ตามบริบทของพื้นที่อำเภอคลองท่อม โดยได้นำแนวคิดของ Kemmis & McTaggart³ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลรักษาให้มีคุณภาพและครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สามารถยุติวัณโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย การศึกษาบริบท การวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหาของพื้นที่ 2) ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย 2.1) การวางแผนขั้นตอนนี้ นำเอาเทคนิค AIC เข้ามาประยุกต์ใช้ 2.2) การปฏิบัติดำเนินการตามแผน 2.3) การสังเกตการณ์ 2.4) การสะท้อนผล 3) ระยะประเมินผล ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart³ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวางแผน (planning) 2) การดำเนินการ (action) 3) การสังเกตการณ์ (observation) และ 4) การสะท้อนผล (reflection) และในส่วนระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ซึ่งมีการบูรณาการร่วมกับกระบวนการประชุมอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ appreciation influence control (A-I-C)⁴⁻⁵

1. ระยะเตรียมการ ศึกษาข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนของอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการป้องกันการติดเชื้อในชุมชน การส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ปัญหาและความต้องการในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณเทคโนโลยีสารสนเทศ

2. ระยะดำเนินการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ โดยนำแนวคิดของ Kemmis and McTaggart³ มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การวางแผน (planning)

ศึกษาข้อมูล และสถิติจากฐานข้อมูลระบบโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP) ปีงบประมาณ 2562 -2566 ศึกษาสถานการณ์จัดระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด สภาพการปัจจุบัน ปัญหาการให้บริการในคลินิกวัณโรค การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค และการดำเนินงานวัณโรค เพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการในการจัดรูปแบบดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม แต่งตั้งคณะทำงานที่มีส่วนร่วมของทีมผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคทุกระดับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้นำชุมชน กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสนทนากลุ่ม วางแผนการดำเนินการตามกระบวนการพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

2.2 การปฏิบัติการ (action)

ในขั้นตอนนี้ ได้นำกิจกรรมที่กำหนดมาดำเนินการ ได้แก่ 1) อบรมพัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้กับผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยประยุกต์ใช้หลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานวัณโรค (training modules for tuberculosis personnel) สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านวัณโรคและเครือข่ายในชุมชน 3) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวัณโรค ระบบการบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย โดยปฏิบัติตามแผนดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน โครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.3 การสังเกตการณ์ (observation)

ประเมินการนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริงในคลินิกวัณโรค สังเกตกำกับ ติดตามให้คำแนะนำทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคปอด สอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาไว้

2.4 การสะท้อนผล (reflection)

จัดประชุมสรุปผลและถอดบทเรียนทบทวนหลังปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ได้ทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกัน แลกเปลี่ยนความสำเร็จ แก้ไขจุดอ่อน และวางแผนเพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้พลังของเครือข่ายสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

3. ระยะเวลาประเมินผล หลังจากที่ได้นำเอารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ประเมินผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยวิเคราะห์จากผลจำนวนและร้อยละ เปรียบเทียบก่อนและหลังจากการพัฒนารูปแบบฯ ได้ 3 เดือน ได้แก่ ระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับความรู้วัณโรคของเครือข่ายสุขภาพ การมีส่วนร่วมในดูแลผู้ป่วยวัณโรคของเครือข่ายสุขภาพ ประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยเครือข่ายสุขภาพ รวมถึงการ ประเมินอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน ประกอบด้วย 1) เครือข่ายสุขภาพในชุมชนอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ จำนวน 54 คน 2) ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 26 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ภาศิเครือข่ายในอำเภอคลองท่อม ได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 11 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 13 คน และผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอำเภอคลองท่อม จำนวน 13 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุข และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ไม่น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานด้านวัณโรค เป็นผู้ปฏิบัติงานวัณโรคในหน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ไม่น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

3.1 กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอมาตรวจพบเชื้อรายใหม่ ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอคลองท่อม ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือได้รับการรักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน และได้รับยาต้านเชื้อวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ Rifampicin (R) Isoniazid (H) Pyrazinamide (Z) Ethambutol (E)

3.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคกำกับการกินยารักษาวัณโรคของผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ตลอดการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด

เกณฑ์ในการคัดออก ผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและยินยอมให้ข้อมูลใด ๆ มีภาวะแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยรุนแรง ย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอคลองท่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการวิจัย

- 1.1 สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค และสื่อความรู้เรื่องโรควัณโรค
 - 1.2 คู่มือประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค
 - 1.3 แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ
 - 1.4 แบบติดตามการกำกับกินยาของผู้ป่วย (DOT) และแบบรายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค TB07/1
2. แบบสอบถาม
- กลุ่มที่ 1 เครื่องช่วยสุขภาพในชุมชนอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่
- แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก ใช่/ไม่ใช่
 - แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถาม มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่มีเลย
- กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย
- แบบสอบถามความรู้เรื่อง โรควัณโรค จำนวน 12 เป็นข้อคำถาม 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่
 - แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคปอด จำนวน 10 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ทุกครั้ง บางครั้ง และไม่เคยเลย
 - ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครื่องช่วยสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ กำหนดมาตรวัดแต่ละข้อคำถาม 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ 1 (น้อยที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

พิจารณาจาก 2 ส่วน คือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC): อยู่ในค่า 0.67 ขึ้นไป และความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นของความรู้ โดยใช้วิธีของคูเดอร์แอนริชาร์ดสัน (KR-20) คือ ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด เท่ากับ 0.78 และการหาค่าสัมประสิทธิ์ (cronbach's alpha coefficient) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน เท่ากับ 0.73 และพฤติกรรมดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค เท่ากับ 0.72 การทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ซึ่งมีบริบทของพื้นที่คล้ายกับกลุ่มเป้าหมาย ค่าที่ได้จากสูตรของ kuder-richardson KR-20 มีสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถืออยู่ในค่าตัวเลข 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ โดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ รับการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เลขที่การรับรอง KBO-IRB 2024/26.1311 รับรองวันที่ 13 พฤศจิกายน 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกประการ

ผลการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ

เครือข่ายสุขภาพในชุมชน อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 11 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.25) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 52.50) อายุเฉลี่ย (ร้อยละ 42.29) อายุน้อยที่สุด 28 ปี อายุมากที่สุด 55 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.75) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 73.75) มีอาชีพหลัก คือ รับราชการ (ร้อยละ 63.75) เคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน (ร้อยละ 13.75)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=54)

ผลโดยรวม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
ความรู้	10.32	2.21	ปานกลาง	14.16	1.41	มาก	11.58	<0.001*
การมีส่วนร่วม	2.74	0.69	น้อย	4.22	3.43	มาก	2.37	0.010*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ พบว่า มีความรู้ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X}=10.32$, $SD=2.21$) ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ใน ระดับน้อย ($\bar{X}=2.74$, $SD=0.69$) หลังเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ มีความรู้ใน ระดับมาก ($\bar{X}=14.16$, $SD=1.41$) ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X}=4.22$, $SD=3.43$)

กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนประเภทผู้ป่วยวัณโรคปอดลงทะเบียนตรวจพบเชื้อรายใหม่ ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอคลองท่อม ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือได้รับการรักษาวัณโรค ไม่เกิน 1 เดือน และได้รับยาต้านเชื้อวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ Rifampicin (R) Isoniazid (H) Pyrazinamide (Z) Ethambutol (E) พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด จำนวน 26 คน เป็นผู้ป่วย จำนวน 13 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด 13 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.29) มีอายุระหว่าง 54-62 ปี (ร้อยละ 46.63) อายุเฉลี่ย 55.26 ปี อายุน้อยที่สุด 28 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 53.57) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 64.29) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 85.71) รายได้ต่อเดือน 1,000-5,000 บาท (ร้อยละ 60.71) ส่วนใหญ่ มี อสม. เป็นพี่เลี้ยงกำกับ การรับประทานยา ร้อยละ 42.86 ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ในระดับสูง การเปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้ ก่อนการพัฒนามีความรู้ ระดับน้อยและหลังการพัฒนามีความรู้ ระดับมาก พฤติกรรมการ

ดูแลตนเอง ก่อนการพัฒนา มีระดับน้อยและหลังการพัฒนามีพฤติกรรมดูแลตนเอง ระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้น จากก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคโควิด-19 และพฤติกรรมการดูแลตนเองป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสของผู้ป่วยโควิด-19 ก่อนการพัฒนาและ หลังการพัฒนา (N=26)

ผลโดยรวม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา				
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	t	p-value
ความรู้	10.32	2.21	ปานกลาง	14.16	1.41	มาก	11.58	<0.001*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.91	0.95	น้อย	4.17	3.53	มาก	2.47	0.010*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ พบว่า มีความรู้ ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=10.32$, $SD=2.21$) ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.91$, $SD=0.95$) หลังเข้าร่วมการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ มีความรู้ ในระดับมาก ($\bar{X}=14.16$, $SD=1.41$) ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับมาก ($\bar{X}=4.17$, $SD=3.53$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบการดำเนินงาน ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ พบประเด็นปัญหา ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเด็นสภาพปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์

ประเด็นการวิเคราะห์	สภาพปัญหาที่พบ
1. การเข้าถึงบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองรายใหม่ยังไม่ครอบคลุม - ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลล่าช้า - ขาดแนวทางการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในชุมชน - การประชาสัมพันธ์การคัดกรองยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย - ขาดการประสานการดำเนินงานคัดกรองร่วมกับชุมชน - ขาดการติดตามผลการดำเนินการคัดกรองอย่างเป็นรูปแบบ - ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลห่างไกล - เวลาารับบริการนาน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่มาตามนัด
2. กระบวนการดูแล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - กินยาไม่ต่อเนื่อง ผลข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อ่อนเพลีย บางรายหยุดยาเอง - ไม่มาตามนัด - ขาดผู้กำกับกับการกินยา (DOT) อย่างจริงจัง 2. ทีมผู้ดูแล <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - การติดตามผู้ป่วยล่าช้า ทำให้เกิดการขาดยา/หยุดยา - อสม. ขาดความรู้ด้านไวรัสโควิด ทำให้ไม่มั่นใจในการกำกับกับการกินยา 3. ระบบดูแล <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีระบบติดตามหรือเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ

- ขาดกระบวนการปฏิบัติงาน ในการเชื่อมโยงของหน่วยงานต่าง ๆ ในกระบวนการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 3 ประเด็นสภาพปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ (ต่อ)

ประเด็นการวิเคราะห์	สภาพปัญหาที่พบ
3. สนับสนุนการจัดบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - ขาด CPG การดูแลผู้ป่วยรายกรณีตามระดับความรุนแรง - ขาดระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และชุมชนที่มีประสิทธิภาพ - ไม่มีระบบการกำกับ ติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม - ไม่มีนโยบายด้านการควบคุมวัณโรคร่วมกับชุมชนที่ชัดเจน - การดำเนินงานวัณโรคในชุมชน มีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ไม่มีเครือข่ายร่วม - ไม่มีการจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาด้านการควบคุมวัณโรคอย่างเป็นระบบ - ขาดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับภาคเครือข่าย - การประชาสัมพันธ์เรื่องวัณโรคยังไม่เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งประชาชนทั่วไป

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

2.1 ขั้นวางแผน (planning) ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ในระยะที่ 1 ได้แก่ บริบทพื้นที่ นโยบายและยุทธศาสตร์การบริหารจัดการการดำเนินงานวัณโรค และการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่าย รูปแบบการดำเนินงานวัณโรคในพื้นที่ เพื่อนำมาวางแผนหาแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินสภาพปัญหาการดำเนินงานวัณโรคในชุมชน ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน ในพื้นที่ยังไม่เกิดเป็นเครือข่ายที่ชัดเจน ขาดความรู้ในการปฏิบัติงาน และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกัน ไม่มีการติดตาม กำกับ การศึกษา และไม่มี การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในระยะการรักษาเข้มข้น 2 เดือนแรก ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยาและเสียชีวิตระหว่างการรักษา จากนั้นได้นำปัญหามากำหนดกิจกรรมเพื่อดำเนินการพัฒนา ดังนี้ 1) อบรมพัฒนาทักษะการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด 2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และ 3) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวัณโรค ระบบการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในระบบโปรแกรม NTIP

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (action) โดยแต่ละทีมให้ดำเนินการตามรูปแบบ ได้แก่ 1) อบรมพัฒนาศักยภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้กับผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน รวมถึงจัดทำโครงสร้างองค์กรและทำเนียบศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค และสร้างช่องทางการติดต่อผ่านระบบออนไลน์ 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยประยุกต์ใช้หลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานวัณโรค (training modules for tuberculosis personnel) เพื่อพัฒนาศักยภาพ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จำเป็น ในการดำเนินงาน ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน มีช่องทางสื่อสาร มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารวัณโรค โดยผู้นำชุมชนผ่านหอกระจายข่าว มีทำเนียบเครือข่าย และทะเบียนการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน 3) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวัณโรค ระบบการบันทึกข้อมูล

ในระบบโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน วัณโรค และให้หน่วยบริการมีความรู้ความเข้าใจกระบวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านระบบโปรแกรมรายงาน ข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (national tuberculosis information program: NTIP) ในรูปแบบออนไลน์ เพื่อใช้ในการ จัดเก็บข้อมูลด้านวัณโรคได้อย่างถูกต้อง

2.3 ชั้นสังเกตการณ์ (observation) การสังเกตการแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมกับทีม ที่ดำเนินการ เก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ในการเข้าร่วมประชุม ผลการสังเกตการณ์การดำเนิน พบว่า องค์กรภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุนในเรื่องพาหนะในการรับ-ส่งต่อ เพื่อเข้ารับ การรักษาให้มีความสำคัญในการดำเนินงาน เป็นอย่างดี ผู้นำชุมชนให้ความสนใจสอบถาม ควรเพิ่มเรื่องสื่อ ประชาสัมพันธ์ บทความให้เข้าถึงประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถคัดกรองและได้รายชื่อ กลุ่มเสี่ยงวัณโรค แต่ในการตรวจคัดกรองเอชเรย์ยังมีปัญหา คือ กลุ่มเสี่ยงไม่มาตามนัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/หน่วย บริการ มีการควบคุมกำกับงาน ประสานงานทั้งผู้ป่วยและเครือข่ายในชุมชน แต่ยังคงขาดความต่อเนื่อง ด้วยภาระงาน และการเปิดเผยตัวของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย การกำกับการกินยาโดยใช้สมุดบันทึก พบมีปัญหาในการจัดการสิ่งแวดล้อม และภาวะเศรษฐกิจ ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุกินยาได้ถูกต้อง โดยมีญาติ (ภรรยา/บุตร) กำกับการกินยา บางราย มีปัญหา กินไม่ได้ อากาเรเหนื่อย อ่อนเพลีย และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว

2.4 ชั้นสะท้อนผล (reflection) ได้จัดประชุมการสรุปผลและถอดบทเรียนในแต่ละทีม เพื่อทบทวนการดำเนินงาน ในระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติและการบันทึกผลการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ดังนี้

2.4.1 ปัญหาของการดำเนินงานวัณโรคปอดในพื้นที่ อำเภอคลองท่อม ที่พบคือ การจัดการ เรื่องสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการเรื่องขยะติดเชื้อหรือสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากผู้ป่วย พร้อมทั้ง กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ควรได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิต/ยาเสพติด ซึ่งในการดำเนินงานต้องให้ความสำคัญในกลุ่มนี้ และหาวิธีการเพื่อให้เข้าสู่การคัดกรอง

2.4.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในชุมชน เช่น การให้ความรู้และสร้างการรับรู้ การสร้างความเข้าใจในชุมชนให้ประชาชนเข้าใจว่า ผู้ป่วยวัณโรคสามารถ หายได้ หากได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมีระบบการตรวจคัดกรองที่มีคุณภาพ และงบประมาณ ในการดำเนินงาน

2.4.3 การประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย ที่มีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน และประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่นำรูปแบบการดำเนินงานวัณโรคที่ได้รับการ พัฒนาไปใช้จริง พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจ ร้อยละ 92

สรุปผลการวิจัย

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบกับการศึกษาข้อมูลในการจัดกิจกรรมการทบทวน หลังปฏิบัติการ (after action review) รวมถึงการปฏิบัติงานในพื้นที่ พบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ต้องอาศัยหน่วยงานต่าง ๆ และเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งมีการทำงานตามบทบาทและหน้าที่ในชุมชน มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนกันการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์แบบญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ทำให้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นบรรลุผลสำเร็จ โดยสามารถสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนได้อย่างเป็น รูปธรรม มีช่องทางการสื่อสาร คู่มือ และกิจกรรมให้ความรู้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายได้รับการดูแลจาก

เครือข่ายสุขภาพ และมีพี่เลี้ยงกำกับกำกับการกินยาครบถ้วน ร้อยละ 100 ภายหลังการพัฒนา ทั้งเครือข่ายสุขภาพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยวัณโรคปอด มีระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สู่ระดับสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) นอกจากนี้ ความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพต่อการดูแลผู้ป่วย ในชุมชนก็อยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถสรุปเป็นผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการวิจัยและวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของอำเภอคลองท่อม เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้

กระบวนการ A-I-C⁴ เพื่อแสวงหาแนวทางการมีส่วนร่วม โดยการจัดประชุม 1 วัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ตัวแทนภาคีเครือข่าย ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน วางแผนแก้ไขปัญหา และร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชน ในอำเภอคลองท่อม กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทน อสม. ตัวแทน อบต. และแกนนำชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศจีมาศ อุณหะจิริงรักษ์ และคณะ⁵ ที่พบว่า การใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ ความมั่นใจและเข้าใจถึง สภาพปัญหาของผู้ป่วยแผลเรื้อรังและครอบครัวได้มากขึ้นรวมทั้ง มีแนวทางปฏิบัติในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับ กองทอง ไพศาล⁶ ที่พบว่า กระบวนการพัฒนาจากการประชุมปฏิบัติการเชิงสร้างสรรค์ AIC ของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อสู่การปฏิบัติ นิเทศติดตามประเมินผลปรับปรุงพัฒนาจนได้มาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า มีปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การกินยาของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง การเก็บเสมหะของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง สาเหตุอาจมาจากคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในครั้งแรกและครั้งเดียว ขาดการประเมินติดตามผู้ป่วยในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา สว่างศรี⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการกินยาไม่ถูกต้องสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวจากคลินิกวัณโรคและหอผู้ป่วยใน แต่ขาดการประเมินติดตามส่วนปัญหาผู้ป่วยขาดนัดรับยา/มาพบแพทย์ไม่ตรง ตามนัด สาเหตุอาจมาจากผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุต้องอาศัยผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลบางคนต้องทำงาน ไม่มีเวลาพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของดาวประกาย หย้างาม⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดนัดรับยา มีสาเหตุมาจากปัญหาในการเดินทางมารับยาและขาดแคลนทุนทรัพย์

หลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ พบว่า คณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ มีระดับความรู้และการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ มากกว่าก่อนการพัฒนา และผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และญาติผู้ป่วยความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ในระดับสูง ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน และการใช้แนวทางที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม ตั้งแต่กระบวนการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบ ทำให้เกิดเป็นความร่วมมือในการดำเนินงานมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วารุณี เปรมสิงห์ และคณะ⁹ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองแวง อำเภอนิคมน้ำจืด จังหวัดมุกดาหาร พบว่า คะแนนความรู้ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับดีมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิวิภา จิตรากุล และคณะ¹⁰ ที่พบว่า ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องวัณโรคก่อนและหลังการพัฒนาแบบ มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันวัณโรค หลังการทดลองมีคะแนนเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน มีช่องทางในการสื่อสารการแจ้งข้อมูลข่าวสารในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินการควบคุมโรคเบื้องต้น เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของวัณโรคในพื้นที่ได้ ประชาชนในพื้นที่ที่มีการแจ้งข้อมูลผ่าน อสม. มีการส่งบทความ

ประชาสัมพันธข้อมูลข่าวสารให้ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธทางหอกระจายข่าว มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน จัดทำทะเบียนการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน มีกิจกรรมให้ความรู้ และลดทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย โดยเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญมาศ เมืองเดช¹¹ ที่พบว่า ภาควิชาการศึกษามีการบูรณาการความร่วมมืออย่างมีส่วนร่วมของทีมนิสิตวิชาชีพ ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. วิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน ดำเนินการควบคุมโรค และติดตามประเมินผล สอดคล้องกับวิวัฒนา สว่างศรี⁷ ที่ทำการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของภาควิชาการในชุมชนที่เน้นให้ผู้ป่วยเป็นและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและติดตามประเมินผล ด้านการกำกับกินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ผู้นำชุมชนดำเนินการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตามความเหมาะสม อปท. สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ในการเดินทางมารับยาตามนัด โดยการสนับสนุนรถรับ-ส่ง ผู้ป่วยในวันนัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวประกาย ญาณาง⁸ ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด โดยเสมหะพบเชื้อจากโรงพยาบาล และถูกส่งต่อข้อมูลเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรคในพื้นที่ทราบ เพื่อติดตามที่บ้านและประสานเครือข่ายสุขภาพ ติดตามดูแลผู้ป่วย อสม. เขตรับผิดชอบติดตาม DOT เป็นระยะเวลา 2 เดือน ที่ผู้ป่วยรักษาวัณโรคระยะเข้มข้น หากมีปัญหาสามารถติดต่อขอคำปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทางช่องทางออนไลน์ และครอบครัวหรือการสนับสนุนทางสังคมทั้งในรูปแบบของวิชาการ งบประมาณ และแรงบันดาลใจ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญมาศ เมืองเดช¹¹ การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลแม่ใจ เกิดขึ้นด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) คน ได้แก่ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรคและญาติผู้ป่วย 2) เงินที่ได้รับจัดสรรงบประมาณจากหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และเทศบาล 3) วัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุนยาในการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 4) การจัดการที่เกิดการประสานงานตามขั้นตอนตามหลักการ “กำลังใจ ใส่ใจ และร่วมใจ” ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลทำให้การรักษาเกิดผลสำเร็จโดยที่ผู้ป่วยไม่ขาดยา พบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ และพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ต่อไป

ในส่วนของปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ จากการถอดบทเรียนการดำเนินงาน พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3 ประการ ได้แก่ 1) มีการสร้างเครือข่ายในชุมชน โดยสร้างการรับรู้ในเรื่องที่จะพัฒนาร่วมกัน มีการทำงานที่เป็นทีม มีการจัดระบบการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจน 2) สร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เริ่มตั้งแต่การวางแผนร่วมกันปฏิบัติตามแผนงานโครงการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และร่วมติดตามประเมินผล 3) การประเมินผลการดำเนินงานและกระบวนการพัฒนาความรู้โดยการประชุมติดตามนิเทศงาน การประเมินผลตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการใช้เทคนิควางแผนแบบมีส่วนร่วม ให้สามารถแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนได้ ตามความต้องการและบริบทของชุมชนตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐตัญญา หนูทอง¹² ที่ทำการศึกษารูปแบบการดำเนินงานวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจำปี อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนา คือ มีการกำหนดนโยบายด้านการควบคุมป้องกันโรควัณโรค รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาควิชาการทุกภาคส่วน มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรควัณโรคให้ทั้งผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นประชากรกลุ่มเปราะบาง มีบริบทและวิถีชีวิตที่หลากหลายเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่ยากในการดำเนินงานผู้ศึกษาต้องอาศัยความสนิทสนม นับถือ ความไว้วางใจ ของบุคคลในชุมชน ในการประสานงาน ประกอบกับผู้มีส่วนร่วมในพื้นที่ ประกอบด้วย หลากหลายกลุ่ม เช่น บุคลากรสาธารณสุข อสม. แกนนำหมู่บ้าน ผู้ป่วย และหน่วยงานเครือข่ายอื่น ๆ มาร่วมดำเนินการวิจัย ทำให้การจัดสรรเวลาและทรัพยากร เพื่อการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสะท้อนผลอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องยาก อีกทั้ง ยังต้องฝ่าฟันอุปสรรคเชิงบริบทของวัฒนธรรม เช่น การขาดความเข้าใจของชุมชน การตีตรา ที่ทำให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงไม่กล้าเข้ารับการตรวจหรือปฏิเสธการร่วมมือ และความไม่ต่อเนื่องของระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างภาคีเครือข่าย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความเป็นเจ้าของร่วม การนำผลการวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติอาจเป็นเรื่องที่ต้องใช้การสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาด้านอื่นร่วมด้วย เช่น ความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการพัฒนา หรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแยกเป็นรายด้าน เช่น ด้านการค้นหาค้นหา ด้านวางแผนงาน ด้านการดำเนินงาน และด้านการติดตามประเมินผล เป็นต้น

1.2 ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดและวัณโรคในรูปแบบอื่น ๆ และมีการนำหน่วยงานอื่นเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา อย่างน้อย 6 เดือน

References

1. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. National tuberculosis control programme guideline, Thailand 2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2021. (in Thai)
2. Krabi Provincial Public Health Office. Summary of performance evaluation results according to indicators 2023. Krabi: Krabi Provincial Public Health Office; 2023. (in Thai)
3. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Strategies of qualitative inquiry. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2007. p. 271–330
4. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991;16(2):354–61.
5. Aunhajrungrug S, Thipmusik S, Pinkaew C. Development of quality care for patients with chronic wounds through participation in a community health network at Inburi Hospital. Nurs J Minist Public Health 2013;22(2):1–10. (in Thai)
6. Kongthong P. Development of a cardiovascular patient referral system in the Phon District health network, Khon Kaen Province. Udon Thani Hosp Med J 2017;25(1):11–25. (in Thai)

7. Wattana S. Development of a community-based care model for tuberculosis patients in Mueang District, Maha Sarakham Province. *Maharakham Hosp J* 2019;16(3):116–29. (in Thai)
8. Daoprakai Y. Development of a community-based pulmonary tuberculosis patient care model by the That Phanom District health network, Nakhon Phanom Province [dissertation]. Maha Sarakham: Maharakham University; 2022. (in Thai)
9. Premsing W, Wongkongdech A, Wongkongdech R. Development of a participatory subdistrict health management model in Nong Waeng Subdistrict, Nikom Kham Soi District, Mukdahan Province. *UBRU J Public Health Res* 2019;8(2):6–12. (in Thai)
10. Jitrakul R, Laohasiriwong W, Singhalerd R. Model development of village health management for community participation in Maha Sarakham Province. *Chorphyom J* 2016;26(2):195–208. (in Thai)
11. Thanyamas M, Pruajob L. A study of a participatory pulmonary tuberculosis patient care model in Mae Chai Subdistrict, Mae Chai District, Phayao Province. *Community Public Health J* 2023;9(3):47–55. (in Thai)
12. Nutong N. Development of a community participation–based tuberculosis control implementation model in Champee Subdistrict, Si That District, Udon Thani Province. Udon Thani: Tha Hai Subdistrict Health Promoting Hospital, Si That District, Udon Thani Province; 2022. (in Thai)