การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ธัญมาศ เมืองเดช

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ธัญมาศ เมืองเดช

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

THE STUDY OF PARTICIPATORY CARE MODEL FOR PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS IN MAE JAI, SUB-DISTRICT COMMUNITY,MAE JAI DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

THANYAMAS MUENGDET

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment

of the Requirements for the Master of Public Health Degree

May 2023

Copyright 2023 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ของ ธัญมาศ เมืองเดช

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จูหว้า)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แหลมหลัก)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา

(นายแพทย์ สรวิศ บุญญฐี)

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จูหว้า)

เรื่อง: การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ผู้ศึกษาค้นคว้า: ธัญมาศ เมืองเดช, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2565

อาจารย์ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แหลมหลัก

คำสำคัญ: วัณโรค, การมีส่วนร่วม, รูปแบบการดูแล

บทคัดย่อ

วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อที่ต้องใช้เวลารักษายาวนาน และควรมีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจและศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 28 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค และญาติผู้ป่วย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ชุมชนตำบลแม่ใจเป็นพื้นที่ที่พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคและมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดจากทุกตำบล แต่การเข้าถึงบทบาทของการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัวและชุมชนยังไม่ชัดเจน ผลการศึกษารูปแบบ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้นด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1.บุคลากร ได้แก่ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค และญาติผู้ป่วย 2. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรงบประมาณจากหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และเทศบาล 3. วัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 4. การจัดการที่เกิดการประสานงานตามขั้นตอน “กำลังใจ ใส่ใจ และ ร่วมใจ” ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลทำให้การรักษาเกิดผลสำเร็จโดยที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่และพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

Title: THE STUDY OF PARTICIPATORY CARE MODEL FOR PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS IN MAE JAI, SUB-DISTRICT COMMUNITY,MAE JAI DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

Author: Thanyamas Muengdet, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2022

Advisor: Assistant Professor Prachuab Lamluk , Ph.D.

Keywords: Tuberculosis Participation Care model

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis is a contagious disease that have to take a long time for treatment and needs appropriate care model. This action research aimed to study the participatory care model for pulmonary tuberculosis patients in Mae Jai sub-district community, Mae Jai district, Phayao province. This study was divided into 2 phases: 1) situation analysis for pulmonary tuberculosis patients care in Mae Jai sub-district community and 2) investigate participatory care model for pulmonary tuberculosis patients in Mae Jai sub-district community. The key informants were 28 stakeholders such as man included village health volunteer, village headman, health officials, patients, people who were diagnosed and treated for tuberculosis and their relatives. Data were collected by in-dept interview and focus group discussion and content analysis was performed for data analysis. The results revealed that Mae Jai sub-district community was the highest morbidity and mortality rate of tuberculosis but the role of family and community for patient care prod is unclear. The participatory care model investigated was composed of 4 components; 1.Man included village health volunteer, village headman, health officials, patients, people who were diagnosed and treated for tuberculosis and their relatives, 2.Money allocated from Primary Care Unit, hospital and municipality, 3.Materials supported by community hospitals and subdistrict health promotion hospitals and 4.Management according to “3 hearts concept” (encourage heart, pay attention heart and confederate heart). The results of model lead to patient self-care, community participation and effective treatment. This model will be applied for all area in Mae Jai district or other area as the similar context.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตัวเองครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ผศ.ดร.ประจวบ แหลมหลัก ผู้เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำ และส่งเสริมกระบวนการคิดและชี้แนะแนวทางการศึกษาค้นคว้าให้ผู้ศึกษาค้นคว้ามาโดยดลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และความตั้งใจในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขเพื่อทำประโยชน์แก่สังคมและชุมชน

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ ผศ.ดร.ชนิตรา ประดิษฐ์สถาพร และนายวรศิลป์ ผัดมาลา ที่ได้สละเวลาอันมีค่าตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ รวมทั้งขอบคุณผู้ที่มีส่วนในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและทำรายงานการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ ท่านผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ท่านผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา ครู อาจารย์และทุกคนในครอบครัว ที่ได้เคยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้กำลังใจ และสนับสนุนผลักดันให้เกิดความมานะพยายามในการศึกษาและให้โอกาสในการพัฒนาความรู้แก่ผู้ศึกษาค้นคว้าและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และสามารถเป็นแนวทางการดำเนินงานแก่ท่านผู้อ่านและศึกษาต่อไป

ธัญมาศ เมืองเดช

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 5

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5

ขอบเขตการวิจัย 5

นิยามศัพท์เฉพาะ 5

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย 7

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 8

บริบทชุมชนตำบลแม่ใจ 8

หลักการและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรควัณโรค 11

แนวคิดทฤษฎีในการวิจัย 25

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 31

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 43

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 43

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 46

การเก็บรวบรวมข้อมูล 49
การวิเคราะห์ข้อมูล 51
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....53
ขั้นการวางแผน (Planning).....53
ขั้นปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan).....68
ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation).....77
ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection).....79
บทที่ 5 บทสรุป.....82
สรุปผลการวิจัย 82
อภิปรายผลการศึกษา 85
ข้อเสนอแนะ.....88
บรรณานุกรม 90
ภาคผนวก 95
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการศึกษา 96
ประวัติผู้วิจัย 100

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักในขั้นตอนการศึกษา และวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษา 45

ตาราง 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....47

ตาราง 3 ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล.....50

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงแผนที่ตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา.....9

ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....42

ภาพ 3 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ 76

ภาพ 4 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ 81

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis ซึ่งวัณโรคเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกทั่วโลกที่มีจำนวนมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั่วโลก (Global Tuberculosis Report 2020) องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 130 รายต่อแสนประชากร และพบผู้เสียชีวิตจากวัณโรค 1.2 ล้านคน ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยพบผู้ป่วยวัณโรคในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 32% และในช่วงปี พ.ศ.2563 เกิดการเสียชีวิตจากวัณโรคถึง 1.66 ล้านคน โดยใกล้เคียงกับการเสียชีวิตจากวัณโรคทั่วโลกในปี พ.ศ. 2558 และจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (The World Health Assembly) ได้มีเป้าหมายให้ยุติการระบาดของวัณโรคระดับโลก โดยกำหนดให้มีการคลอบคลุมป้องกันโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development, Gouls: SDGs) โดยให้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ ยุติวัณโรค (End TB strategy) ในปี พ.ศ. 2573 และ พ.ศ. 2578 ซึ่งเป็นการลดอุบัติการณ์วัณโรคทั่วโลกและอัตราการเสียชีวิตลง 90% และ 95% ตามลำดับ หากเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558 ได้มีการพบผู้เสียชีวิตจากวัณโรคจำนวน 1.4 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเพิ่มอีก 0.4 ล้านคน จากวัณโรคในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (World Health Organization, 2015) และต่อมาในเดือนกันยายนปี พ.ศ. 2561 จึงได้มีการกำหนดการสิ้นสุดวัณโรค

สำหรับประเทศไทย ปัญหาของโรควัณโรคพบว่าในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก จากการคาดการณ์วัณโรคจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรค 150 ต่อแสนประชากร มีการพบผู้ป่วย 105,000 รายต่อปี ซึ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 2,500 ราย และผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยด้วยการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย โดยคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิต 11,000 ราย ซึ่งจากการรายงานในปีพ.ศ. 2563 ประเทศไทยพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา 87,789 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 6,798 ราย ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 1,221 ราย และผู้ป่วยเสียชีวิต 6,802 ราย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งกลุ่มประเทศที่มีการภาวะวัณโรคสูง เป็น 3 กลุ่ม ซึ่งประเทศไทยมีภาวะวัณโรคสูงและจัดอยู่ในทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีปัญหาวัณโรคสูง กลุ่มที่มีปัญหาติดเชื้อเอชไอวีสูง และกลุ่มที่มี

ปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข จากผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค 73,756 ราย โดยมีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 77.6 จึงต้องให้มีการดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมายที่ร้อยละ 90 โดยเร่งรัดลดการตาย ลดการขาดยา และพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามผลการรักษา (สำนักวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร, 2559) ประเทศไทยจึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560–2564 เพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรคให้เหลือ 88 ต่อประชากรแสนคน เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2564 สำหรับแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 จึงเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนแผนงานวัณโรคให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดเพื่อให้การแก้ไขปัญหาวัณโรคสอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีด้านการตรวจ วินิจฉัย การรักษา และการป้องกันตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกตั้งไว้ (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561)

ในจังหวัดพะเยา จากข้อมูลตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 ถึง ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนคิดเป็น 108.70, 116.10, 122.95, 119.63 และ 116.68 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสำเร็จในปี พ.ศ. 2559–2563 คิดเป็นร้อยละ 78.41, 64.91, 65.89, 75.00 และ 76.6 ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2559–2563 คิดเป็นร้อยละ 13.64, 13.60, 20.62, 21.85 และ 17.90 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 1 และจำนวนผู้ป่วยวัณโรคพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553–2563 มีจำนวนผู้ป่วยลดลงจาก 56 ต่อแสนประชากร เหลือ 18 ต่อแสนประชากร แต่พบ อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.4 ใน ปี พ.ศ. 2558 เพิ่มเป็นร้อยละ 16.67 ในปีพ.ศ. 2563 (กลุ่มงานวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2565)

จากการดำเนินงานโรควัณโรคในพื้นที่อำเภอแม่ใจ ซึ่งมุ่งเน้นในการลดการแพร่เชื้อในชุมชนและลดอัตราป่วยรายใหม่ด้วยกลวิธีที่เรียกว่า Directly Observed Treatment Shot Course (DOTS) เป็นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบผสมผสานระยะสั้น สูตรมาตรฐาน ระยะเวลา 6 เดือน ในผู้ป่วยวัณโรคใหม่ โดยที่มีผู้คอยสังเกตการกินยาของผู้ป่วยทุกครั้งตลอดช่วงระยะเวลาการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งขนาดและจำนวน ซึ่งจากข้อมูลการป่วยด้วยวัณโรคพบว่า ใน ปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วย 23 ราย รักษาสำเร็จ 17 ราย เสียชีวิต 3 ราย ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 31 ราย รักษาสำเร็จจำนวน 19 ราย เสียชีวิตจำนวน 4 ราย ใน ปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยจำนวน 18 ราย รักษาสำเร็จจำนวน 7 ราย เสียชีวิตจำนวน 3 ราย และกำลังรักษา 8 ราย และในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 29 ราย รักษาสำเร็จ 7 ราย เสียชีวิต 4 ราย และกำลังรักษา 13 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ, 2565)

แต่จากสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่อำเภอแม่ใจนั้นยังคงพบผู้ป่วยรายใหม่และพบผู้เสียชีวิตจากการป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีวิธีการดูแลการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดการรักษา และจากในพื้นที่ตำบลแม่ใจ เป็นพื้นที่ที่มีประชากรมากที่สุดในเขตอำเภอแม่ใจ และประชากรเหล่านั้นพบว่าป่วยด้วย 7 กลุ่มโรค ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของโรควัณโรคมากที่สุด ได้แก่ 1. ผู้สัมผัสวัณโรค เช่น ผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 4. ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม 5. ผู้ต้องขัง 6. แรงงานต่างชาติ และ 7. บุคลากรสาธารณสุข ทำให้พบผู้ป่วยวัณโรคสูงที่สุดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 จำนวนทั้งหมด 21 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดในทุกตำบลตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560-2564 จำนวนทั้งหมด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.05 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ, 2565) ซึ่งจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ผ่านมาในชุมชน ทำให้พบว่าการ Directly Observed Treatment Shot Course (DOTS) ของผู้ป่วย หรือญาติ รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังพบปัญหาระหว่างการเข้าไปกำกับดูแลติดตามการรับประทานยา ขาดการดูแลจากครอบครัว และชุมชน ดังนั้น ผู้ที่ป่วยวัณโรค จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลร่วมกันจากครอบครัว ชุมชน เครือข่ายสาธารณสุข ในการดูแลแบบมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตำบลแม่ใจ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนและลดอัตราการเสียชีวิต แต่ในปัจจุบันการเข้าไปกำกับติดตามการรับประทานยาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของชุมชนยังพบปัญหาในเรื่องของความรู้ความเข้าใจ แนวทางปฏิบัติต่อตัวผู้ป่วย ที่คิดว่าผู้ที่ป่วยวัณโรคเป็นโรคอันตรายร้ายแรงติดต่อได้ง่าย ไม่ต้องการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือดูแลจากชุมชน และทางผู้นำชุมชนยังไม่ให้ความสำคัญกับวัณโรคเมื่อเทียบกับโรคติดต่ออื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และต้องดูแลตนเองเพียงลำพัง เนื่องจากชุมชนคิดว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องคอยดูแลเท่านั้น และการเข้าถึงบทบาทของการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน ยังขาดการรับรู้ถึงบทบาทที่ต้องปฏิบัติหากพบผู้ป่วยในชุมชน

ชุมชนตำบลแม่ใจ ปี พ.ศ 2564 จากการศึกษาโครงการนำร่อง (Pilot Project) ของผู้วิจัยในชุมชนตำบลแม่ใจ โดยการเก็บข้อมูลผู้ป่วยและญาติ รวมถึงญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาในพื้นที่ตำบลแม่ใจ พบว่าผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จเกิดจากการดูแลของญาติและตัวผู้ป่วยเอง ในการดูแลเอาใจใส่ของบุคคลในครอบครัว การรับประทานยาต่อเนื่อง โดยญาติเป็นผู้กำกับการกินยา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามาดูแลในการประสานงานติดตามกับทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงระหว่างการรักษาผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยตรง

ทำให้การดูแลรักษาต่อเนื่อง และพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายมีความวิตกกังวลกลัวชุมชนรับรู้ว่าตนเองป่วยด้วยวัณโรค ไม่ต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้ามาติดตามอาการ สำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะกำลังรักษานั้นจากการสอบถามทางญาติ เกิดจากผู้ป่วยเองไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดการพบแพทย์ตามนัด ปฏิเสธการกินยา และญาติผู้ป่วยไม่สามารถพูดคุย กำกับการรับประทานยาและทำให้ผู้ป่วยยินยอมรักษาได้ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และผู้ป่วยบางราย ที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาเนื่องจากมีโรคประจำตัวและเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งสำคัญคือการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน และชุมชนยังมีส่วนร่วมน้อยเนื่องจากเกิดความกลัวต่อตัวผู้ป่วย

ผู้วิจัยเห็นว่าการทำงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้นต้องมีการดำเนินงานร่วมกับชุมชน ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกำกับการรับประทานยาและร่วมกันคิดหาวิธีการดำเนินงานให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง และรักษาสำเร็จ ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน เนื่องจากในชุมชนตำบลแม่ใจยังไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งเดิมเป็นเพียงการรับรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาล และเข้าไปติดตามกำกับการรับประทานยา (DOTS) ของผู้ป่วยเป็นบางช่วงเวลาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติผู้ป่วยเองในบางครั้งไม่สามารถช่วยผู้ป่วยในเรื่องของการกำกับการรับประทานยา (DOTS) อย่างต่อเนื่องได้ หรือการอยู่เพียงลำพังของตัวผู้ป่วยเอง ทำให้การกำกับการรับประทานยาเป็นหน้าที่ของตัวผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้ขาดการรับประทานยา ที่ต่อเนื่องเนื่องจากไม่มีญาติ หรือผู้นำชุมชนที่มีพละกำลังในการช่วยเหลือดูแล ผู้วิจัยจึงพบว่าในชุมชนนั้นยังไม่เกิดการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่บ้าน เทศบาลตำบลแม่ใจในการเข้ามากำกับและติดตามดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้นไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเองยังต้องอาศัยองค์ประกอบที่เข้ามาช่วยให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และหายขาดจากโรค คือ ด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ ที่ต้องเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและจากการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (แนวทางการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย, 2564) ในการดูแลเพื่อให้มีการรักษาสำเร็จ ทำให้ต้องมีการพึ่งพาชุมชน รวมถึงเพื่อให้เกิดการกระทำในระดับบุคคลและชุมชน ให้ชุมชนสามารถเป็นที่พึ่งแก่ผู้ป่วยได้ ทำให้เกิดการประสานงานข้อมูลอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง โดยให้มีผู้สังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วย ทำการบันทึกการกินยาประจำวัน (Check lisk) เฝ้าระวังการแพ้ยาของผู้ป่วย ให้คำแนะนำที่เหมาะสม ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาตามนัด และการติดตามผู้ป่วยทันทีที่ขาดยา ในการดำเนินงานรักษาวัณโรค

ให้หายขาด และหยุดการแพร่ระบาดของโรค รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่สามารถแพร่เชื้อในชุมชนได้ ดังนั้นบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยจึงมีโอกาสรับเชื้อจากผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิดอื่น ๆ รวมทั้งการปกป้องชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ให้ห่างไกลจากการแพร่กระจายเชื้อ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่ชุมชน หรือในครอบครัวผู้ป่วย โดยการให้ความสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมและร่วมกันยุติปัญหาวัณโรคของชุมชน อีกทั้งผลการรักษายังช่วยเพิ่มความสำเร็จให้สูงขึ้น ตามแผนงานยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ 2560–2564 ได้กำหนดแนวในการป้องกันวัณโรคคือ “ค้นให้พบ จบด้วยหาย” ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายตามแนวทางการมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

คำถามการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมของชุมชนควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน – 30 ธันวาคม 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

วัณโรค หมายถึง โรคที่มีการติดเชื้อโดยเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium ซึ่งวัณโรคสามารถเกิดได้ทุกอวัยวะในร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด ส่วนวัณโรคนอกปอดเกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง ข้อต่อ กระดูกสันหลัง ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น และมีอาการแสดง คือ ไอเรื้อรังนานเกิน 2 สัปดาห์ โดยมีหรือไม่มีไข้ ไอเป็นเลือด น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นวัณโรค จากการยืนยันทางห้องปฏิบัติการได้โดยวิธี acid fast bacilli smear (AFB smear) หรือวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) หากผลเป็นบวกจะยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็น TB disease และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรค

รูปแบบการดูแล หมายถึง องค์ประกอบด้านบุคคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการของชุมชน สำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึ่งผ่านการวิเคราะห์บริบทของชุมชน การกำหนดกิจกรรมการดูแล การลงมือปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ จนเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์คือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

บริบทปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของชุมชน หมายถึง สถานการณ์การพบผู้ป่วยวัณโรคและมีพบการเสียชีวิตในพื้นที่ตำบลแม่ใจ ที่ไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในการติดตามกำกับการรับประทานยา (DOTS) ของผู้ป่วย ที่ชัดเจนของชุมชน ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยอาศัยองค์ประกอบที่เข้ามาช่วยให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และหายขาดจากโรค คือ ด้านบุคลากร คือ ญาติผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน ด้านงบประมาณ คือ งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากเทศบาลตำบลและโรงพยาบาล ด้านวัสดุอุปกรณ์ คือ วัสดุอุปกรณ์ และยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และด้านการจัดการ คือ การดำเนินงานตามองค์ประกอบด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากชุมชน

ผลลัพธ์การดูแล หมายถึง ผลการดำเนินงานที่ได้จากกระบวนการ ขั้นตอนที่บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมและเกิดการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทำให้เกิดผลลัพธ์คือผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของการรักษา มีการกำกับการรับประทานยาและหายขาดจากโรค ลดอัตราการเสียชีวิตลง

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค หมายถึง การอธิบายได้ถึงโรควัณโรค การแพร่เชื้อของโรค การเกิดของโรคและสาเหตุของโรคได้อย่างชัดเจน

บทบาทในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วย รวมถึงผู้นำชุมชน ในการเข้าไปกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง

การป้องกันไม่ให้พบผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน หมายถึง การทำให้เกิดการป้องกันตนเองของผู้ป่วย เพื่อไม่ให้มีการแพร่กระจายของเชื้อ ไม่ให้เกิดการติดต่อของคนในบ้าน และโอกาสพบผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชนน้อยลง

การควบคุมป้องกันวัณโรคในชุมชน หมายถึง การควบคุมป้องกันวัณโรคในชุมชนที่ต้องการให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกัน โดยอาศัยความร่วมมือของทุกคนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วย รวมถึงผู้นำชุมชน

ระบบสุขภาพในชุมชน หมายถึง การดูแลสุขภาพของคนในชุมชนที่อาศัยการมีส่วนร่วมของทุกคน รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอครอบครัวในชุมชนนั้น ๆ ที่จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพหรือการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถช่วยเหลือแนะนำดูแลรักษาสุขภาพ ป้องกันโรค และประสานส่งต่อผู้ป่วย

การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว หมายถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว ตลอดการรักษา จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องการกำกับรับประทานยา แนะนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร่วมกับญาติของผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการให้ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม ของผู้นำชุมชน

การปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง การยอมรับในการรักษาของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยจากญาติที่คอยกำกับการรับประทานยา พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด

การจัดการสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย หมายถึง การร่วมช่วยกันของคนในชุมชนและมีผู้ใหญ่บ้านที่เป็นกำลังสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนในชุมชน และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยเหลือ จัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ งบประมาณ กำลังคน ในการจัดสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่พี่เลี้ยง หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการตามบทบาทหน้าที่พี่เลี้ยงในการดูแล ติดตามอาการ รวมถึงให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยวัณโรค และการประสานงานกับชุมชน ในการลงติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการ และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมจากชุมชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษา คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ และศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ โดยมีวิธีการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. บริบทชุมชนตำบลแม่ใจ
2. หลักการและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรควัณโรค
3. แนวคิดทฤษฎีในการวิจัย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทชุมชนตำบลแม่ใจ

1. ประวัติศาสตร์ชุมชน

ชุมชนตำบลแม่ใจ เดิมชื่อบ้านปง เพราะแต่เดิมชาวแม่ใจกลุ่มแรกที่มาตั้งถิ่นฐานอพยพมาจากบ้านปงแสนทอง จังหวัดลำปาง อำเภอแม่ใจ โดยในขณะนั้นมีฐานะเป็นตำบลหนึ่งของอำเภอแม่ใจ ที่ได้จัดการปกครองรวมกันเป็นจังหวัดพายัพเหนือ ต่อมาได้มีประกาศกระทรวงมหาดไทย ให้ตำบลแม่ใจขึ้นกับเมืองเชียงราย และอยู่ในมณฑลพายัพ ในปี พ.ศ. 2501 กรมการปกครองได้พิจารณาเห็นว่าท้องที่ ตำบลแม่ใจ และตำบลอื่น ๆ ในพื้นที่อำเภอแม่ใจสมควรยกฐานะขึ้นเป็นกิ่งอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย และต่อมาในปี พ.ศ.2520 เมื่อมีพระราชบัญญัติจัดตั้งจังหวัดพะเยา ตำบลแม่ใจ จึงกลายเป็นตำบลหนึ่งของอำเภอแม่ใจ

2. ลักษณะภูมิประเทศ

ตำบลแม่ใจมีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มระหว่าง ภูเขาด้านเหนือ มีน้ำแม่ใจ ไหลผ่านจากทิศเหนือผ่านเข้าสู่หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 10 หมู่ที่ 5 ด้านทิศตะวันออกมีแหล่งน้ำขนาดใหญ่เรียกว่า หนองน้ำเล็งทราย ตั้งอยู่หมู่ที่ 2 มีพื้นที่ประมาณ 5,562 ไร่ มีลำน้ำจากหนองเล็งทรายไหลผ่านหมู่ที่ 2 หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ใจ และลงสู่น้ำแม่ปืมผ่านหมู่ที่ 5 ไหลผ่านไปยังเขตอำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา นอกจากนี้ยังมีลำคลองชลประทานจากอ่างแม่ปืม ไหลจากทางทิศตะวันออกผ่านพื้นที่หมู่ที่ 2, 5 และหมู่ที่ 7 ตำบลแม่ใจเข้าสู่เขตตำบลแม่สุก

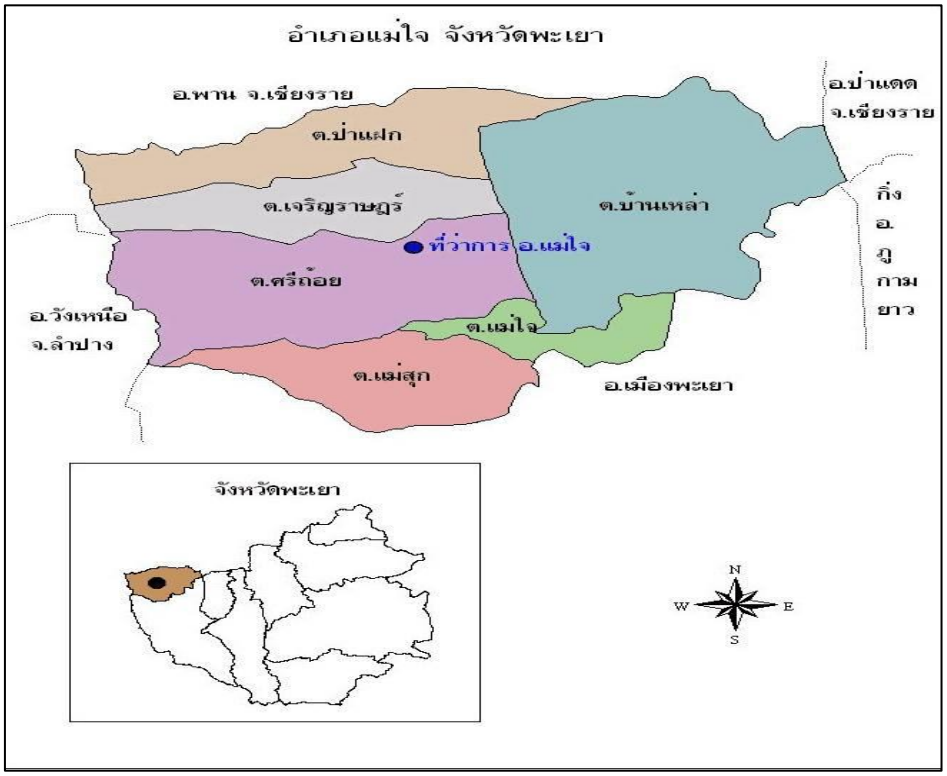
3. ลักษณะทั่วไปและที่ตั้งของชุมชน

ทิศเหนือ อยู่ติดกับอาณาเขต ตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ทิศตะวันออก อยู่ติดกับอาณาเขตตำบลบ้านเหล่า อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ทิศใต้ อยู่ติดกับอาณาเขตตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ทิศตะวันตก อยู่ติดกับอาณาเขต ตำบลแม่สุก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา



ภาพ 1 แสดงแผนที่ตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ที่มา: สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอแม่ใจ, https://district.cdd.go.th/maechai/about

4. ข้อมูลพื้นฐานประชากร

จากข้อมูลโครงสร้างประชากรในชุมชนตำบลแม่ใจ พบว่า มีจำนวนหมู่บ้านทั้งสิ้น 10 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือน จำนวน 1,877 หลังคาเรือน จำนวนประชากรทั้งสิ้น 4,840 คน ประชากรทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีวัดทั้งหมด 4 วัด ได้แก่ วัดศรีสุพรรณ, วัดศรีดอนแก้ว, วัดศรีบังวัน, และวัดสีมา การศึกษาของประชากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมา

ระดับมัธยมศึกษา ปริญญาตรีและไม่มีการศึกษา ตามลำดับ ประชากรร้อยละ 80 ประกอบอาชีพทำไร่ ทำสวน รองลงมาคือ รับจ้าง ค้าขาย ตามลำดับ

5. การศึกษา

ตำบลแม่ใจ มีโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตการศึกษาจังหวัดพะเยา เขต 1 จำนวน 2 แห่ง คือ โรงเรียนบ้านแม่ใจ (แม่ใจเพาะวิทยาการ) และโรงเรียนบ้านป่าตึง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 1 แห่ง คือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านป่าตึง

6. การคมนาคม

ในตำบลแม่ใจ ใช้เส้นทางคมนาคมทางบกเป็นหลักเท่านั้น การคมนาคมทางอากาศและทางเรือยังไม่มี โดยมีเส้นทางคมนาคมทางหลวงแผ่นดิน สายถนนพหลโยธิน (หมายเลข 1) และถนนพหลโยธิน (สายใน) ผ่านหน้าหน้าสถานีตำรวจภูธรอำเภอแม่ใจ และเส้นทางสายต่าง ๆ เข้าหมู่บ้าน โดยถนนแต่ละเส้นเชื่อมต่อกันทุกสายทำให้การสัญจรภายในตำบลนั้นสะดวก ถนนส่วนใหญ่มีสภาพการใช้งานได้ดี แต่มีบางสายที่ผิวการจราจรชำรุดและขนาดถนนแคบไม่ได้มาตรฐาน

7. ระบบเศรษฐกิจ

การผลิตและรายได้หลักของประชากรในตำบลแม่ใจ คือ สาขาเกษตรกรรม อันเป็นที่มาของรายได้ ร้อยละ 50 ของรายได้ทั้งหมดของประชากรในตำบลแม่ใจ รองลงมาได้แก่ การพาณิชย์ การบริการและอื่น ๆ ตามลำดับ สำหรับรายได้โดยเฉลี่ย ของประชากร ประมาณ 74,373 บาท/คน/ปี

8. วัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่นที่สำคัญ

ตำบลแม่ใจ มีวัฒนธรรมและประเพณี ประกอบไปด้วย ประเพณีแห่เทียนพรรษา ประมาณเดือนกรกฎาคม ประเพณีลอยกระทง ประมาณเดือนพฤศจิกายน ประเพณีสรงน้ำพระเจ้าทองทิพย์ ประมาณเดือนเมษายน ประเพณีบวงสรวงเจ้าหลวงคำแดง ประมาณเดือนมิถุนายน ประเพณีสรงน้ำพระเจ้าองค์ดำ ประมาณเดือนพฤษภาคม–มิถุนายน และประเพณีบวงสรวงหนองเล็งทราย ประมาณเดือนพฤษภาคม–มิถุนายน

9. สภาพปัญหาวัณโรคในชุมชน

จากข้อมูลการป่วยด้วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจพบผู้ป่วยวัณโรคสูงที่สุดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560–2564 จำนวนทั้งหมด 21 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดในทุกตำบล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560–2564 จำนวนทั้งหมด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.05 ซึ่งจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ผ่านมาในชุมชน พบปัญหาระหว่างการเข้าไปกำกับดูแลติดตามการรับประทานยา (DOT) ขาดการดูแลจากครอบครัว และพบปัญหาในเรื่องของความรู้ความเข้าใจ แนวทางปฏิบัติ

ต่อตัวผู้ป่วย ที่คิดว่าผู้ที่ป่วยวัณโรคเป็นโรคอันตรายร้ายแรง ติดต่อได้ง่าย ไม่ต้องการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือดูแลจากชุมชน และทางผู้นำชุมชนยังไม่ให้ความสำคัญกับวัณโรคเมื่อเทียบกับโรคติดต่ออื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และต้องดูแลตนเองเพียงลำพัง เนื่องจากชุมชนคิดว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องคอยดูแลเท่านั้น และการเข้าถึงบทบาทของการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน ยังขาดการรับรู้ถึงบทบาทที่ต้องปฏิบัติหากพบผู้ป่วยในชุมชน

หลักการและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรควัณโรค

1. นิยามของวัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis วัณโรคสามารถเกิดได้กับทุกอวัยวะในร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด และยังสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย วัณโรคนอกปอดจะพบในอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ระบบประสาท เป็นต้น วัณโรคเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คน ติดต่อกันผ่านทางอากาศ (airborne transmission) โดยเมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดมีอาการไอจะเกิดละอองฝอยออกมา (droplet nuclei) และฟุ้งกระจายเป็นละอองฝอยในอากาศขนาดใหญ่และตกลงสู่พื้นดิน ละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 1–5 ไมโครเมตร จะลอยอยู่ในอากาศ ทำให้ผู้อื่นสามารถสูดเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป ผู้ป่วยวัณโรคคือผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคและภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถจัดการทำลายเชื้อได้หรือเป็นผลหลังจากการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงมาแล้วหลายปี ผู้ป่วยวัณโรคจะมีอาการและอาการแสดงของวัณโรค เช่น ไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ เจ็บหน้าอก ไอมีเลือดหรือเสมหะปน น้ำหนักลด ไข้เหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร เป็นต้น โดยผู้ป่วยจะสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ผ่านระบบทางเดินหายใจ จากการพูดคุย หรือจาม ของเหลวในร่างกายหรือเนื้อเยื่อในตำแหน่งที่เป็นโรคสามารถเก็บส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการได้โดยวิธี acid fast bacilli smear (AFB smear) หรือวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) หากผลเป็นบวกจะยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็น TB disease (กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค, 2561)

2. ประเภทของวัณโรค

2.1 แบ่งตามชนิดของวัณโรค

2.1.1 วัณโรคปฐมภูมิ (primary tuberculosis) คือการป่วยเป็นวัณโรคจากการติดเชื้อครั้งแรก เนื่องจากร่างกายยังไม่มีภูมิคุ้มกันจำเพาะ ส่วนมากเป็นในเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เมื่อมีการติดเชื้อในเนื้อปอด เชื้อวัณโรคจะมีการแบ่งตัวและทำลายเนื้อปอด

บริเวณนั้น ๆ ทำให้มีรอยโรคในเนื้อปอดเรียกว่า primary focus หรือ Ghon's focus มักพบบริเวณตรงกลาง (mid-zone) ซึ่งเป็นส่วนล่างของปอดกลีบบน หรือส่วนบนของปอดกลีบล่าง ส่วนมากมักจะเป็นแห่งเดียวแต่อาจพบหลายแห่งได้ถ้าเชื้อวัณโรคแบ่งตัวในเนื้อปอดมากขึ้น อาจลุกลามไปตามหลอดน้ำเหลือง (lymphatic vessels) ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด (hilar lymph node) ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น สำหรับ primary focus และต่อมน้ำเหลืองที่โตขึ้นรวมเรียกว่า primary complex หากพยาธิสภาพเกิดอยู่ใกล้กับเยื่อหุ้มปอดอาจเกิดของเหลวในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดโตและอาจกดหลอดลม ทำให้เกิดปอดแฟบ (atelectasis) ในภาวะที่มีการทำลายของผนังหลอดลมเล็ก ๆ จะทำให้เกิดหลอดลมโป่งพอง (bronchiectasis) หรือปอดอักเสบ (broncho-pneumonia) และหากเชื้อเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดจะทำให้เชื้อสามารถกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้

2.1.2 วัณโรคทุติยภูมิหรือวัณโรคหลังปฐมภูมิ (secondary or post-primary tuberculosis) คือการป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อมานานซึ่งอาจจะหลายปี เมื่อร่างกายมีภาวะอ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันไม่แข็งแรง มีการกระตุ้นให้เชื้อวัณโรคที่สงบอยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน มีการแบ่งตัวขึ้นมาใหม่ ส่วนใหญ่จะเป็นที่ปอด เช่น ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ประมาณร้อยละ 70-90 ไม่ติดเชื้อวัณโรค มีเพียงประมาณร้อยละ 10-30 ที่ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง โดยทั่วไปหลังติดเชื้อวัณโรค เชื้อจะไม่ลุกลามจนทำให้ป่วย ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 จะไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งไม่ป่วยเป็นวัณโรคและไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ โดยมีเพียงร้อยละ 10 ของวัณโรคระยะแฝงที่จะสามารถป่วยเป็นวัณโรคได้ โดยร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปี และอีกร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคหลังจาก 2 ปีที่ติดเชื้อ โดยธรรมชาติของวัณโรคผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 50-65 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2556)

2.2 แบ่งตามตำแหน่งของโรค

2.2.1 วัณโรคปอด (Pulmonary TB) คืออาการ และอาการแสดงของวัณโรคนั้นจะไม่ชัดเจน ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ได้รับเชื้อวัณโรค แต่อาการที่พบได้บ่อย คือ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไอมีเสมหะ เหงื่อออกกลางคืนและอาจพบอาการไอเป็นเลือด

2.2.2 วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary TB) คืออาการที่เกิดวัณโรคในอวัยวะอื่น ๆ นอกเหนือจากปอด เช่น เยื่อหุ้มสมอง ต่อมน้ำเหลือง ช่องท้อง ผิวหนัง กระดูกและข้อ ระบบสืบพันธ์และทางเดินปัสสาวะทำการวินิจฉัยโดยการตรวจชิ้นเนื้อแสดงผลบวกหรือผลการตรวจร่างกายที่บ่งบอกอย่างชัดเจนและแพทย์ตัดสินใจรักษาวัณโรค

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

3.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดกล่องเสียง และอวัยวะอื่นที่มีช่องทางเปิดออกสู่ภายนอก โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีแผลโพรงในปอดหรือมีแผลลุกลาม ซึ่งจะตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ปิดปากและจมูกเมื่อมีอาการ ไอ จาม

3.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อได้แก่สถานที่คับแคบหรืออับทึบ (enclosed spaces) มีการไหลเวียนของอากาศน้อย ถ่ายเท/ระบายอากาศไม่ดี

3.3 ปัจจัยด้านผู้สัมผัสขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อวัณโรคในอากาศที่ผู้สัมผัสสูดเข้าไประยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ

3.4 ปัจจัยด้านการให้บริการสาธารณสุข ได้แก่ ความล่าช้าในการวินิจฉัย (delay diagnosis) การเริ่มการรักษาล่าช้า (delay treatment) ไม่มีการแยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่น การรักษาด้วยระบบยาที่ไม่เหมาะสม (แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค)

4. ระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรค

ความเสี่ยงเกี่ยวกับวัณโรคครอบคลุมตั้งแต่ความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ การติดเชื้อ การเกิดโรค การรักษา การเสียชีวิตและการดื้อยาโดยแบ่งความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค (risk of exposure) สัมพันธ์กับความถี่และระยะเวลาที่อยู่ ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในที่คับแคบ แออัด และระบายอากาศไม่ดี เช่น ในบ้าน หรือที่ทำงาน การอยู่อาศัย การเดินทางและทำงานในเมืองที่มีคนอาศัยอยู่หนาแน่น และอยู่ในสถานที่เฉพาะที่สัมผัสโรคได้ง่าย เช่น เรือนจำ สถานสงเคราะห์ สถานบริการสาธารณสุข ค่ายอพยพ ค่ายทหาร อยู่ในชุมชนที่มีความชุกวัณโรคสูง เช่น แรงงานข้ามชาติ

ระดับที่ 2 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค (risk of infection) ขึ้นกับจำนวนเชื้อที่สูดเข้าสู่ร่างกาย ระยะเวลาที่สัมผัสกับผู้ป่วย ความรุนแรงของเชื้อ ภูมิคุ้มกันของผู้สัมผัสโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะลุกลามและแพร่เชื้อ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะสามารถแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่นได้ปีละ 10–15 คน

ระดับที่ 3 ความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค (risk of developing active disease) ประชากรทั่วไปที่ติดเชื้อวัณโรค ตลอดช่วงชีวิตมีโอกาสป่วยด้วยวัณโรคประมาณร้อยละ 10 ความเสี่ยงจะสูงสุดในช่วง 2 ปีแรก แต่ถ้ามีโรคหรือภาวะเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูงขึ้น บุคคลที่ติดเชื้อแล้วเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 7–10% ต่อปี เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคภายใน 2 ปีที่ผ่านมา ผู้ที่มีประวัติการรักษาไม่ครบ หรือไม่เคยรักษา หรือมีแผลเป็นในปอด ผู้ป่วยเบาหวาน

ประมาณ 30% ตลอดช่วงชีวิต ผู้ป่วยซิลิโคซิส โรคไตวายเรื้อรัง มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งที่ศีรษะ/คอ หรือปอด ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดกระเพาะอาหาร หรือตัดต่อลำไส้ ผู้ป่วยน้ำหนักน้อยกว่า 90% ของน้ำหนักที่ควรเป็น ผู้ทีสูบบุหรี่ ติดยาเสพติดหรือติดสุรา

ระดับที่ 4 ความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (risk of developing MDR-TB) ส่วนใหญ่เกิดจากระบบการดูแลรักษาและควบคุมวัณโรคไม่มีประสิทธิภาพ ศักยภาพของห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัย MDR-TB ไม่เพียงพอ (แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564) การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาลไม่ดีพอ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ระดับที่ 5 ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ อวัยวะที่เป็นวัณโรค เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง การรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม ผู้ป่วยเสมหะเป็นบวกที่ไม่รักษาจะเสียชีวิตร้อยละ 30-40 ใน 1 ปี และเสียชีวิตร้อยละ 50-65 ใน 5 ปี ภูมิคุ้มกันร่างกายที่อ่อนแอ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) หรือผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม การดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงในระดับต่าง ๆ ทุกระดับจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการที่จะบรรลุเป้าหมายการลดป่วยและลดการเสียชีวิตจากวัณโรค (แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564)

5. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรคของผู้สัมผัสเชื้อวัณโรค

ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 70 จะไม่มีการติดเชื้อวัณโรค แต่มีเพียงร้อยละ 30 ที่จะติดเชื้อวัณโรคและร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อวัณโรคจะไม่แสดงอาการป่วยและแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น ซึ่งเรียกว่าการติดเชื้อวัณโรคแฝง (latent tuberculosis infection) และร้อยละ 10 ของผู้ที่ติดเชื้อที่จะป่วยเป็นวัณโรค โดยจะมีการป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปีหลังการติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และบางส่วนจะป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อ 2 ปี ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคตั้งแต่เด็ก ซึ่งผู้ที่ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 50-65 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี การฉีดวัคซีนบีซีจีไม่ได้ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่จะลดความเสี่ยงของการลุกลามจากการติดเชื้อวัณโรคแฝงไปสู่การป่วยเป็นวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัณโรคชนิดแพร่กระจายและวัณโรคของระบบประสาทส่วนกลางในเด็กเท่านั้น แต่ไม่ลดการเกิดวัณโรคปอดในผู้ใหญ่

ผู้สัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อแล้วป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่ ประชากรที่เสี่ยงในการสัมผัสและติดเชื้อวัณโรค เช่น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (contacts) ผู้ต้องขัง (prisoners) บุคลากรสาธารณสุข (Health care workers) แรงงานข้ามชาติ (migrant labors) ผู้สูงอายุ และเด็ก ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ค่ายอพยพหรือสถานสงเคราะห์ เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ถือว่า

เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีผลทำให้การติดเชื้อป่วยเป็นวัณโรค เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ผู้ป่วยเบาหวาน (DM) ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ผู้ป่วยโรคฝุ่นหิน (Silicosis) และผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น ผู้ที่มีภูมิต้านทานที่ชั้นเยื่อบุ (mucosa) ของหลอดลมและเนื้อเยื่อที่ปอดของบางคนมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยโรคฝุ่นหิน การสูดควันบุหรี่ เป็นต้น (แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 2559)

6. แนวทางการวินิจฉัยวัณโรค

6.1 ประชากรทั่วไป (ไม่มีโรคร่วมและไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงสูง) ที่มีอาการสงสัยวัณโรค หรือผู้ป่วยที่มาตรวจ ด้วยโรคอื่นและได้รับการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถานบริการสาธารณสุข (patient–initiated pathway) ให้ถ่ายภาพรังสีทรวงอก

6.2 ประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค (Key populations) รายใหม่ (เข้ารับบริการครั้งแรก) คัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกราย (ไม่มีหรือมีอาการสงสัยวัณโรค) รายเก่า (เข้ารับการตรวจติดตามครั้งถัดไป) คัดกรองอาการ หากอาการสงสัยวัณโรค ให้ถ่ายภาพ รังสีทรวงอก เมื่อผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค จะมีการเก็บเสมหะตรวจ AFB smear ผล AFB smear negative ส่งตรวจอณูชีววิทยา (Xpert MTB/RIF หรือ TB–LAMP) เพื่อวินิจฉัยวัณโรค หากผล AFB smear positive ส่งตรวจเพื่อยืนยันว่าเป็นวัณโรค และวินิจฉัยดื้อยาโดยการตรวจเสมหะ ด้วยวิธีอณูชีววิทยาวิธีใดวิธีหนึ่ง (FL–molecular testing: LPA, RT– PCR และ Xpert MTB/RIF Ultra)

7. อาการของวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคจะมีอาการและอาการแสดงของวัณโรค เช่น ไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ เจ็บหน้าอก ไอมีเลือดหรือเสมหะปน น้ำหนักลด ไข้ เหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร เป็นต้น

8. การติดตามรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ให้การรักษาด้วยสูตรยามาตรฐานมีความสำคัญมากในการรักษาให้หาย ลดการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำและการดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรค ดังนั้นต้องเริ่มการรักษาอย่างรวดเร็ว โดยกระบวนการรักษาวัณโรค ประกอบด้วย 1. การประเมินโรคร่วม เช่น การติดเชื้อเอชไอวี เบาหวาน 2. การทดสอบความไวต่อยาเพื่อค้นหาวัณโรคดื้อยา 3. การให้การรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพสูง ขนาดยาถูกต้อง สม่ำเสมอ และครบถ้วน เพื่อลดความเสี่ยงในการรักษาล้มเหลวและเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา 4. การติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค คือ การให้บริการดูแลรักษาแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมของชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย เพื่อให้ เข้าใจและวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงได้รอบด้าน เพื่อวางแผนแก้ไขได้ถูกต้อง กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย (Explore both disease and illness) การทำความเข้าใจเรื่องโรค ซึ่งเป็นกระบวนการทางพยาธิสภาพของการเกิดวัณโรค การตรวจวินิจฉัยและการรักษาวัณโรค และความเจ็บป่วย (Illness) ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานและดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ซึ่งแตกต่างในแต่ละบุคคลในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย

2. ช่วยเข้าใจชีวิตบุคคล (Understand the whole person) แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องให้เวลากับการทำความเข้าใจชีวิตผู้ป่วยกับบริบทต่าง ๆ ของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ความเป็นบุคคล เช่น อายุ อาชีพ บทบาทในครอบครัว ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วย การตอบสนองต่อปัญหาและความเจ็บป่วย รวมทั้งสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมของชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย

3. หาหนทางร่วมกัน (Find common ground) ในการตั้งเป้าหมาย การรักษา วางแผนวิธีการและกำหนดบทบาทของแพทย์และผู้ป่วยในการดูแลรักษาร่วมกัน เช่น การดูแลแบบรับประทานยาโดยการสังเกตตรง (directly observed treatment) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย พูดถึงข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษา แนะนำถึงผลดีผลเสียของการรักษาในแต่ละวิธี พูดคุยถึงประเด็นข้อ แล้วตัดสินใจร่วมกันในการหารูปแบบและการเลือกพี่เลี้ยงที่เหมาะสม

4. การสร้างสรรค์งานป้องกันส่งเสริม (Incorporate prevention and health promotion) สามารถทำได้ในทุกระยะของการดำเนินโรคแก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่แข็งแรง และช่วยลดความสูญเสีย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค

5. ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี (Enhance doctor-patient relationship) การสร้างความสัมพันธ์ ระหว่างแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการกับผู้ป่วยที่ดี จะนำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์เชิงรักษา (Therapeutic relationship) และช่วยสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หลักในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ประกอบด้วย ความห่วงใยและมีเมตตา การตระหนักถึงบทบาทและความสามารถ มุ่งเน้นการดูแลและการเยียวยา รวมถึงรู้เท่าทันความรู้สึกและความคิด ซึ่งผลลัพธ์ที่สำคัญ ได้แก่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความสบายใจ มั่นใจในการดูแลของทีม เป็นต้น และพร้อมจะร่วมมือกันกับแผนการดูแลรักษา

6. มีวิถีอยู่บนความเป็นจริง (Being realistic) การทำความเข้าใจชีวิตของผู้ป่วยและร่วมค้นหาหนทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม

สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคนั้น ต้องรักษาทั้งโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งมีทั้งการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ ซึ่งต้องการการรักษาแบบองค์รวมและในทุกมิติ โดยใช้กระบวนการการดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการสนับสนุนด้านสังคม ในทุกขั้นตอนของการรักษา กิจกรรมการรักษาที่สำคัญได้แก่ การให้การปรึกษา (counseling) การดูแลผู้ป่วยรับประทานยาโดยการสังเกตตรง (directly observed treatment: DOT) การดูแลด้านโภชนาการ (nutritional care) ทางการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ (financial support) รวมถึงการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบประคับประคอง (Palliative care) ในกรณีที่มีปัญหารุนแรงจนไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งการดูแลในขั้นตอนต่าง ๆ ต้องอาศัยบุคลากรที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (multi-disciplinary team) เช่น การดูแลการรับประทานยาโดยการสังเกตตรง (directly observe treatment: DOT) การดูแลการรับประทานยาโดยการสังเกต หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของพี่เลี้ยงที่ได้รับ มอบหมายด้วยการสังเกตโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยกลืนยา ครบทุกมื้อ ครบทุกเม็ด ครบทุกขนาน ให้กำลังใจ สอบถามอาการข้างเคียง หรืออาการแพ้ยา แนะนำการปฏิบัติตน ตลอดจนให้กำลังใจผู้ป่วยรับประทานยาครบตามกำหนดการรักษา

จากการหาแนวทางร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้บริการและผู้ป่วยวัณโรค โดยอาศัยหลักการตามกระบวนการดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาทุกราย ควรได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการป่วยและการรักษา ซึ่งต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีพี่เลี้ยง (DOT observer) ทุกราย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกันพิจารณาทางเลือกและพี่เลี้ยงที่เหมาะสม พี่เลี้ยงที่ให้การดูแลรักษามี 2 ประเภท ได้แก่

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (health care worker) ผู้ป่วยวัณโรคที่อาศัยอยู่ใกล้หน่วยบริการสาธารณสุข หรือเดินทางสะดวก แนะนำให้มารับประทานยาที่หน่วยบริการสาธารณสุข (health facility based DOT) แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทาง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยติดเตียง เจ้าหน้าที่ควรเดินทางไปดูแล การรับประทานยา ที่บ้านผู้ป่วยหรือชุมชน (community based DOT)

2. บุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครต่างด้าว ผู้นำชุมชน และบุคคลอื่น ๆ ที่เชื่อถือได้ (reliable person) ควรผ่านการอบรมเรื่องวัณโรค โดยอาจเป็นพี่เลี้ยงที่บ้านผู้ป่วย (community based DOT) หรือสถานที่อื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสะดวก ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบ ควรออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยไม่บอกล่วงหน้า

(surprise visit) เป็นครั้งคราว เพื่อตรวจสอบการรับประทานยาจริงหรือไม่ จากการตรวจสีของปัสสาวะ และการตรวจดูยา สีของเม็ดยาว่ามีการเปลี่ยนสีเสื่อมสภาพหรือไม่ การเก็บยาวัณโรคไว้ในสถานที่ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันยาเสื่อมสภาพ สังเกตเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่รุนแรงให้ผู้ป่วย ตลอดจนยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วยด้วย และการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ (financial support) การดูแลผู้ป่วยด้านเศรษฐกิจเป็นสิ่งจำเป็น ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาจนครบกำหนด ในด้านการรักษาผู้ให้บริการจึงควรช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการใช้สิทธิประกันสุขภาพทุกรายเพื่อไม่ให้กระทบด้านเศรษกิจของผู้ป่วยในด้านสังคม บุคลากรสาธารณสุขควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคกับผู้ป่วยครอบครัว ญาติเพื่อน นายจ้าง หรือชุมชนเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเกิดการรังเกียจหรือการตีตราทางสังคม (stigma) หรือถูกนายจ้างให้ออกจากงาน และสำหรับการสนับสนุนด้านสังคม มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2. การดูแลรักษา โดยอาศัยหลักการดูแล 5 ด้าน (5 A's aspects of care) ได้แก่ การประเมิน (Assess) การแนะนำ (Advise) การตกลง (Agree) การช่วยเหลือ (Assist) และการจัดการ (Arrange)

3. พิจารณารูปแบบการดูแลการรับประทานยาโดยการสังเกตตรง และกำหนดพี่เลี้ยงที่ได้รับการอบรมที่เหมาะสม

4. คัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ จัดการดูแลถ้ามีปัญหา

5. สอบถามปัญหาเศรษฐานะ ค่าครองชีพ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนเชื่อมโยงกับการคุ้มครองทางสังคม (social protection) และให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม

6. การติดตามผู้ป่วยเชิงรุกอย่างต่อเนื่องจนรักษาครบ

7. ประสานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. กลุ่มอาสาสมัคร หรือชมรมผู้ป่วยในชุมชน เพื่อสนับสนุนผู้ป่วย

8. เชื่อมโยงกับหน่วยงานในชุมชน เช่น พมจ. อบต. กาชาดจังหวัด สนับสนุนงบประมาณ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

9. ให้การดูแลรักษาแบบผสมผสานวัณโรคและโรคร่วมอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี เบาหวาน อนามัย แม่และเด็ก การดูแลสุขภาพปอด หรือการดูแลสุขภาพจิต เป็นต้น

10. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรวมถึงการรักษาแบบประคับประคอง

9. บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

บทบาทของสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานแต่ละระดับ ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ดังนี้

9.1 บทบาทและหน้าที่ของโรงพยาบาล (รพ.) ดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานและมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดบริการคลินิกวัณโรค (TB clinic) จัดระบบป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ประสานร่วมมือกับสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดำเนินงานการควบคุมวัณโรคของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายให้ความช่วยเหลือและประสานงานด้านสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่พบปัญหาของผู้ป่วย สนับสนุนด้านวิชาการและพัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่าย เฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์วัณโรค และสอบสวนโรค ฝึกอบรมและเป็นที่ปรึกษาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้วัณโรคในพื้นที่

9.2 บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำการค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกมื้อโดยครบถ้วน และบันทึกในโปรแกรม NTIP ติดตามให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจตามแนวทางการรักษาพร้อมติดตามอาการของผู้ป่วย ดำเนินการติดตาม หรือเยี่ยมบ้าน ถ้าผู้ป่วยผิดนัด และคอยดูแลจัดการเบิกยามาเตรียมไว้ให้พร้อมอยู่เสมอ ส่งต่อผู้ป่วยประสานงานกับโรงพยาบาลหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ รวมถึงฝึกอบรมและเป็นที่ปรึกษาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้วัณโรคในพื้นที่

9.3 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา ให้กำลังใจและสนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกมื้อ โดยครบถ้วน รวมทั้งสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา และบันทึกการทำ DOT ในสมุดบันทึกผู้ป่วย เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันวัณโรค ร่วมค้นหาวัณโรคในชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีที่พบปัญหาของผู้ป่วยจากการรักษาวัณโรค เช่น ขาดยา และติดตามผู้ป่วย

10. แนวทางการควบคุมป้องกันวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคให้แก่ผู้อื่นที่ใกล้ชิดได้ ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับ การวินิจฉัยและรักษาด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพจนผลตรวจเสมหะเป็นลบ ระยะเวลาจะสั้นหรือนานขึ้นกับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เพื่อรับการวินิจฉัยเร็วหรือช้า เนื่องจากผู้ป่วยทั่วไปหลังเริ่มรักษา ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน ส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน อาจต้องใช้ระยะเวลา นานประมาณ 2–4 เดือน จึงจะพ้นระยะแพร่เชื้อ ซึ่งได้มีแนวทางการควบคุมป้องกันตามมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

10.1 มาตรการการด้านการบริหารจัดการ

10.1.1 ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนให้พบโดยเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้าน หรือสัมผัสใกล้ชิด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ผู้ติดสุราเรื้อรัง ผู้ใช้สารเสพติด เป็นต้น

10.1.2 เมื่อพบผู้ป่วยวัณโรค ให้การดูแลและแนะนำการปฏิบัติตัวคือ ให้การรักษาที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีที่จะตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยเร็ว ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้แข็งแรง ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ใช้ช้อนกลาง เมื่อกินอาหารร่วมกับผู้อื่น งดสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุรา ผู้ป่วยควรอยู่ในห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี มีแสงแดดส่องถึง ซักผ้าเช็ดหน้าและเสื้อผ้าด้วย ผงซักฟอกและผึ่งแดดให้แห้ง เมื่อผู้ป่วยไอหรือจามให้ใช้กระดาษชำระหรือผ้าเช็ดหน้าปิดปากและจมูกทุกครั้ง และทิ้งในถังขยะที่มีถุงรองรับและมีฝาปิด ล้างมือให้สะอาดบ่อย ๆ บ้วนเสมหะในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด ทำลายโดยการเผาทุกวัน หรือบ้วนเสมหะในโถส้วม

10.1.3 ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในช่วงระยะแพร่เชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าผลตรวจเสมหะเป็นลบ บุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ หรือคนที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค ควรแยกห้องนอน ควรหลีกเลี่ยงการโดยสารสาธารณะที่ติดเครื่องปรับอากาศ เช่น รถโดยสารปรับอากาศ รถแท็กซี่ เครื่องบิน เป็นต้น

10.1.4 แนะนำผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดไปรับการคัดกรองและตรวจหาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอทุก 6 เดือน เป็นเวลา 2 ปี และหลังจากนั้นประจำทุกปี

10.2 มาตรการควบคุมสิ่งแวดล้อม จัดที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมภายในบ้านหรือที่ทำงาน โดยเปิดประตูหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก นำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดดเสมอ ๆ

10.3 มาตรการป้องกันส่วนบุคคล ในระยะแพร่เชื้อ และ/หรือ มีอาการไอ จามแนะนำผู้ป่วยให้สวม หน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่กับผู้อื่น เช่น เมื่อมีญาติหรือคนรู้จักมาเยี่ยมที่บ้าน ในที่ทำงานที่มีเพื่อนร่วมงาน ในห้องเดียวกัน หรือเมื่อจำเป็นต้องเดินทางออกนอกบ้านและโดยสารรถสาธารณะ หรืออยู่ในชุมชนที่มีผู้คนมากและเป็นสถานที่ปิด หรือสถานที่ที่มีการติดเครื่องปรับอากาศ เช่น ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ ร้านอาหาร เป็นต้น

11. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค

สำหรับประเทศไทยได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560–2564 เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นแผนปฏิบัติการฯ ฉบับแรก ใช้ในการดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศ ที่จะนำประเทศไทยเข้าสู่การยุติปัญหาวัณโรคของประเทศ (อุบัติการณ์ของวัณโรค น้อยกว่า 10 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2578) แต่เนื่องจากเวลาสิ้นสุดของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560–2564 ไม่สอดคล้องกับช่วงเวลาการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561–2580 ที่จะทบทวนทุก 5 ปี ดังนั้นในการ ประชุมคณะอนุกรรมการเร่งรัดยุติวัณโรค ครั้งที่ 1/2563 จึงมีมติให้มีการขยายแผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560–2564 ไปถึงปี พ.ศ. 2565 และจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570) เพื่อให้การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค ของประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท และแผนปฏิบัติการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560–2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565) ยังคงหลักการและยุทธศาสตร์ของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560–2564 เดิม โดยมีการปรับรายละเอียดเฉพาะมาตรการเร่งรัดการให้ยารักษาการติดเชื้อระยะแฝงในกลุ่มอายุ 0–18 ปี ซึ่งอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานปัจจุบัน ซึ่งเป้าหมายอัตราอุบัติการณ์วัณโรคในปี พ.ศ. 2565 คือ 138 ต่อประชากรแสนคน และแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560–2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565) ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุม โดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง เพื่อการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ 100 โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง และได้รับการวินิจฉัย โดยการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอณูชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค เป้าประสงค์เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคลงร้อยละ 25 ภายใน พ.ศ. 2565 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2562 ด้วยมาตรการส่งเสริมผู้ป่วยวัณโรคทุกรายทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอครบถ้วนด้วยสูตรยามาตรฐานและยาที่มีคุณภาพ เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ทั้งด้านการวางแผนงานร่วมกัน การเร่งค้นหา การให้ยาป้องกันวัณโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วย วัณโรคทุกรายที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (programmatic management of drug-resistant TB: PMDT) ให้ครอบคลุมทั้งประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค เป้าประสงค์เพื่อสร้างความเข้มแข็งในความเป็นผู้นำ และศักยภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของ การป้องกันดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค ด้วยมาตรการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลบนระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ ทั้งสำหรับหน่วยงานให้บริการ หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ หน่วยงานติดตามประเมินผล และหน่วยงานระดับนโยบายได้อย่างเป็นเอกภาพ เพิ่มคุณภาพการพัฒนาบุคลากรด้านวัณโรคให้มีศักยภาพและแรงจูงใจในการดำเนินงานวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (political commitment) ด้วยการระดมทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค เป้าประสงค์เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้นำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานวัณโรค รวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมสำหรับการพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่ และสามารถประยุกต์ใช้ขยายผลอ้างอิงในภาพรวมของเขตและประเทศ ตัวชี้วัดสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565) สอดคล้องกับ 10 ตัวชี้วัดสำคัญ (Top 10 indicators) ตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคของโลก (The end TB strategy) ดังนี้ 1. อัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ถูกรายงาน และได้รับการรักษา (TB treatment coverage rate) 2. อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ได้รับการรักษาด้วย สูตรยาแนวที่หนึ่ง (TB treatment success rate) 3. อัตราตายของผู้ป่วยวัณโรค (Death rate) 4. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติเคยรักษามาก่อนที่มีผลตรวจยืนยัน (Bacteriologically confirmed) มีผลทดสอบความไวของเชื้อต่อยารักษาวัณโรค (DST) 5. ร้อยละการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา

หลายขนานหรือดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB) 6. ร้อยละความครอบคลุมการได้รับยาใหม่ในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่มีข้อบ่งชี้ (Treatment coverage, new TB drugs) 7. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเอชไอวีบันทึกไว้ในฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค (Documentation of HIV status among TB patients) 8. ร้อยละของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการตรวจคัดกรองโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Contact investigation coverage) แนวทางการควบคุมวัณโรค ประเทศไทย พ.ศ. 2564 9. ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ได้รับยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ตามแนวทางการรักษาวัณโรคในเด็กของประเทศไทย (LTBI treatment coverage) 10. ร้อยละของครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคที่ล้มละลาย (Catastrophic costs) จากการรักษาวัณโรค (แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560–2564)

12. สถานการณ์วัณโรคในประเทศ

จากการคาดประมาณโดยองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (รวมผู้ป่วยที่ป่วยเป็นวัณโรคครั้งแรกและผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ) 117,000 ราย หรือ 172 ต่อประชากรแสนคน ขณะเดียวกัน ข้อมูลผลการดำเนินงานวัณโรคที่ได้รับรายงานผ่านศูนย์ข้อมูลวัณโรคของสำนักวัณโรค กรมควบคุม โรค ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2560 พบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา 66,590 ราย คิดเป็น อัตราการได้รับรายงาน (case notification rate) ร้อยละ 57 ซึ่งในจำนวนผู้ที่ขึ้นทะเบียน มีผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จจำนวน 44,161 ราย คิดเป็นอัตราการรักษาสำเร็จ (success rate) ร้อยละ 66 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจำนวน 4,877 ราย คิดเป็นร้อยละ 7 มีผู้ป่วยขาดยา (lost to follow-up) จำนวน 2,662 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 มีผู้ป่วยที่ ผลการรักษาล้มเหลวจำนวน 416 คน คิดเป็นร้อยละ 1 (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564)

องค์การอนามัยโลกกำหนดประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสป่วยด้วยวัณโรคสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อ 26–31 เท่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค โดยมีความเสี่ยง 2–4 เท่าของคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน แม้ความเสี่ยงจะน้อยกว่าการติดเชื้อเอชไอวี แต่เนื่องจาก ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนมากกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายเท่า เบาหวานจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้กลุ่มผู้มีปัญหาทุพโภชนาการ (malnutrition) เช่น ประชากรยากจน และผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมอื่น ๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับรุนแรงก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ในบริบทของประเทศไทย ยังมีประชากรกลุ่มที่มีโอกาสป่วยวัณโรคสูงกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มาจากประเทศ เพื่อนบ้านซึ่งมีอัตราป่วยสูงกว่าประเทศไทย 2–3 เท่า กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำมีอัตราป่วยสูงกว่าคนทั่วไป 7–10 เท่า และ

ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) (World Health Organization, 2020)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ภายในปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) โดยมีดัชนีชี้วัดสำคัญ 3 ตัว ได้แก่ 1) การเสียชีวิตจากวัณโรคลดลงร้อยละ 95 2) อุบัติการณ์ของวัณโรค (incidence) ลดลงร้อยละ 90 หรือต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากร และ 3) ผลกระทบต่อเศรษฐกิจครัวเรือนจนถึงขั้น หายนะหรือล้มละลาย (catastrophic costs) เท่ากับ “ศูนย์” ทั้งนี้ ใช้ค่าคาดประมาณในปี พ.ศ. 2559 เป็นฐานในการเปรียบเทียบ สำหรับประเทศไทยในการบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์นั้นต้องมีอัตราลดอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปี ในขณะที่ปัจจุบันระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2546-2556) ประเทศไทยมีอัตราลดลงของอุบัติการณ์เพียงร้อยละ 2.7 ต่อปี ดังนั้น การบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค ประเทศไทยจำเป็นต้องดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมาย 3 ข้อ ได้แก่ 1. เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้ครอบคลุมร้อยละ 90 2. สนับสนุนการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ 90 และ 3. ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ดังนั้น จึงจำเป็นต้องผลักดันให้การยุติปัญหาวัณโรคเป็นวาระแห่งชาติมีการวางแผนงาน ติดตาม และประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งเครือข่ายวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานและผู้ได้รับผลกระทบ รวมทั้งจะต้องเร่งรัดพัฒนางานวิจัยด้านวัณโรคให้เข้มแข็ง ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาทั้งในเชิงระบบการลงทุนและจัดสรรทรัพยากรผ่านการคัดเลือกและประเมินเทคโนโลยีที่มีความเหมาะสมคุ้มค่า พัฒนารูปแบบการป้องกันดูแล และรักษาเพื่อให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรค สร้างความเข้มแข็ง มั่งคั่ง และยั่งยืน

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์วัณโรคยังคงเป็นปัญหาของประเทศ ถึงแม้ว่าจะมีอัตราผู้ป่วยสำเร็จเกินครึ่งของผู้ป่วยก็ตาม เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่แพร่กระจายเชื้อและมีการติดต่อได้ง่ายจากบุคคลหนึ่งสู่บุคคลหนึ่ง จึงจำเป็นต่อการการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไม่ให้เกิดการติดต่อกันในชุมชน สังคม ดังนั้นต้องมีการดำเนินงานศึกษาค้นคว้า และออกนโยบายมาตรการในการป้องกันดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการค้นให้พบ จบให้หาย ลดอัตราการเสียชีวิตลง ซึ่งต้องมีการติดตามประเมินการทำงาน ให้สอดคลองกับยุทธศาสตร์ในการยุติวัณโรค

แนวคิดทฤษฎีในการวิจัย

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการหลายรูปแบบการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาศึกษา ดังนี้

1.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็น นักวิจัยหรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาและนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ (I. W Holloway, 2010)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะเรื่องที่พบในการปฏิบัติงาน โดยการศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และตีความหมาย สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีระบบและยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้น ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ให้บรรลุผลตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (ยุพิน อินทะยะ, 2562)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการวิจัยที่มีกระบวนการปฏิบัติอย่างมีระบบและต่อเนื่องของผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนร่วม เพื่อแสวงหาความรู้ นวัตกรรมใหม่ ๆ และวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือพัฒนากระบวนการเรียนรู้ให้ดีขึ้น (นิภาพร โพธิราช, 2562)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษาหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อหาข้อสรุป นำไปสู่การแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน ในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลาย ๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ได้สำเร็จ โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วยการวางแผน (plan) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection) (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1. การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2. ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3. สังเกตการณ์ (observation)

และ 4. สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการ และผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning)

กล่าวโดยสรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการทำการวิจัยหรือการดำเนินงานที่มุ่งเน้นเพื่อแก้ปัญหาประเด็นในงานตามลำดับขั้นตอน โดยนำไปสู่กระบวนการความคิดที่เป็นระบบวงจรในการพัฒนาคุณภาพของการทำงาน

1.2 ลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ลักษณะการวิจัยจึงเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) และวิธีคุณภาพ (Qualitative) ร่วมกัน ซึ่งเรียกวิธีการวิจัยแบบนี้ว่า พหุวิธี (Multiple methodology) (Greenwood & Levin, 2002) การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ได้เน้นในการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิทยานักแต่มีเป้าหมายสูงสุดคือ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษาโดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัยเป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) มีความเป็นพลวัต ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อน (Refection) เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1.3 ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ด้วยลักษณะการดำเนินการวิจัยสามารถที่จะผสมระหว่างวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้ แต่เนื่องจากมีจุดเน้นที่การสร้างความรู้และสร้างศักยภาพ จึงพบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ประวัติชีวิต และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดที่ใช้บ่อยในการพยาบาล Holter & Schwartz-Barcott (1993) แบ่งระเบียบวิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง

1.3.1 ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical collaborative approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติมักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อนเป็นการศึกษา โดยใช้วิธีการ

อนุมาน (Deductive approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหามาก่อนแล้ว ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลง หรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้น ๆ มาใช้ในทางปฏิบัติผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า (Traditional Action Research) ที่หมายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแท้ ๆ ที่ทำในเรื่องโครงสร้างอำนาจขององค์กร ปฏิบัติการแก้ปัญหา

1.3.2 การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual collaboration approach)โดยมีปรัชญา พื้นฐานมาจาก Historical–hermeneutic ในลักษณะนี้ผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อน อย่างกว้าง ๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมักร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้(Possible interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน (Inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ผลที่ได้รับ คือ ทั้งผู้วิจัยและ ผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่ หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Contextual action research: Action learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเป็นผู้ออกแบบโครงการและเป็นผู้ร่วมวิจัย

1.4 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กมลวรรณ ทิพยเนตร และนันทวรรณ ทิพยเนตร (2560) ได้สรุปกระบวนการไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1.4.1 ขั้นวางแผน (planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไข ตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวของกับใคร แนวทางแก้ไข้อย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร

1.4.2 ขั้นปฏิบัติการ (action) การนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรม ในขั้นวางแผนมาดำเนินการโดยวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันเพื่อทำการแก้ไข้ปรับปรุงแผน

1.4.3 ขั้นสังเกตการณ์ observation) เป็นการศึกษาสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่โดยอาศัยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ

1.4.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) ขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยทำการประเมินผลหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับ

ผู้ให้ข้อมูลจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม โดยผ่านการร่วมอภิปรายปัญหาและการประเมิน ซึ่งจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

2. แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม

2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

นักวิชาการทั้งชาวไทย และชาวต่างประเทศที่มีความรู้ ความสามารถ และทำวิจัยแต่งตำรา ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ดังนี้

สมบัติ นามบุรี (2560) การเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม โดยการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจเพื่อกำหนด เป้าหมายของสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือ โครงการต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ

พจนีย์ จันที (2561) การที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลได้เขามีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในลักษณะของการรับรู้ ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ และร่วมกันทำในการวางแผน การจัดสรรทรัพยากร การกระตุ้นการทำงาน การประสานงาน และการติดตามผลการดำเนินงาน การประเมินผลในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ และร่วมติดตามผล

William Erwin (1976) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

Berkley (1975) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้

กล่าวโดยสรุปว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนในการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรมในการปฏิบัติงาน ซึ่งทุกคนมีความเห็นพ้องต้องกันที่จะร่วมแก้ปัญหา และพัฒนางานเพื่อที่เกิดจากความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนเพื่อการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพยิ่ง ๆ ขึ้น

2.2 ระดับการมีส่วนร่วม

2.2.1 ระดับการให้ข้อมูล เป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการสื่อสารระหว่างผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้ร่วมกิจกรรม โดยผ่านวิธีการต่าง ๆ เช่น การแถลงข่าว การแจกข่าวสาร

และการแสดงนิทรรศการ เป็นต้น แต่ไม่สามารถร่วมให้แสดงความคิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้องใด ๆ ทั้งสิ้น

2.2.2 ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน เป็นระดับที่สูงกว่าระดับการให้ข้อมูล โดยผู้ดำเนินกิจกรรมจะเชิญชวนให้บุคคลเข้ามาแสดงความคิดเห็น เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินงานอย่างชัดเจนมากขึ้น เช่น การจัดทำแบบสอบถามก่อนริเริ่มโครงการต่าง ๆ หรือการบรรยายและเปิดโอกาสให้ผู้ฟังแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เป็นต้น

2.2.3 ระดับการปรึกษาหารือ เป็นร่วมพูดคุยอย่างเป็นทางการระหว่างผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อประเมินความก้าวหน้า เช่น การจัดประชุม การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และการเปิดรับฟังความคิดเห็น เป็นต้น

2.2.4 ระดับการวางแผนร่วมกัน เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่ผู้ดำเนินกิจกรรมกับผู้ร่วมกิจกรรมร่วมกันในการวางแผนงานและประเมินผล ใช้สำหรับการพิจารณาประเด็นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมาก เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ การใช้อนุญาโตตุลาการเพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้ง และการเจรจาเพื่อหาทางประนีประนอมกันเป็นต้น

2.2.5 ระดับการร่วมปฏิบัติ เป็นระดับที่ผู้รับผิดชอบโครงการกับประชาชนร่วมกันดำเนินกิจกรรมและมีการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์

2.2.6 ระดับการควบคุมโดยประชาชน เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชน เพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น การลงประชามติ เพื่อให้เกิดความเห็นชอบในการทำกิจกรรมหรือดำเนินงานเพื่อให้มีการสรุปผลที่ชัดเจนที่ทุกฝ่ายเห็นพ้องกัน

2.3 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

มงคล จันทร์ส่อง (2544) ได้กำหนดรูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของบุคคล ไว้ว่าองค์ประกอบรูปแบบของการมีส่วนร่วม มีอยู่ด้าน 3 ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมจะต้องมีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน การให้บุคคลเข้าร่วมกิจกรรมจะต้องมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจนวา จะทำกิจกรรมนั้น ๆ ไปเพื่ออะไร ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้ตัดสินใจถูกว่าควรจะเข้าร่วมหรือไม่

2. การมีส่วนร่วมจะต้องมีกิจกรรมเป้าหมาย การให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมจะต้องระบุลักษณะของกิจกรรมว่ามีรูปแบบและลักษณะอยางไร เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถตัดสินใจได้ว่าจะเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่

3. การเข้าร่วมจะต้องมีบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมาย การที่จะให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมนั้นจะต้องระบุกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปบุคคล กลุ่มเป้าหมายมักถูกกำหนดโดยกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมอยู่แล้วเป็นพื้นฐาน

ศิริชัย กาญจนวาสี (2547) ได้กำหนดรูปแบบและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลในองค์กรดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการประชุม

2. การมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา

3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กร

4. การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหา

5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลในกิจกรรมต่าง ๆ

6. การมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์

วรรณา วงษ์วานิช (2549) ได้กำหนดรูปแบบของการมีส่วนร่วมของบุคคลไว้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ คือ

1. การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง คือ รูปแบบที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม หรือ เข้ามาเกี่ยวข้องร่วมตัดสินใจในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน จนกว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลเสร็จสมบูรณ์

2. การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง คือ รูปแบบที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม หรือเข้ามาเกี่ยวข้องในลักษณะหนึ่งลักษณะใด หรือในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งเท่านั้น โดยแท้จริงแล้วกระบวนการมีส่วนร่วมไม่อาจสามารถกระทำได้ในทุกประเด็น แต่การมีส่วนร่วมของบุคคลจะมีอยู่ในเกือบทุกกิจกรรมของสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสนใจและประเด็นการพิจารณาที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขพื้นฐานการมีส่วนร่วมว่าจะต้องมีอิสรภาพ มีความเสมอภาคและมีความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้การมีส่วนร่วมดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981) ได้อธิบายขั้นตอนของการมีส่วนร่วมดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เริ่มแรกสุดคือการกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนของการดำเนินงานในทุกองค์ประกอบของงาน

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ซึ่งเป็นทั้งผลประโยชน์ทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรม ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคม

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ที่เกิดจากการสังเกต คือความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ที่ส่งผลต่อความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า

สุธิดา อิสระ และอรสา กงตาล (2563) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชนเขตเมืองของเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยทำการวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดของวัณโรครวมถึงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรค ซึ่งผลจากการศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของวัณโรค พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของวัณโรคในชุมชนเขตเมือง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการและเชื้อโรค ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และได้มีการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในชุมชนเขตเมืองด้วยกิจกรรมและการอบรมที่ส่งผลเกิดการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันวัณโรคในชุมชนได้แก่ การร่วมกันดำเนินงานและจัดทำหลักสูตรการพัฒนาหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดระบาด ด้านการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่า การพัฒนาเพื่อหาแนวทางการป้องกันควบคุมวัณโรคในชุมชนของเทศบาลนครขอนแก่นอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เน้นการพัฒนาศักยภาพแกนนำอาสาสมัครจากชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรควัณโรค ให้เกิดความมั่นใจในชุมชนได้ รวมถึงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากชุมชน และเจ้าหน้าที่ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

สุพัตรา สิมมาทัน และชนะพล ศรีฤาชา (2560) ศึกษาการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 144 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 112 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มอย่างง่ายและการสนทนากลุ่ม พบว่า ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรค ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรค ปัจจัยทางการบริหารด้านการใช้เวลา ด้านบุคลากร และด้านวัสดุอุปกรณ์ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านการใช้เวลา ด้านบุคลากร และด้านวัสดุอุปกรณ์ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7

จุฬาวรรณ จิตดอน และคณะ (2560) ศึกษาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น โดยใช้แบบรายกรณีและทฤษฎีการพยาบาลของคิง ประกอบด้วยการประเมินสถานการณ์การดูแล การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน และการเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนา รวมถึงแนวทางการเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างหลัก คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอด 22 ราย กลุ่มตัวอย่างรอง ได้แก่ สมาชิก ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ อสม. และผู้นำชุมชน ผลวิเคราะห์บทบาทบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้าน พบว่า 2 เดือนแรกมีการติดตามทุกสัปดาห์ หลังจากนั้น 4 เดือนจะติดตามเดือนละครั้ง โดยมีการค้นหาพี่เลี้ยง ผลการพัฒนาเกิดแนวทางเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน โดยสัปดาห์ที่ 1–8 เกิดแผนเยี่ยมบ้านที่ระบุวัตถุประสงค์ ขั้นตอนเยี่ยม และแบบบันทึกเยี่ยมบ้าน และพบว่าผู้ป่วยรับรู้การรักษาเพิ่มขึ้น รับรู้ความเครียดลดลง และรับรู้การปฏิบัติของครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และชุมชน เพิ่มขึ้น

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่าแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ทำให้เกิดแบบแผนการรักษาในการลงติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยรับรู้การรักษาของทางบุคลากรสุขภาพมากยิ่งขึ้น

นิรันดร์ ถาละคร (2562) ศึกษาการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีการใช้แบบสอบถาม การสังเกต แบบบันทึกการประชุม และแบบนิเทศในการรวบรวมข้อมูล มีกลุ่มประชากรทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ กลุ่มประชากรในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ที่เคยป่วยด้วยวัณโรคและผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และกรรมการชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 358 ราย เก็บข้อมูลความรู้โรควัณโรค ความพึงพอใจในรูปแบบการ ดำเนินงาน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 30 คน โดยเป็นกลุ่มเดียวกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และความพึงพอใจการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค คือ เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน มีภาคีเครือข่ายและการดำเนินกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบที่ดียิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่า การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค คือ การมีส่วนร่วมในชุมชน ภาคีเครือข่าย ในชุมชน และการดำเนินกิจกรรมทำให้เกิดการพัฒนาในชุมชน

อัญชลี มงกุฎทอง และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยทำการศึกษาสถานการณ์ในสหวิชาชีพ จำนวน 155 คน ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ป่วยในจังหวัดปราจีนบุรี 3 อำเภอ โดยทำการติดตามจากการเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันระยะเข้มข้น 4 สัปดาห์แรก และจนครบการรักษาร่วมกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งจากการประเมินผลความรู้อสม. พบว่าหลังอบรมมีความรู้เรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น ในส่วนการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับดีและประเมินผลความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการดูแลของอสม. มีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก และติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 55 ราย พบมีผลการรักษาสำเร็จทุกราย

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่า การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าการที่ผู้ป่วยวัณโรครักษาสำเร็จทุกรายเกิดจากการดูแลของทีมสหวิชาชีพและอสม. ที่มีความรู้และการดูแลผู้ป่วยที่ดี

ดาวประกาย หญ้างาม (2565) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยทำการศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 97 คน คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เครือข่ายสุขภาพในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้ารับผิดชอบด้านวัณโรค โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน 2) ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนากำหนดแผนปฏิบัติการ 3) กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ 4) ปฏิบัติงาน ตามแผนปฏิบัติการ 5) ประเมินติดตามผล 6) สะท้อนผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ และ 7) วิเคราะห์สิ่งที่ต้องพัฒนาปรับปรุง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลโดยเครือข่ายสุขภาพ ทำให้ไม่พบผู้ป่วยวัณโรคปอดขาดยา และมีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลของทีมในชุมชน

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่า การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม มีปัจจัยความสำเร็จคือผู้ป่วย

วัณโรคปอดในชุมชนได้รับการดูแลจากเครือข่ายสุขภาพ และการได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน

เฉวตสรร นามวาท (2560) ศึกษาความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย โดยคาดประมาณภาระโรคร่วมกับภาระทางเศรษฐศาสตร์ของวัณโรคในประเทศไทย ที่ประกอบไปด้วย ต้นทุนการเจ็บป่วยประกอบด้วย ต้นทุนตรงทางการแพทย์จากการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสจากการขาดงานของทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยพบว่าต้นทุนการเจ็บป่วยที่ไม่รวมการเสียชีวิต มีจำนวนสูงกว่าร้อยละ 36 เป็นต้น ทุนตรงทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ที่เหลือเป็นค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติ

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่า ต้นทุนการเจ็บป่วยที่ไม่รวมการเสียชีวิต มีจำนวนสูงกว่า ร้อยละ 36 เป็นต้นทุนตรงทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ที่เหลือเป็นค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติ

ภูษิต ขันกสิกรรม (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัณโรคมีระดับความรู้เรื่อง วัณโรคอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 75.40 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านทัศนคติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมโรควัณโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.10 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 39.60 การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 44.00 การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 42.80 และการได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 46.90 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33 ด้านส่วนบุคคล ส่วนใหญ่ เป็นเพศ หญิง คิดเป็นร้อยละ 82.10 ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก คือ ด้านความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำให้เกิดผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมวัณโรค

สำเริง ซึมรัมย์ และคณะ (2558) ศึกษาการดำเนินงานและผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตน การมีส่วนร่วมของ

ชุมชนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบผลการวิจัย พบว่า ชุมชนมีการสร้างแกนนำวัณโรคและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างมีส่วนร่วม 4 โครงการ คือ 1. โครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค 2. โครงการชุมชนร่วมใจค้นหาผู้ป่วยวัณโรค 3. โครงการรณรงค์หมู่บ้านสะอาด 4. โครงการพัฒนาเครือข่ายดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค แล้วนำรูปแบบไปปฏิบัติโดยชุมชน ประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการเยี่ยมบ้านและการดูแลให้กำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ใส่ใจดูแลและพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ชุมชนได้มีสวนร่วมดำเนินงานในทุกขั้นตอน และมีภาคีเครือข่ายระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันวัณโรคในชุมชน ส่วนความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของประชาชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน

กล่าวโดยสรุปว่า จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่าชุมชนได้มีสวนร่วมดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในทุกขั้นตอน และมีภาคีเครือข่ายระหว่างชุมชน ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการเยี่ยมบ้านและการดูแลให้กำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับมีหน่วยงานภาครัฐ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันวัณโรคในชุมชน

นิรมล พิมน้ำเย็น และคณะ (2561) ศึกษาการวิจัยและพัฒนาระบบบริการต้นแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและโรคเรื้อนที่ประสบปัญหาทางสังคมในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มี 5 ขั้นตอน 1. วิเคราะห์สภาพปัญหาของวัณโรคและโรคเรื้อนในภาคเหนือตอนล่าง 2. พัฒนาต้นแบบการช่วยเหลือทางสังคมที่มาจากความร่วมมือของเครือข่ายทางสังคม และระบบการบริหารจัดการการช่วยเหลือทางสังคม 3. ทดลองใช้ต้นแบบที่พัฒนาขึ้น และปรับปรุงต้นแบบให้เหมาะสม 4. นำต้นแบบที่พัฒนาไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และประเมินประสิทธิผล 5. วิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยพบว่าระบบบริการต้นแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและโรคเรื้อนที่ประสบปัญหาทางสังคม ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและรักษาวัณโรคสำเร็จร้อยละ 97 ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และจากการติดตามประเมินผลมีระบบการช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมของหน่วยงานในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง และจากระบบการดูแลรักษาเดิมที่ให้การรักษาด้านโรคเป็นหลัก ไม่ได้ประเมินภาวะ สังคมของผู้ป่วย พบว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับปัญหาสังคมและเศรษฐกิจมากขึ้น โดยส่วนใหญ่จะขอรับการช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ดังนั้นผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางสังคมบางรายจึงไม่ได้ขอรับการช่วยเหลือจากมูลนิธิฯ แต่มาจากท้องถิ่นและประชาชน ในการช่วยเหลือรูปแบบการรับส่งผู้ป่วย ผู้สูงอายุไปรับการรักษาตามแผนการรักษาที่โรงพยาบาลทุกเดือนเป็นเวลานาน 6–8 เดือน จนกว่าผู้ป่วยรักษาโรคสำเร็จ

กล่าวโดยสรุปว่า จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่าการพัฒนาระบบบริการต้นแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและโรคเรื้อนที่ประสบปัญหาทางสังคมในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยมีระบบการช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจโดยการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมของหน่วยงานในพื้นที่ จากเครือข่ายทางสังคมภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือปัญหาสังคมและเศรษฐกิจมากขึ้น

จุฬาวรรณ จิตดอน (2561) ศึกษาบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้าน โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้าน ซึ่งเป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การใช้หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มแอลกอฮอล์ โดยการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ประสานงานบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม ดูแลให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในด้านสุขภาพ และสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้บริการสุขภาพครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ แก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ทำหน้าที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพ รวมไปถึงการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

กล่าวโดยสรุปว่า จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่าการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้านโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรักษาที่ประสบผลสำเร็จ ไม่เกิดภาวะดื้อยา ผู้ป่วยและครอบครัวมีจิตใจที่เข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

อวินนท บัวประชุม และวันเพ็ญ ปณราช (2559) ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนของรพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน 2. วางแผน เลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาและจัดทำแผนการดำเนินงาน 3. ดำเนินการปฏิบัติตามแผน และ 4. ประเมินผล พบว่า จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน พบวา ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคน้อย การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง ไม่มีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา พี่เลี้ยงไม่เข้าใจบทบาทที่ อสม. มีความรู้

ไม่เพียงพอ ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด อีกทั้งเจ้าหน้าที่ไม่มีแผนงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จึงได้ร่วมกันพัฒนาแผนงานการดำเนินงานแก้ไขปัญหา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง พี่เลี้ยงมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน เจ้าหน้าที่ที่มีสวนเกี่ยวข้องมีแผนงานในการดูแล อีกทั้งทุกภาคส่วน ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ทำให้เกิดผลสำเร็จในด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

กล่าวโดยสรุปว่า จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่าหากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน และไม่มีแผนงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เกิดปัญหาในการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องมีแผนพัฒนาการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

ชาญเลขา กุลละวณิทย์ และยุพิน หงส์วะชิน (2561) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคระดับอำเภอและตำบล 11 คน ผู้ป่วยวัณโรค 10 คน พี่เลี้ยง 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 19 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนได้แก่ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 ร่วมวางแผน ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา และจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ขั้นตอนที่ 3 นำแนวทางการดำเนินงานไปใช้และสะท้อนผลการปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล พบว่าการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานและการควบคุมวัณโรคพบว่าระบบการบริการในคลินิกวัณโรคยังไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชนไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จึงได้มีการพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วย แนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูล แนวทางการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหายขาดและจำหน่ายออกจากการรักษาวัณโรค

กล่าวโดยสรุปว่า จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่าหากมีการพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้นที่ประกอบด้วย แนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูล

แนวทางการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหายขาดและจำหน่ายออกจากการรักษาวัณโรค

ธัญลักษณ์ องอาจอิทธิชัย และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลบุษราคัม ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลบุษราคัม พบว่าระบบบริการพยาบาลที่บริหารงานคุณภาพ PDCA และ 4M ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การบริหารองค์กร การบริหารทรัพยากร การบริหารทรัพยากรบุคคล และการจัดระบบงานกระบวนการให้บริการพยาบาล ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการประเมินผลและการบริหารจัดการ ในการจัดระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลบุษราคัมมีโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งกำหนดให้มีงานการบริการ 5 ระบบงาน ประกอบด้วย 1. ระบบรับส่งต่อ 2. ระบบการรับผู้ป่วย 3. ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย 4. ระบบปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษา 5. ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้สามารถสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานและสามารถทำให้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างทันท่วงทีและตรงกับปัญหาของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวาง และมีความรุนแรงของโรคมาก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการเข้ามาดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นสภาวะวิกฤต

กล่าวโดยสรุปว่า จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่าในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลต้องอาศัยปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การบริหารองค์กร การบริหารทรัพยากร การบริหารทรัพยากรบุคคล และการจัดระบบงาน เพื่อทำให้การจัดระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลบุษราคัมมีโรงพยาบาลมีระบบงานที่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน

กันตภณ เชื้อฮ้อ และปาริฉัตร อารยะจารุ (2564) ศึกษาบทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติในการสงเสริมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลโดยการใชหลัก 4M พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติควรแสดงบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นโดยใช้หลัก 4M คือ แสดงทักษะของตนเองในการจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและร่วมกับการให้สุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในฐานะผู้ดำเนินการหลัก (Man) เป็นผู้มีส่วนร่วมในการพิจารณาคัดเลือกเครื่องมือเจาะ ทดสอบระดับน้ำตาลแบบพกพา รวมถึงแบบบันทึกผลลัพธ์ที่ง่ายตอการใชและมีคุณลักษณะทางเทคนิคที่เหมาะสม (Materials)

เป็นผู้ประสานงานในการเสริมสร้างความเขาใจแก่ผู้มีส่วนได้เสียในการให้บริการสุขภาพระดับตำบลให้เห็นความสำคัญต่อการสนับสนุนงบประมาณในการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวาน (Money) และบริหารจัดการระบบติดตามประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน (Management) ดังนั้นจึงเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมเหตุผลสำคัญยิ่งที่พยาบาลเวชปฏิบัติควรนำหลักสุขภาพระดับตำบลให้เกิดความต่อเนื่องและ 4M มาใช้เพื่อการปรับปรุงบทบาทหน้าที่ของตนเองประสบความสำเร็จมากขึ้น

กล่าวโดยสรุปว่า จากการศึกษางานวิจัยนี้ การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เป็นวิธีการตรวจติดตามภาวะสุขภาพที่มีประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA 1C) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งการบริหารจัดการตามหลัก 4M (Man, Material, Money and Management) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เพื่อช่วยพัฒนาบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติในการส่งเสริมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลได้อย่างประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

พชรพร ครองยุทธ และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จังหวัดขอนแก่น โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 34 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้กำกับการรับประทานยาต้านวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เครื่องมือการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการกำกับการรับประทานยาต้านวัณโรค ผลการวิจัยพบว่า ได้พบปัญหาอุปสรรคการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ สรุปได้ 3 ประเด็น คือ ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรส่วนหนึ่งยังไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรค ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยรายได้น้อย ทำให้ไม่สามารถมารับยาตามนัดได้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการป่วยเป็นวัณโรคเป็นตราบาป กลัวเป็นที่รังเกียจของผู้อื่น ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา และด้านระบบบริหารจัดการ ได้แก่ งบประมาณการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนไม่เพียงพอและขาดการมีส่วนร่วมกับชุมชน จึงทำให้มีการพัฒนารูปแบบใหม่ของการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เริ่มต้นตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา การให้คำแนะนำและการติดตามผู้ป่วยระยะเวลา 6 ตามแนวคิด“ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบและชุมชนมีส่วนร่วม” โดยมีวัตถุประสงค์และกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อโรควัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาหาย

และอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหา รักษา ป้องกันวัณโรคในชุมชน เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศที่ช่วยค้นหา รักษา ป้องกันวัณโรค และเพื่อพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาดจากโรค

กล่าวโดยสรุปว่า จากการศึกษางานวิจัยนี้ รูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จังหวัดขอนแก่น ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตั้งแต่การระบุปัญหา การให้ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การระดมความคิดเพื่อแก้ไขปัญหาส่งผลให้พบอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จากการที่ชุมชนได้มีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยที่คลอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านผู้ให้บริการ ด้านระบบบริหาร และด้านผู้รับบริการ

ดารารัตน์ โห้วงศ์ และปิยะณัฐ วิเชียร (2562) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคปอดในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค และตัวแทนประชาชนในชุมชน จำนวน 30 คน และผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบบันทึกข้อมูลบริบทชุมชน การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการป้องกันวัณโรคปอดในผู้สูงอายุที่ชุมชนมีส่วนร่วม มี 4 ขั้นตอน คือ 1. การสร้างองค์ความรู้เรื่องวัณโรคและส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ คือ การอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรคปอดแก่ผู้สูงอายุ 2. พัฒนาองค์ความรู้ด้านวัณโรคให้บุคลากรสาธารณสุขและแกนนำในชุม 3. เพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในกลุ่มผู้สูงอายุ และ 4. สร้างแนวทางการติดตามผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ โดยมีแนวปฏิบัติทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลตาพระยาและเมื่อส่งตัวผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับบ้าน โดยในขั้นตอนนี้จะใช้กับผู้ป่วยวัณโรคทุกคน เมื่อมีผู้ป่วยถูกวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดหลักจากรักษาที่โรงพยาบาลจะส่งตัวผู้ป่วยกลับไปพักรักษาต่อที่บ้านผู้รับผิดชอบวัณโรคแต่ละ รพ.สต./หมู่บ้าน ต้องเตรียมความพร้อมชุมชนและจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมบ้านผู้ป่วย และให้ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกโดยเน้นกลุ่มเสี่ยงประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรควัณโรคแก่ประชาชนในชุมชน

กล่าวโดยสรุปว่า จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่าในการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด มี 4 ขั้นตอน คือ 1. การสร้างองค์ความรู้เรื่องวัณโรคและส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ 2. พัฒนาองค์ความรู้ด้านวัณโรคให้บุคลากรสาธารณสุขและแกนนำในชุมชน 3. เพิ่มประสิทธิภาพ

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในกลุ่มผู้สูงอายุ และ 4. สร้างแนวทางการติดตามผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ได้นำแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart มาเป็นกรอบดำเนินการ โดยได้ทำการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน

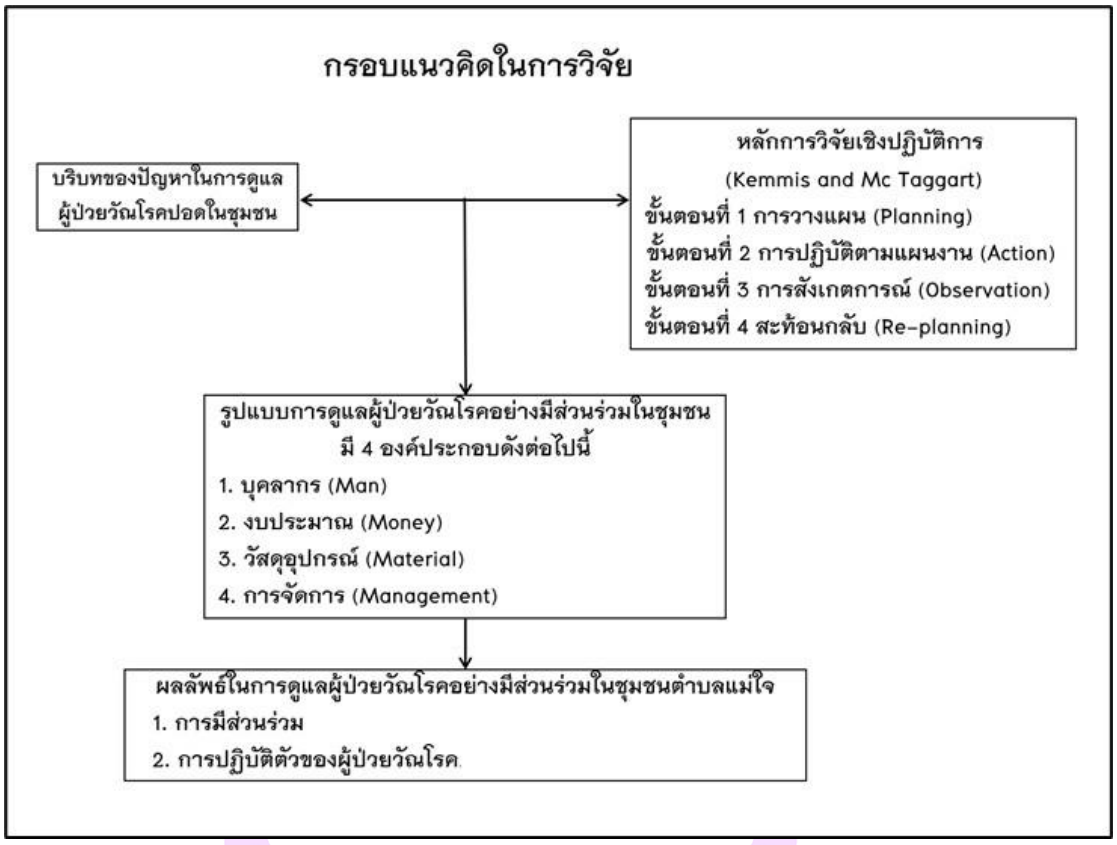
ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) กำหนดกิจกรรมในการศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ทำการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation) จากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นการสะท้อนกลับจากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ และสรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาต่อไป

มหาวิทยาลัยพะเยา UNIVERSITY OF PHAYAO



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษา คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ และศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้

1. ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ประชากรหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่

1.1 ผู้ใหญ่บ้าน

1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.3 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค

1.4 ญาติผู้ป่วย

1.5 ผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างและการสนทนากลุ่มจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย

1. ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 7 คน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 คน

3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 2 คน

4. ญาติผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 6 คน

5. ผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค จำนวน 6 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา

1. เกณฑ์การคัดเข้า

1.1 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ใหญ่บ้านในชุมชนตำบลแม่ใจที่พบผู้ป่วยวัณโรค

1.2 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการประเมินในชุมชนตำบลแม่ใจที่ให้ข้อมูลได้ชัดเจน

1.3 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค

1.4 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นญาติผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

1.5 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่หลังเริ่มทำการรักษา 4 สัปดาห์ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรคมาก่อน

1.6 ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา

2. เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

2.1 ผู้เข้าร่วมการศึกษาย้ายออกนอกพื้นที่ตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

2.2 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเสียชีวิตระหว่างทำการศึกษา

2.3 ผู้เข้าร่วมการศึกษาสิ้นสุดการปฏิบัติหน้าที่ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. เกณฑ์การถอดถอนจากการศึกษา

3.1 ผู้ให้ข้อมูลขอถอนจากการศึกษาวิจัย

3.2 ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาด้านสุขภาพและไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้

4. เกณฑ์การยุติการศึกษา

4.1 ผู้ให้ข้อมูลขอถอนตัวจากการศึกษาวิจัย จำนวนมากกว่า 20 %

ตาราง 1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักในขั้นตอนการศึกษา และวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ขั้นตอนการศึกษา	การเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ผู้ใหญ่บ้าน	7	ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) กำหนดกิจกรรม โดยศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา	แบบเจาะจง
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	7		
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1	ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ทำการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ และดำเนินกิจกรรมที่กำหนดไว้	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค	1		
ญาติผู้ป่วย	6	ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation) จากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ	
ผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค	6		
		ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นการสะท้อนผลจากข้อสรุปการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ และสรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาต่อไป	

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ในการกำหนดกิจกรรม โดยการเพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น ซึ่งประกอบ ไปด้วย

1.1.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือผู้ใหญ่บ้าน ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค ส่วนที่ 3 บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ส่วนที่ 4 การป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยวัณโรค ในชุมชน ส่วนที่ 5 การควบคุมวัณโรคป้องกันโรคในปัจจุบัน ส่วนที่ 6 ระบบสุขภาพในชุมชน และส่วนที่ 7 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการดำเนินงานในพื้นที่

1.1.2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ อสม. ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค ส่วนที่ 3 บทบาทหน้าที่ในดูแลผู้ป่วยวัณโรค ส่วนที่ 4 การป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ส่วนที่ 5 การควบคุมวัณโรคป้องกันโรคในปัจจุบัน ส่วนที่ 6 มีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว และส่วนที่ 7 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการดำเนินงานในพื้นที่

1.1.3 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้เคยป่วยวัณโรคและญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวหากพบผู้ป่วยเป็นวัณโรค ในครอบครัวหรือญาติ ส่วนที่ 4 การดูแลสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยวัณโรค และ ส่วนที่ 5 ความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค

1.1.4 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่พี่เลี้ยง ส่วนที่ 4 การดูแลสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยวัณโรค และส่วนที่ 5 ความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค

1.2 เอกสารวิชาการจากส่วนราชการในพื้นที่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ทำการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ และนำรูปแบบที่ได้จากการสนทนากลุ่มไปดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย

2.1 ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group Guideline) ดังนี้

2.1.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม มีประเด็นการสนทนา ได้แก่

1) สถานการณ์การเจ็บป่วยวัณโรคในชุมชน

2) การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

3) ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของชุมชน

4) การดูแลการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว

5) บทบาทหน้าที่และการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน

6) ปัญหา และข้อเสนอแนะ

2.1.2 แบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation) จากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ ประกอบด้วย การสังเกตจากผลการดำเนินงานในการทำกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ของผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วยวัณโรค และทำการบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นการสะท้อนผลจากการสรุปการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ ประกอบด้วย ประเมินผลกระบวนการโดยการสังเกตผลการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 และทำการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยการสรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาต่อไป

ตาราง 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลำดับ	ขั้นตอนการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้
1	ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ในการกำหนดกิจกรรม โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา	แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกการศึกษาจากเอกสารวิชาการ แบบบันทึกประจำวัน

ตาราง 2 (ต่อ)

ลำดับ	ขั้นตอนการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้
2	ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ทำการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ และดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้	แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกประจำวัน
3	ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation) จากการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ	แบบบันทึกประจำวัน
4	ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นการสะท้อนผลที่ได้ข้อสรุปจากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ	แบบสรุปผลการดำเนินงาน

การตรวจสอบเครื่องมือ

การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือโดยการหาความเหมาะสมของแบบสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำมาร่างข้อคำถาม
3. นำร่างแบบสอบถามเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาอิสระ
4. นำแบบสัมภาษณ์และแบบการสนทนากลุ่มนำไปตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาหาความเหมาะสมของข้อคำถาม

การหาความเหมาะสมของข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้ผลการศึกษามีความถูกต้องและเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องด้านข้อมูลเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนเพียงพอของข้อมูลในการศึกษาที่จะนำไปสู่การพรรณนา และวิเคราะห์ผล สรุปผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งทำการตรวจสอบข้อมูลจำนวน 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จากแหล่งต่าง ๆ กันในด้านเวลา สถานที่ ตัวบุคคลมาสรุปรวมแล้วเปรียบเทียบความสอดคล้องของข้อมูล

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยนำข้อมูลที่บันทึกรวบรวมจากการสัมภาษณ์ การจดบันทึก การสนทนากลุ่ม มารวบรวมข้อมูลแล้วนำมาตรวจสอบเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ในการพรรณนาวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ในการกำหนดกิจกรรม โดยศึกษาบริบทของพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โดยเป็นการวางแผนเพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในกระบวนการดำเนินงานตามหลักองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการในขั้นตอนต่อไป ซึ่งใช้ระยะเวลา 10 วัน ประกอบด้วย

1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) ที่กำหนดไว้ในคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ ซึ่งจะทำการสัมภาษณ์รายบุคคลตามแบบข้อคำถามที่กำหนดไว้ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลครบตามประเด็นที่ต้องการ ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ระยะเวลา แผนการดำเนินงานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ประมาณ 30 นาที ต่อบุคคล

1.2 การรวบรวมเอกสาร บันทึก หลักฐานในชุมชนและส่วนราชการในชุมชน

2. ขั้นตอนปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) หลักจากการกำหนดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ จึงได้ทำการสนทนากลุ่ม เพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ และนำไปสู่การทำกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดไว้ โดยทำการสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง เก็บข้อมูลโดยการจดบันทึก บันทึกเสียง เก็บภาพ ซึ่งมีรายละเอียดการเก็บข้อมูล โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม ประมาณ 2 ชั่วโมง ซึ่งในการสนทนา

กลุ่มจะเป็นการสนทนากลุ่มร่วมกันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกคน จำนวน 28 คน ระยะเวลา 1 วัน โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาแก่ผู้ร่วมการศึกษา

2.2 ชี้แจงรายละเอียด หลักการ การจดบันทึกแนวคำถามแก่ผู้วิจัย

2.3 ทำการสนทนากลุ่มตามแนวทางคำถามที่กำหนดไว้

2.4 จดบันทึกและบันทึกเสียง

3. ขั้นตอนสังเกตผล (Observation) จากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ ประกอบด้วย การสังเกตจากผลการดำเนินงานในการทำกิจกรรม และทำการบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) จากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ โดยประเมินผลกระบวนการจากการสังเกตการดำเนินงานและทำการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยการสรุปปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาต่อไป ระยะเวลา 1 วัน

ตาราง 3 ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการศึกษา	เครื่องมือ	ผล	เวลา
ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ในการกำหนดกิจกรรม โดยศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา	แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกการศึกษาจากเอกสารวิชาการ แบบบันทึกประจำวัน	แผนปฏิบัติการตามหลัก 4 องค์ประกอบ คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ	10 วัน
ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ทำการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ และนำไปทำกิจกรรมที่กำหนดไว้	แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกประจำวัน	รูปแบบการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้	4 สัปดาห์

ตาราง 3 (ต่อ)

ขั้นตอนการศึกษา	เครื่องมือ	ผล	เวลา
ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation) จากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ	แบบบันทึกประจำวัน	สรุป ประเมินผลจากการดำเนินการตามแผน	1 วัน
ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นการสะท้อนผลจากการสรุปการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ	แบบสรุปผลการดำเนินงาน	ผู้วิจัยคืนข้อมูลแก่ผู้ร่วมวิจัยและข้อเสนอแนะ	1 วัน

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตในการศึกษาและเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ

3. แบบเครื่องมือในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป

4. ลงพื้นที่ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาในที่ประชุมในชุมชน ตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

5. ดำเนินการศึกษาตามวิธีการศึกษา

6. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลและสรุปผลการศึกษา และขออนุญาตตีพิมพ์ผลการศึกษาเป็นรูปเล่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินกิจกรรมจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

1.1 การรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ โดยการถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาเขียนบันทึกรายละเอียดของการสัมภาษณ์ เพื่อสรุปเนื้อหาในภาพรวม ค้นหาคำสำคัญ ประโยคสำคัญ และทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

1.2 ทำการจัดแฟ้มข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ซึ่งมีลักษณะเชิงบรรยาย เพื่อประโยชน์ในการค้นหาวิเคราะห์และเขียนรายงาน และเป็นการวางแผนกำหนดกิจกรรมเพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในกระบวนการดำเนินงานตามหลักองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ

2. ขั้นตอนปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan)

2.1 จากการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนการวางแผนกำหนดกิจกรรมและได้สรุปกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ จึงนำมาทำการสนทนากลุ่ม และถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มนำมาเขียนบันทึกรายละเอียดของการสนทนากลุ่ม เพื่อสรุปเนื้อหาในภาพรวม ค้นหาคำสำคัญ ประโยคสำคัญ ทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล และทำการวิเคราะห์เขียนรายงานเพื่อกำหนดรูปแบบและนำไปดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้

3. ขั้นตอนสังเกตผล (Observation)

3.1 บันทึกข้อมูลและนำมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปในการสังเกตการดำเนินการในการทำกิจกรรม และทำการบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

4.1 การสะท้อนผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผลที่ได้จากการวิจัย และสะท้อนผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2. ขั้นตอนปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) 3. ขั้นตอนสังเกตผล (Observation) 4. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งพบผลการศึกษา ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning) กำหนดกิจกรรม ในการศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

2. ขั้นปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ทำการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ และนำไปดำเนินกิจกรรม

3. ขั้นสังเกตผล (Observation) จากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ

4. การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นการสะท้อนผลจากการสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ

ขั้นการวางแผน (Planning)

ศึกษาบริบทของพื้นที่ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โดยการวางแผนกำหนดกิจกรรมเพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในกระบวนการดำเนินงานตามหลักองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ ซึ่งจะทำให้เกิดกิจกรรมและนำไปสู่การปฏิบัติตามการดำเนินกิจกรรม โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและประเด็นข้อคำถามจำนวน 10 คำถาม ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาในการทำงาน การอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ซึ่งมีข้อสรุปดังนี้

1. ผู้ใหญ่บ้าน พบว่า เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.71 ที่เหลือเป็นเพศหญิง ร้อยละ 14.28 ซึ่งมีอายุ 51–60 ปี ร้อยละ 100 โดยจบการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 71.42 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 28.57 มีรายได้เฉลี่ย พบว่าอยู่ระหว่าง 10,001–15,000 บาท ร้อยละ 100 มีระยะเวลาในการทำงานส่วนใหญ่มีระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.71 และการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค พบว่าไม่เคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 100 ทำให้พบว่า ผู้ใหญ่บ้านมีประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งจะทำให้การทำงานในเรื่องการประสานงาน หรือข้อมูลในชุมชน สามารถดำเนินงานได้เป็นอย่างดี และเหมาะสมในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค แต่หากต้องมีการอบรมให้ความรู้กับผู้ใหญ่บ้านด้วยเช่นกัน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า เพศ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.14 รองลงมาคืออายุ 50–54 ปี ร้อยละ 28.57 โดยจบการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.14 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.86 มีรายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ระหว่าง 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 85.71 มีระยะเวลาในการทำงานส่วนใหญ่มีระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.71 และการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 57.14 รองลงมาคือเคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 42.85 ทำให้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ แต่ประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ยาวนาน ซึ่งจะทำให้สามารถเป็นกำลังสำคัญให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการลงพื้นที่ติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค พบว่า เพศ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุ 50–59 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 รองลงมาคืออายุ 20–29 ปี ร้อยละ 50 โดยจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ย พบว่าอยู่ระหว่าง 20,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 100 มีระยะเวลาในการทำงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 รองลงมามีระยะเวลาการทำงาน 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 และการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค พบว่าเคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 100 ทำให้พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคมีประสบการณ์และความพร้อมในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับชุมชน

4. ญาติผู้ป่วย พบว่า เพศ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 และเพศชายร้อยละ 50 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.33 รองลงมาคืออายุ 40–49 ปี ร้อยละ 16.66 โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยพบว่า ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 100

มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่าส่วนใหญ่มีสมาชิกตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป ร้อยละ 100 และการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ เคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 16.66 ทำให้พบว่า ญาติผู้ป่วยบางส่วนยังไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรสาธารณสุขและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับญาติผู้ป่วย

5. ผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค พบว่า เพศ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 และเพศชายร้อยละ 50 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.33 รองลงมาคืออายุ 40–49 ปี ร้อยละ 16.66 โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 16.66 มีรายได้เฉลี่ยพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 66.66 รองลงมาคือมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 33.33 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่าส่วนใหญ่มีสมาชิกตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป ร้อยละ 83.33 รองลงมาคืออาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 16.66 และการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค พบว่าไม่เคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 100 ทำให้พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่ต้องได้รับการดูแลจากชุมชน ทั้งในส่วนของบุคลากรสาธารณสุข การช่วยเหลือในด้านดำรงชีพ ความเป็นอยู่ และการแนะนำในการปฏิบัติตัวตลอดระยะเวลาในการรักษาวัณโรคให้หายขาด

ข้อคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 10 ข้อ ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค

จากการที่ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการสัมภาษณ์รายบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจของโรควัณโรคนั้น จึงได้ข้อค้นพบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ญาติผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น ต่างอธิบายถึงความเข้าใจที่มีต่อโรควัณโรคที่แตกต่างกันไป ผู้สัมภาษณ์บางคนสามารถบอกได้ชัดเจนว่าโรควัณโรคือโรคติดต่อที่สามารถแพร่เชื้อได้ ซึ่งเกิดขึ้นที่บริเวณปอด และสามารถติดต่อกันโดยผ่านทางสารคัดหลั่ง เช่น ละอองฝอยเวลาไอ หรือจาม ตามที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งได้อธิบายว่า

“วัณโรคเป็นโรคติดต่อ ติดต่อผ่านการไอ จาม ต้องปิดปาก ไม่อยู่ใกล้กัน” ทำให้เห็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสามารถอธิบายได้เกี่ยวกับโรควัณโรคว่าคือโรคอะไร มีการแพร่เชื้ออย่างไร แต่ไม่สามารถอธิบายถึงการเกิดของโรคหรือสาเหตุของโรคนี้ได้อย่างชัดเจน สำหรับผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งที่ไม่ได้มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จึงได้ให้คำตอบสั้น ๆ เพียงว่า “โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ

โรคอันตรายพอสมควร” โดยที่ไม่สามารถบอกถึงสาเหตุและที่มาของโรคได้ และญาติผู้ป่วยท่านหนึ่งได้อธิบายเกี่ยวกับโรควัณโรคว่า

“เป็นเชื้อโรคอย่างหนึ่ง ไม่รู้สาเหตุมาจากไหน เป็นได้จากบุหรี่ พันธุกรรม” ซึ่งแสดงให้เห็นว่าญาติผู้ป่วยวัณโรคที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้น ไม่สามารถอธิบายหรือเล่าได้ว่าโรควัณโรคเกิดขึ้นได้อย่างไร และติดต่อกันได้อย่างไร และสำหรับตัวผู้ป่วยวัณโรคเองยังไม่สามารถบอกกับตนเองได้ว่าโรควัณโรคที่ตนเองกำลังรักษาอยู่นั้นคือโรคอะไร เกิดจากอะไร เมื่อป่วยแล้วต้องทำการรักษาอย่างไร ถึงจะหายป่วย และมีวิธีป้องกันตนเองไม่ให้แพร่เชื้อสู่ครอบครัวได้อย่างไร จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยท่านหนึ่งได้อธิบายว่า

“รู้ว่าเป็นกับปอด ไอ หมอบอกว่าเป็นโรคปอด วัณโรค” ทำให้มองเห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอเองยังไม่สามารถทำหน้าที่บทบาทในการให้ข้อมูลของโรคที่ชัดเจนเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ รวมถึงกระบวนการรักษา ขั้นตอนการรักษาที่ไม่ได้อธิบายอย่างละเอียดให้แก่ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูล หรือตัวผู้ป่วยเองไม่ได้ให้ความสำคัญมากพอเกี่ยวข้อมูลทั่วไปของโรคที่กำลังรักษา และเนื่องจากส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยวัณโรคนั้น เกิดจากพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือการไม่รักษาสุขอนามัยของตนเอง การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคโดยไม่ได้ป้องกันตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดเชื้อวัณโรคและติดต่อได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งอธิบายว่า

“วัณโรคนี้จะเป็นคนที่สูบบุหรี่เยอะ อยู่ใกล้ชิดกับคนที่เป็นวัณโรค สาเหตุมาจากบุหรี่ ติดต่อจากคนที่เป็นและเวลาจามไม่ปิดปาก ละอองเข้ามาหาเรา แต่ก่อนไม่มีการปิดจมูก” และเมื่อมีการป่วยด้วยโรควัณโรคแล้ว การรักษาด้วยระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งเป็นสูตรการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคนั้น จำเป็นต้องมีการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง ติดต่อกันทุกวัน เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีการพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกสุขอนามัย การแยกห่างจากกันของบุคคลในบ้านรวมถึงแยกเครื่องใช้อุปกรณ์ส่วนตัว การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ และจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งได้อธิบายถึงการดูแลรักษาวัณโรคว่า “เวลามีผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคไม่ให้คนในบ้านใกล้ชิดกับผู้ป่วย กินข้าวแยกถ้วนช้อน เวลากินยาต้องกินติดต่อทุกวันให้ครบ 6 เดือน วัณโรคถ้ากินยาหยุด ๆ จะไม่หาย ” ซึ่งการดูแลผู้ป่วยให้หายขาดแล้ว วิธีการดูแลป้องกันของโรควัณโรค จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยท่านหนึ่งกล่าวถึงโรควัณโรคว่า

“เป็นเกี่ยวกับปอด เวลาเมื่อไอ สมัยก่อนเป็นโรคที่รังเกียจ ติดต่องง่าย สังคมไม่อยากยุ่ง สมัยนี้หมอเข้าถึงง่าย กินยาตามที่หมอสั่ง ไม่รุนแรง เป็นโรคติดต่องง่าย”

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคในอดีตนั้น คือโรคที่ใคร ๆ ไม่ยอมรับหากพบผู้ป่วยเกิดขึ้นทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นโรคที่น่ารังเกียจ และไม่มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังหรือดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจน แต่หากมองในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้กล่าวถึงโรควัณโรคว่า “ เป็นโรคติดต่อที่รักษาให้หายขาดได้ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่สำคัญผู้ป่วยต้องยอมรับในแผนการรักษา ยอมรับตัวเองว่าป่วยแล้วจะต้องรักษาแบบนี้ ให้ความร่วมมือ ตั้งใจในการกินยา ยาเยอะ กินนานในช่วงแรกปริมาณจะเยอะ 4 เดือนหลังจะเบาลง ” ซึ่งจากการสัมภาษณ์ทำให้ทราบว่าความรู้และความเข้าใจของโรควัณโรค ทั้งสาเหตุการเกิดของโรค วิธีการรักษา รวมถึงการป้องกันดูแลของคนในชุมชนนั้น ยังไม่สามารถอธิบายหรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคได้อย่างละเอียด

ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอให้ชุมชน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคให้แก่คนในชุมชนมากขึ้น คือวัณโรคเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่งที่สามารถแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นได้โดยการแพร่กระจายจากสารคัดหลั่ง น้ำมูก น้ำลาย จากการไอ จาม หรือพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรงและไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย และเมื่อป่วยแล้วต้องทำการรักษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยการรับประทานยาทุกวันให้ครบ และพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อตรวจเช็คสภาพปอดของผู้ป่วย และตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และระหว่างการรักษาจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวโดยแยกของใช้ส่วนตัว แยกรับประทานอาหาร รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ งดบุหรี่ และแอลกอฮอล์ รวมถึงงดการรวมกลุ่มใกล้ชิดกับบุคคลอื่น เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ชุมชน ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องให้ชุมชนมีความรู้และความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรควัณโรค

2. บทบาทในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

จากการสัมภาษณ์ถึงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ที่ประกอบไปด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ญาติผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้น ซึ่งได้ข้อค้นพบว่า บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลยังมีส่วนที่ขาดหาย หรือไม่มีส่วนในการเชื่อมโยง ประสานงาน รวมถึงให้ความร่วมมือในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดการทำงานในหน้าที่ของแต่ละบุคคลแบบแบ่งแยกกันชัดเจน ซึ่งในการดำเนินงานวัณโรคนั้น จะเริ่มจากบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประสานมายังพื้นที่ในชุมชน แจ้งแก่ผู้ใหญ่บ้านให้ทราบถึงข้อมูลผู้ป่วย และประสานไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อติดตามอาการ และลงเยี่ยมบ้านพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้ใหญ่บ้านในบางครั้ง เพื่อเข้าไปแนะนำดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย และประสานกับ

ทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหากพบผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน แต่ในการทำงานมีเพียงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหลักให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกับผู้ป่วยเอง ซึ่งจากการสัมภาษณ์ของผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งที่มีตำแหน่งหน้าที่หรือบทบาทในการดูแลประชาชนในหมู่บ้านได้กล่าวสั้น ๆ ว่า

“ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคอยดูแล”

ทำให้เห็นถึงภาระหน้าที่ตกแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพียงอย่างเดียวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ใหญ่บ้านนั้น บทบาทหน้าที่คือ การประสาน หรือรับส่งผู้ป่วย หากผู้ป่วยยากไร้ หรือขาดญาติดูแล และหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยหากเป็นผุ้ป่วยที่ยากไร้ ไร้คนดูแลที่จะต้องขอรับสนับสนุนสิ่งของต่าง ๆ ในการดำรงชีพของผู้ป่วยที่ต้องอาศัยผู้ใหญ่บ้านในการติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแล สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นในการดูแลผู้ป่วยถือว่ามีบทบาทที่สำคัญที่สุด และเป็นกำลังสำคัญหลักให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งได้กล่าวว่า

“ก็คือไปติดตาม การพาไปหาหมอ ดูเรื่องยา แนะนำการกินยาตามหมอสั่ง การอยู่ในครอบครัวให้แยก ไม่ควรอยู่ใกล้กัน ถ้าไอให้อยู่ไกล ๆ แนะนำญาติให้แยกห้องนอน การกิน แล้วก็น้ำ” ซึ่งได้บ่งบอกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการเข้าไปแนะนำ ติดตามผู้ป่วย และประสาน รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยในการรักษาแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เข้าถึงตัวผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สำหรับญาติผู้ป่วยวัณโรคที่ผู้ป่วยเองจะขาดไปไม่ได้ เพราะเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา หากญาติให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยท่านหนึ่งได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“ก็อยู่ปกติทุกอย่าง โดยไม่ทิ้งกัน และปฏิบัติตามที่หมอสั่ง ที่หมอแนะนำ” ซึ่งหากญาติพร้อมที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วย และเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง ในการอยู่เคียงข้างผู้ป่วยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำที่ดี ก็จะทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่สุดท้ายแล้วผลลัพธ์ที่ได้คือผู้ป่วยหายจากโรควัณโรค แต่สิ่งเหล่านั้นจะเกิดผลสำเร็จไม่ได้หากตัวผู้ป่วยเข้าใจถึงบทบาทของผู้ป่วยเองในการยอมรับว่าตนเองป่วย ยอมรับในการรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรคได้เล่าถึงการดูแลของตนเองว่า

“แยกถ้วยชาม หมอแนะนำของใช้ให้แยก ไปเอายาที่โรงพยาบาลมากินจนครบละ หมอเช็คทุกเดือน ปอดดี เลือดดี”

ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยได้ดูแลรักษาจนหายขาดจากโรค และที่ขาดไม่ได้คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทเป็นผู้อยู่เบื้องหลังของการดูแลผู้ป่วยและเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปรียบเสมือนครูพี่เลี้ยงในการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาดและไม่แพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนผ่านหรือขาดความคุ้นเคยกับชุมชน ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย รวมถึงผู้นำชุมชน ทำให้บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง และทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้น ทำให้ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยเองขาดความเชื่อมั่นและไม่ยอมรับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค แทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จนทำให้การปฏิบัติงานตามหน้าที่บทบาทของแต่ละบุคคล ไม่เชื่อมโยงต่อการทำงาน หรือทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน

จึงกำหนดว่าชุมชนจะมีการระบุบทบาทหน้าที่ และชี้แจงให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนให้รับทราบ ถึงการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ดังนี้ ผู้ใหญ่บ้าน ให้มีบทบาทในการประสานงาน ส่งต่อผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีบทบาทในการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีบทบาทในการลงพื้นที่ติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรค ญาติผู้ป่วย ให้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และผู้ที่ป่วยวัณโรค ให้มีบทบาทในการดูแลตนเอง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

3. การป้องกันไม่ให้พบผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่) ในชุมชน

จากการสัมภาษณ์ซึ่งได้ข้อค้นพบว่าผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนตำบลแม่ใจ ในบางครั้งเกิดจากสะสมเชื้อมาเป็นระยะเวลานานกว่าจะแสดงอาการออกมาให้ตนเอง ญาติ หรือคนในชุมชนทักถวงถึงอาการที่เกิดขึ้น หรือตรวจพบในห้องปฏิบัติการ ซึ่งการป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเกิดขึ้นนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยหรือในการป้องกันโรคจะต้องเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของคนในชุมชน ในการดำเนินงานเพื่อให้ชุมชนไม่พบผู้ป่วยวัณโรค โดยจากการสัมภาษณ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันชุมชนไม่ให้พบผู้ป่วยวัณโรค จากการเข้าไปให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย การเข้าไปให้ความรู้เรื่องวัณโรคในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ท่านหนึ่งได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“ไปแนะนำโรคนี้ ถ้าสมมติมีคนเป็นให้ปฏิบัติตามคำแนะนำหมอ เหล้าบุหรี่ไม่ให้กิน ทำตัวให้สะอาด” นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอีกท่านได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“แจ้งคนในบ้านให้แยกผู้ป่วย แยกช้อน ส้อม กินข้าวน้ำ เวลากินข้าวแล้วให้กินยาตรงเวลา ให้ครบ 6 เดือน”

จากการปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ ล้วนจะทำให้เกิดการป้องกันตนเองของผู้ป่วย เพื่อไม่ให้มีการแพร่กระจายของเชื้อ ไม่ให้เกิดการติดต่อของคนในบ้านที่เรียกว่า “ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสนอกบ้าน” และโอกาสพบผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชนนั้นก็มีโอกาสน้อยลงเช่นกัน เพราะฉะนั้นการที่ชุมชนให้ความสำคัญในการป้องกันโรค เปรียบเสมือนเพิ่มเกาะกำแพงในการกั้นเชื้อโรคไม่ให้เข้าสู่ชุมชนได้

“การป้องกันส่วนมากจะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบดูแลและความร่วมมือของชาวบ้าน” ผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งได้ให้สัมภาษณ์ถึงบทบาทในการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของตน เช่น ในการรณรงค์คัดกรองให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนและผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรคเข้ารับการตรวจสุขภาพเอกซเรย์ปอดประจำปี แต่หน้าที่การประชาสัมพันธ์ในการแจ้งกลุ่มเสี่ยงไปตรวจสุขภาพเอกซเรย์ปอดยังคงมีแต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่านั้นที่ทำหน้าที่ เนื่องจากผู้ใหญ่บ้านไม่ได้รับการประสานจากทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการช่วยประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ประชาชนเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี จึงทำให้ผู้ป่วยวัณโรคที่พบส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้มาจากการคัดกรองเอกซเรย์ปอดหรือการตรวจสุขภาพประจำปี แต่เป็นคนในชุมชนที่มีอาการผิดปกติของร่างกายและตรวจพบวัณโรคเมื่อเข้ารับการรักษาอาการผิดปกติของตน

จึงกำหนดว่าชุมชน จะเป็นส่วนประกอบสำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่) ในชุมชน โดยให้ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ประชาสัมพันธ์หลักในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในชุมชน และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฝ้าระวังและร่วมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. การควบคุมป้องกันวัณโรคในชุมชน

จากการสัมภาษณ์ถึงการควบคุมป้องกันวัณโรคในชุมชนนั้น ซึ่งได้ข้อค้นพบว่าต้องการให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกัน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกคนในชุมชน แต่เดิมการควบคุมป้องกันโรค บทบาทหลักคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งไม่ได้มีผู้ใหญ่บ้านเข้ามาเกี่ยวข้องหรืออาจเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นบางกิจกรรมเท่านั้น ที่ต้องอาศัยการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ซึ่งผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแนะนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมา ถ้าสมมติรู้ว่าเป็นวัณโรคมีอาการให้ไปตรวจสุขภาพ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแนะนำไปตรวจ”

โดยเป็นการบอกเล่าของผู้ใหญ่บ้านแจ้งให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติหน้าที่ แต่ผู้ใหญ่บ้านไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิด วางแผน หรือร่วมปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งตรงกันข้ามกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีบทบาทในการควบคุมป้องกันวัณโรค จากการให้สัมภาษณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งว่า

“การควบคุมวัณโรคในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้ความรู้แก่ประชาชน แนะนำการสวมหน้ากากอนามัยหากใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค”

จากการดำเนินงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพียงบทบาทการทำงานของ 2 ฝ่ายด้วยกันเอง แต่ยังขาดการดำเนินงานร่วมกับผู้ใหญ่บ้าน คนในชุมชน ญาติหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค ได้มีบทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งในการควบคุมป้องกันวัณโรคในชุมชน รวมถึงขาดการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมควบคุมโรค ซึ่งหากจะดำเนินกิจกรรมได้ในแต่ละครั้งต้องอาศัยงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว และในชุมชนไม่ได้มีงบประมาณเพียงพอในการจัดกิจกรรมป้องกันโรคได้

จึงกำหนดว่าชุมชน จะดำเนินการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ให้ความรู้หรือคำแนะนำเรื่องโรควัณโรคกับชุมชน ผู้ใหญ่บ้านทำการชี้แจงการเฝ้าระวังของโรคในที่ประชุมประจำเดือน และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าร่วมกิจกรรมโครงการนายกพบประชาชนของแต่ละชุมชน เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องวัณโรค

5. ระบบสุขภาพในชุมชน

ระบบสุขภาพในชุมชนตำบลแม่ใจ จากการสัมภาษณ์ซึ่งได้ข้อค้นพบว่าเป็นระบบการแพทย์แบบแผนปัจจุบัน ที่สามารถเข้าถึงการให้บริการของแพทย์ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว จากที่ผ่านมาในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค หากพบผู้ป่วยในชุมชน จะได้รับการประสานส่งต่อรายละเอียดของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน เพื่อส่งต่อข้อมูลมายังผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ และมีการประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้าน เพื่อลงติดตามอาการระยะแรกหลังเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลและมารักษาต่อที่บ้าน แต่ทุกครั้งที่ผ่านมา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นบทบาท

หลักในการเข้าไปติดตามอาการและพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติในการให้คำแนะนำ อธิบายถึงรายละเอียดของโรค ในบางครั้งจะได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและญาติ และในบางครั้งผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับในตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากไม่เกิดความเชื่อมั่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเข้าไปดูแลครั้งแรก และไม่ได้มีการประสานถึงผู้ใหญ่บ้านในการรายงานการพบผู้ป่วยในชุมชน ทำให้ไม่เกิดการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงคนในชุมชนยังคิดเพียงว่าโรคนี้เป็นโรคที่น่ารังเกียจ ไม่กล้าเข้าใกล้ จึงไม่เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จากการสัมภาษณ์ของผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนว่า

“อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ไปอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหลักในการปฏิบัติงาน” และจากการสัมภาษณ์ผู้ใหญ่บ้านอีกท่านหนึ่งเล่าว่า “มีการมีงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็จะเข้มงวดในการป้องกันโรคต่าง ๆ” ทำให้ทราบว่าการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนต้องเป็นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่านั้น ซึ่งตามความจริงแล้วการดูแลสุขภาพหรือการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกคนทั้งครอบครัวผู้ป่วยและคนในชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอครอบครัวในชุมชนนั้น ๆ ที่จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพหรือการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถช่วยเหลือแนะนำดูแลรักษาสุขภาพ ป้องกันโรค ประสานส่งต่อหากกรณีฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยเองได้รับการดูแลสุขภาพจากชุมชนจนสามารถหายขาดจากโรคได้

จึงกำหนดว่าชุมชน ในการเข้าไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ให้ทางผู้ใหญ่บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประสานมายังหมอครอบครัวของหมู่บ้านนั้น ๆ เพื่อให้หมอครอบครัวแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค ในการเข้าไปติดตามอาการ หรือทำการประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาล

6. การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว

การช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว ตลอดการรักษานั้น จากการให้สัมภาษณ์ ซึ่งได้ข้อค้นพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้กล่าวว่า “ของกินหาให้ ซื้อของกินให้ ไปเยี่ยม ถ้ายาหมดเอายามาให้”

การดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เปรียบเสมือนครอบครัวของผู้ป่วยเองที่คอยใส่ใจดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และเป็นการทำหน้าที่แทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่สามารถเข้าไปดูแลผู้ป่วยได้ตลอด ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการกำกับรับประทานยาให้ครบตามที่แพทย์สั่ง แนะนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง โดยการดูแลแต่ละครั้งนั้นเป็นการดูแล

ร่วมกับญาติของผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเนื่องจากทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองที่ขาดการประสานงานกับทางผู้ใหญ่บ้าน ทำให้ในส่วนของชุมชน ผู้นำชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ที่ไม่ได้ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านหรือให้ความช่วยเหลือในด้านการเข้าไปดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม สิ่งของสนับสนุนในระหว่างการรักษา หากผู้ป่วยรายนั้นขาดรายได้ หรืออยู่ตามลำพัง ซึ่งยังไม่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแลเป็นพิเศษ เช่น สภากาดชาดไทย หรือเทศบาลตำบล ที่ต้องเข้ามาดูแลเรื่องความเป็นอยู่หรือมอบสิ่งของในการสนับสนุนการดำรงชีวิต และตามที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“เวลาผู้ป่วยมาหา รายงานหมอ หมอแนะนำยังไง ให้ไปหาหมอ ยาหมดแนะนำไปหาหมอ” ทำให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นมีอิทธิพลในการมีส่วนช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยตัดสินใจและวางแผนการักษาของตัวผู้ป่วยเอง

จึงกำหนดว่าชุมชน ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผลัดเปลี่ยนเวรในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สำหรับการนัดพบแพทย์หรือรับยาต่อเนื่องให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำยาไปส่งให้ผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถไปรับยาเองได้ และให้ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสานเรื่องวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติมกับทางโรงพยาบาลหากผู้ป่วยและญาติร้องขอ และให้ผู้ใหญ่บ้านประสานกับทางเทศบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการสนับสนุนการดำรงชีวิต หากมีกรณีจำเป็น

7. การปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรครวมถึงญาติผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ซึ่งได้ข้อค้นพบว่า เมื่อเข้าสู่กระบวนการักษาและการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ที่เป็นวิธีพื้นฐาน ผู้ป่วยหากพบว่าตนเองป่วยด้วยวัณโรคต้องยอมรับว่าตัวเองป่วยและเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาของโรค รับประทานยาให้ครบทุกวัน ไปพบแพทย์ตามนัด และแยกห่างจากคนในบ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ โดยญาติของผู้ป่วยต้องมีการยอมรับในตัวผู้ป่วยเช่นกัน และให้การดูแลผู้ป่วยทั้งกำลังใจ และการดำเนินชีวิต ซึ่งจะต้องคอยกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ดูแลแลการรับประทานอาหาร การแยกของใช้ส่วนตัวให้กับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยและญาติต้องได้รับคำแนะนำที่ดีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษาและหลักจากการักษาสำเร็จ จากการสัมภาษณ์ของผู้ที่เคยป่วยด้วยวัณโรคคนหนึ่งได้อธิบายถึงการปฏิบัติตัวในขณะที่ตนเองป่วยว่า “แยกถ้วยชาม หมอแนะนำของใช้ให้แยก ไปเอายาที่โรงพยาบาลมากินจนครบ ละหมอเช็คทุกเดือน ปอดดี เลือดดี”

ซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและมีญาติที่คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค และไม่มีการแพร่เชื้อสู่ครอบครัว และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยท่านหนึ่งในการดูแลตนเองขณะป่วยว่า “กินข้าว กินยา ให้ครบ” แต่ไม่ได้บอกถึงการได้รับการดูแลจากญาติอย่างใกล้ชิด และไม่ได้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ต้องมีการแยกห่างจากคนในครอบครัว และจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยถึงการดูแลผู้ป่วยนั้นได้อธิบายว่า

“ก็คือดูแลผู้ป่วย ต้องแยก เข้าหาผู้ป่วยใส่แมส พาไปหาหมอ” แต่เมื่อสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยอีกท่านได้อธิบายว่า “ก็อยู่ปกติทุกอย่าง โดยไม่ทิ้งกัน และปฏิบัติตามที่หมอสั่งที่หมอแนะนำ” ทำให้มองเห็นถึงความแตกต่างของญาติผู้ป่วยในชุมชนถึงวิธีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้อง โดยญาติท่านหนึ่งได้มีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องคือมีการป้องกันตนเองจากผู้ป่วยโดยการสวมหน้ากากอนามัย และมีการแยกห่างจากผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยเสมอ พาไปพบแพทย์ตามนัด แต่ญาติผู้ป่วยอีกท่านไม่มีการป้องกันตนเองจากผู้ป่วย และอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่มีการแยกห่างจากกัน ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ตาม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อวัณโรคจากตัวผู้ป่วย และมีโอกาสแพร่กระจายสู่ชุมชนได้ และทำให้เห็นว่าคนในชุมชนเอง หากพบผู้ป่วยหรือได้รับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยของคนในครอบครัว ยังไม่สามารถปฏิบัติตามหลักคำแนะนำที่ถูกต้องทั้งหมดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้

จึงกำหนดว่าชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโดยญาติในชุมชนนั้น อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกันทุกครั้ง และให้ข้อมูลในการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

8. การจัดการสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย

การจัดการสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ซึ่งได้ข้อค้นพบว่าเป็นการปฏิบัติหรือวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วย นั้นหายจากโรคนี้ได้เช่นกัน โดยเป็นสิ่งที่เพิ่มเติมจากการรับประทานยา การไปพบแพทย์ตามนัดยังต้องเน้นความสะอาดในที่อยู่อาศัย เพื่อไม่ให้เป็นที่สะสมของเชื้อโรค และเพื่อทำให้อากาศท่ายเทสะดวกทั้งในบ้านและนอกบ้านจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหายใจดีขึ้น ไม่น่าเบื่อ เช่น ห้องนอน ของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ป่วยเองต้องหมั่นทำความสะอาดทุกสัปดาห์ รวมถึงความสะอาดภายในบ้านและนอกบ้านที่ต้องเก็บทำความสะอาดอยู่เสมอ จากการสัมภาษณ์ของผู้ป่วยวัณโรคนั้น ได้อธิบายถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยขณะป่วยว่า “ได้หลานคอยมาช่วยดูแล ทำความสะอาด” ซึ่งบ่งบอก

ถึงความใส่ใจของญาติในการดูแลผู้ป่วย และเห็นถึงความสำคัญของการจัดสภาพที่อยู่อาศัย แต่เมื่อสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วย วัณโรคท่านหนึ่งได้อธิบายว่า

“ปกติที่บ้าน ไม่มีอะไรพิเศษ ไม่รังเกียจ

ทำให้เห็นถึงการไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันเชื้อโรคและก่อให้เกิดเชื้อโรคสะสมภายในบ้าน ถึงแม้จะเป็นคนในครอบครัว แต่การจัดการสภาพแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยนั้นมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น และช่วยให้หายป่วยเร็วขึ้นเช่นกัน และญาติต้องเป็นกำลังสำคัญในการช่วยดูแลความสะอาดของบ้าน เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคได้ และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านหนึ่งได้อธิบายว่า

“ป้านึกถึงเคส มันเป็นเคสยากและอยู่คนเดียว สภาพแวดล้อมไม่ค่อยดี เคสที่ยากมาก ตรวจเมื่อไหร่ก็เจอ เทียวไปเยี่ยมแกบ่อย ๆ”

หากผู้ป่วยอยู่อาศัยเพียงลำพัง ไม่มีญาติคอยดูแล ต้องพึ่งการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน ที่ต้องเข้ามาดูแลจัดการสภาพแวดล้อมให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้านที่เป็นกำลังสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนในชุมชน และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยเหลือ จัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ งบประมาณ กำลังคน ในการจัดสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่ทุกครั้งหากผู้ป่วยและญาติไม่สามารถดูแลสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยได้ การดำเนินงานจะเป็นเพียงแต่การให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่านั้น ซึ่งยังขาดการประสานให้ความร่วมมือของผู้ใหญ่บ้านในชุมชนที่เข้ามาช่วยเหลือประชาชนในชุมชนหรือเข้ามาช่วยเหลือเพียงครั้งคราวเท่านั้น

จึงกำหนดว่าชุมชน ให้ผู้ใหญ่บ้านเข้ามามีส่วนร่วม โดยทางผู้ใหญ่บ้านเป็นหลักในการดูแลสภาพความเป็นอยู่ของบ้านผู้ป่วย และให้ผู้ใหญ่บ้านประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล ในการเข้ามาช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยเหลือในการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยร่วมด้วย

9. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่พี่เลี้ยง

จากการสัมภาษณ์ซึ่งได้ข้อค้นพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับบทบาทหน้าที่พี่เลี้ยงในการดูแล ติดตามอาการ รวมถึงให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยวัณโรค เป็นผู้ที่อยู่เบื้องหลังของความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคนั้น ยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบกระบวนการรักษาคือ การประสานงานกับชุมชน เพื่อแจ้งรายงานผู้ป่วยกับผู้ใหญ่บ้าน และการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยรายละเอียดการรักษาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การลง

ติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษา การกำกับการรับประทานยา หรือการให้ความช่วยเหลือด้านเวชภัณฑ์ยาและการส่งต่อได้ทันท้วงที

“ป้าก็จะให้คำปรึกษา ให้ความรู้ว่า TB เกิดขึ้นได้อย่างไร สาเหตุเกิดจากอะไร สังเกตมานาน ป้าจะส่งเสริมสิ่งแวดล้อม เยี่ยมบ้านเขา” และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านหนึ่งได้อธิบายว่า “เคยดูแลติดตาม DOT ยาให้ทานยาให้ครบ” ซึ่งทำให้เห็นถึงการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของพี่เลี้ยงที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยในการกำกับการรับประทานยา และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว แต่ในการลงเยี่ยมบ้านมีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงลำพังในการลงเยี่ยมบ้าน หรือทำการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเอง โดยไม่ได้แจ้งให้แก่ผู้ใหญ่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รับรู้ ในการปฏิบัติหน้าที่ และเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องขอความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้การเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นช้าลง จึงทำให้การปฏิบัติหน้าที่พี่เลี้ยงตั้งแต่การรับรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลครั้งแรก การติดตามผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การประสานให้ชุมชนเข้ามาดูแล และการให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังจากทำการรักษาสำเร็จนั้น ยังไม่สามารถทำตามหน้าที่ของพี่เลี้ยงได้เต็มรูปแบบ

จึงกำหนดว่าชุมชน ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงพื้นที่ติดตามอาการผู้ป่วยตลอดระยะเวลารักษา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมลงพื้นที่เยี่ยมบ้านด้วยทุกครั้ง พร้อมกับแจ้งผู้ใหญ่บ้านเมื่อพบผู้ป่วยในชุมชน เพื่อที่จะได้ทำงานร่วมกัน ร่วมกันประสานงานและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันถ่วงที

10. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในพื้นที่

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ชุมชนตำบลแม่ใจ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค ญาติผู้ป่วย ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้ข้อค้นพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งได้ให้สัมภาษณ์ถึงปัญหา อุปสรรคว่า

“ปัญหา เวลาบอกญาติไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยไม่ยอมทำตาม ญาติคิดว่าไม่ร้ายแรง คนในครอบครัวไม่ใส่ใจคำพูดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”

ทำให้มองเห็นถึงการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เพียงลำพังที่ขาดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการลงเยี่ยมบ้านพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการให้คำแนะนำกับญาติและผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับคำแนะนำและการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเข้าใจถึงการรักษาของวัณโรคมากขึ้น สำหรับญาติผู้ป่วยจากการให้สัมภาษณ์ว่า

“พบปัญหาในการดูแลในส่วนของระยะเวลาที่ต้องดูแลเป็นระยะเวลา 6 เดือน จนกว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ”

จากระยะเวลาที่ยาวนานจนครึ่งปีในบางครั้งก็ไม่อาจห้ามความคิดของญาติผู้ป่วยเองได้ว่าผู้ป่วยนั้นจะหายหรือไม่ หรือถ้าไม่หายแล้วต้องใช้เวลาอีกเท่าไหร่ ที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยในขณะนั้น และญาติผู้ป่วยอีกท่านได้ให้สัมภาษณ์ว่า “คิดว่ามีปัญหา เพราะหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเป็นแม่ ต้องทน ” ดังนั้นจึงต้องมีการอธิบายให้ญาติทำความเข้าใจถึงการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังแก่ญาติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงผู้ใหญ่บ้านเข้ามาสอดส่องดูแลถึงความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเองเพื่อให้ญาติมีความรู้สึกว่าคนในชุมชนรวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเป็นห่วงและคอยให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ และจากการสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านหนึ่งว่า

“อุปสรรคคือผู้ป่วยไม่ยอมปรับเปลี่ยนตัวเอง ไม่ยอมเข้าใจ ขี้เกียจ ไม่ยอมจัดการตนเอง ต้องไป DOT ยาให้ มีปัญหาปรึกษา ลืมไหม ขี้เกียจกินยาไหม หาสาเหตุของการไม่กินยา ตัวบุคคล อยู่ตัวคนเดียว ไม่ใส่ใจ หมดกำลังใจ ญาติไม่ให้ความร่วมมือ ญาติไม่มีเวลาที่จะมาดูแล” นั่นทำให้ทราบว่าเมื่อขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ลงเยี่ยมบ้าน และพบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ และยิ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มความยากขึ้น จำเป็นต้องมีทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลเข้ามาเสริมในการพูดคุยและให้กำลังใจ ทีมผู้นำชุมชนเข้ามาดูแลเรื่องความเป็นอยู่อาศัย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงใจ และกำลังใจที่รวมถึงญาติในการทำการรักษาวัณโรค

ซึ่งจากการกำหนดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 (Planning) โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา พบว่ากระบวนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจนั้น ประกอบไปด้วย องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านบุคลากร ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ญาติ รวมถึงคนในชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุข และได้ลงติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจและแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงให้บุคลากรให้รับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลในการประสานงานและปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

2. ด้านงบประมาณ ซึ่งต้องขอรับสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลและจากเทศบาลตำบลแม่ใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วย และ

ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านการดำรงชีวิต และการจัดการสิ่งแวดล้อม รวมถึงการพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

3. วัสดุอุปกรณ์ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ รวมถึงโรงพยาบาลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการให้บริการผู้ป่วยระหว่างการรักษา

4. การจัดการ จากทุกคนในชุมชน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเทศบาล ในการบริหารจัดการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการประสานทางด้านข้อมูล การรับรายงานผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan)

จากการกำหนดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ และได้นำกิจกรรมนั้นมาดำเนินการโดยทำการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ และนำไปสู่การปฏิบัติตามรูปแบบกิจกรรมที่กำหนดไว้ โดยมีแนวทางในการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. สถานการณ์การเจ็บป่วยวัณโรคในชุมชน

จากการสนทนากลุ่มพบว่า เมื่อพบผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จะได้รับการประสานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในการติดตามอาการครั้งแรกของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลผู้ป่วยของญาติ โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเข้าไปแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย แต่มักจะถูกผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

“ส่วนมากเป้นเป็นแล้วบ่ยอมฮับ เป็นแล้วบ่ยอมฮับว่าตัวเองเป็นวัณโรคนะ แล้วเฮาไปเตือนเป้นก็บ่ฟัง เป้นบ่ใจ้เป็น ๆ อี้แหนะ เป้นกลัวได้กิ๋นยา ขนาดลูกที่เป้นเฝ้ายังบอกว่าบ่ใจ้เป็นหยัง เฮาอู้ไปเหมือนใส่ร้ายเป้น”

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งได้กล่าวเปิดประเด็น เพื่อสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคมักจะไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยวัณโรค และญาติไม่ให้ความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และส่วนหนึ่งเกิดจากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านครั้งแรกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ลงเยี่ยมบ้านเพียงลำพัง ซึ่งขาดการลงเยี่ยมบ้านพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงผู้ใหญ่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจ และรับฟังถึงการดูแลและแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วย รวมถึงกำลังใจจากชุมชนโดยที่มีผู้ใหญ่บ้าน

เข้ามามีส่วนร่วมที่พร้อมจะสนับสนุนสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในช่วงการรักษา นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยอีกท่านหนึ่งกล่าวความกังวลใจว่า “หมอบอกชัดเจนว่าแกเป็นโรคตับอีก แทรกซ้อนอีก กินเหล้าทุกวัน แต่เป็นเคยเป็นวัณโรคเป็นตั้งแต่ลูกยังน้อย ๆ” ซึ่งทำให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสำเร็จแล้ว ก็ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้กลับมาป่วยด้วยวัณโรคอีกเช่นเคย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังคงต้องติดตามดูแลผู้ที่เคยป่วยวัณโรคให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว หรือให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะส่งผลให้เกิดวัณโรคได้อีก ซึ่งแต่เดิมผู้ป่วยที่หายขาดจากโรคจะไม่มีระบบติดตามอาการหรือเยี่ยมบ้าน จึงทำให้ผู้ที่เคยป่วยวัณโรคกลับมาใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่อการป่วยด้วยวัณโรคเช่นเคย และจากคำกล่าวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอีกท่านหนึ่งที่อธิบายว่า

“มีอยู่คนเดียวที่เคยรักษา ช่วงที่รักษาก็บ่สูบบุหรี่ กินเหล้าไปเมิน แต่ตอนนี้บุหรี่เหล้ายังซื้อมาอยู่”

ผู้ที่เคยป่วยด้วยวัณโรคเมื่อหายป่วยแล้วยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง และขาดการติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่สามารถให้คำแนะนำต่อเนื่องได้ เนื่องจากผู้ที่เคยป่วยวัณโรคไม่ได้ตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นต่อสุขภาพ รวมถึงญาติที่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพหลังจากที่ผู้ป่วยหายขาดจากโรค ทำให้ในชุมชนยังพบผู้ป่วยวัณโรคที่หายแล้วกลับมาเป็นซ้ำดังเดิม

ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการอยากให้ทุกคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ไม่ว่าจะเป็นการให้ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านเข้ามามีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มติดตามลงเยี่ยมบ้านในครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษา และญาติน้อมรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพร้อมรับความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาตามนัด การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการรักษาต่อเนื่องที่บ้านจากชุมชน การรับมอบสิ่งของช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการให้ชุมชนเข้ามาดูแลและแนะนำพฤติกรรมของผู้ป่วยที่หายจากวัณโรค เพื่อไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ และไม่แพร่เชื้อสู่ชุมชน

2. การดำเนินงานหากพบผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

จากการสนทนากลุ่มพบว่า การดำเนินงานวัณโรคในชุมชนที่ผ่านมานั้น ยังไม่มีการดำเนินงานเป็นทีม หรือการประสานงานร่วมกันระหว่างผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นรูปแบบต่างคนต่างทำหน้าที่ของแต่ละคน ทำให้ไม่เกิดการมีส่วนร่วม และเกิดปัญหาในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยหรือการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ

“อย่างกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปอู้ หมอคนที่ 1 ไปคุยเขายังบ่ยอมรับ ก็ขอหมอคนที่ 2 คนที่ 3 ไปโตย ต้องไปคุยกับเปิ้น”

เสียงสะท้อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งที่ต้องการให้หมอครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยทุกคน เนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ หมอคนที่ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมอคนที่ 2 คือหมอโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหมอคนที่ 3 คือ หมอโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น โดยเมื่อได้รับรายงานว่ามีผู้ป่วยในชุมชนจากโรงพยาบาล แจ้งมาทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะแจ้งรายงานผู้ป่วยให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้านรับรู้ และลงติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งแรกพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากพบว่าผู้ป่วยมีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิด จะทำการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา เช่น การกำกับการรับประทานยา การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การแยกห่างหรือต้องมีการป้องกันตนเองเมื่ออยู่ในครอบครัว การไปพบแพทย์ตามนัด หากผู้ป่วยและญาติมีปัญหาเรื่องการเดินทางไปพบแพทย์ จะมีการประสานผู้ใหญ่บ้านเข้าไปให้ความช่วยเหลือ แต่หากผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพัง จะมีการประสานผู้ใหญ่บ้านเข้าไปให้ความช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ การรับสิ่งสนับสนุนในการดำรงชีวิต และการช่วยเหลือในการนำส่ง รพ.เพื่อพบแพทย์ตามนัด หรือการขอรับยาแทนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำยาไปส่งให้ผู้ป่วยที่บ้าน และหากพบผู้ป่วยผิดปกติในระหว่างการรักษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะดำเนินการประสานโรงพยาบาลทันที เพื่อปรึกษาอาการและเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยในทันที สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านหนึ่งได้กล่าวถึงการทำงานในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า

“จากโรงพยาบาลจากการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด คนที่รู้ว่ามีผู้ป่วยว่าอยู่หมู่ไหนคือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแจ้งไปยังประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลในเขตรับผิดชอบ โดยดำเนินการเข้าไปดูพฤติกรรมย้อนหลังของผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงฮู้ว่าผู้ป่วยคนนี้เป็นอย่างไร ถามว่ายากก่อ ตอบว่ายาก ในการดูแลผู้ป่วย”

โดยที่ชุมชนได้เสนอแนวทางในการกำหนดรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน ในการเข้าไปดูแลผู้ป่วย และต้องมีขั้นตอน การดำเนินงานที่ชัดเจนตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล และการประสานงานของทุกคนเพื่อให้เกิดการทำงานที่ราบรื่น ไม่ติดขัด หรือการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเกิดขึ้น และทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วย

ที่ต่อเนื่อง จากการพูดคุยก็พบว่าเราได้เกิดแนวทางที่จะทำให้การทำงานที่เห็นผลลัพธ์ได้ชันเจน จากที่ผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งได้กล่าวสรุปว่า

“ต้องให้ผู้ป่วยยอมรับโดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมอคนที่ 1 ไปพูดคุยก่อน และหมอคนที่ 2 หมอลงพื้นที่” และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกท่านพูดเสริมขึ้นมาว่า “หมอโตยไป ดูแลการปฏิบัติตัว แล้วถ้าผู้ป่วยผิดปกติ แจ้งหมอคนที่ 3 เพื่อประสานส่งต่อการรักษา” ซึ่งจากการสนทนากลุ่มจึงทำให้เกิดแนวทางขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยครั้งนี้ ที่เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยชุมชนได้กำหนดขึ้นเอง

3. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

จากการสนทนากลุ่ม พบว่าการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และที่สำคัญคือตัวของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่เกิดจากความร่วมมือกัน หลังจากที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนสามารถกลับมารักษาตัวต่อที่บ้านได้แล้วนั้น ซึ่งหลังจากมีการติดตามลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมักพบปัญหาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตนเองนั้น ถ้าหากไม่สามารถเข้าไปติดตามลงเยี่ยมบ้าน หรือดูแลผู้ป่วยได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านอื่นก็จะไม่เข้ามาทำหน้าที่ในการดูแลแทน ทำให้เกิดการละเลยในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

“เฮาต้องหื้อ อสม. ในชุมชนก่อ ที่ต้องดูแลร่วมกัน”

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งได้สะท้อนความคิดเห็น ที่บ่งบอกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในชุมชนต้องสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ไม่เพียงแต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบบ้านของผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลเพียงคนเดียวเท่านั้น และผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งที่ได้มองถึงการดูแลผู้ป่วยในการรักษาต่อเนื่องที่บ้านและต้องได้รับการประสานส่งต่อเพื่อไปพบแพทย์และรับยาตามนัด ซึ่งจะเป็นบทบาทของผู้ใหญ่บ้านที่คอยเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเมื่อถึงเวลานัดพบแพทย์เมื่อไหร่ก็สามารถแจ้งผู้ใหญ่บ้านได้ทันที จากการที่ผู้ใหญ่บ้านได้กล่าวว่า

“สำหรับครอบครัวนี้พ่อหลวงเขาจะดูแล มีหยังพ่อหลวงจะไปรับแกเหีย เฮาก็ประสานกับพ่อหลวงก็ได้”

ชุมชนจึงมีการให้ผู้ใหญ่บ้านมีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลผู้ป่วย และสามารถเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยได้เสมอ หากผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านสามารถแจ้งผู้ใหญ่บ้านได้โดยทันที สำหรับการลงเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งได้พูดถึงการดูแลผู้ป่วยว่า

“บ้านนี้ให้ญาติเป็นคน DOT ยา แต่อสม. เข้าไปเยี่ยมทุกสัปดาห์ เพราะบ้านอยู่ใกล้กัน” แม้จะให้ญาติเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเช่นกัน คือการดูเรื่องการรับประทานยาให้ครบทุกวัน ห้ามขาดยา เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของการรับประทานยา และไปพบแพทย์ตามนัด ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องต้องประกอบไปด้วย ตัวผู้ป่วยเองที่ยอมรับในการรักษา ญาติผู้ป่วยที่คอยดูแลเรื่องการรับประทานยา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คอยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ให้คำแนะนำการรักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ใหญ่บ้านที่เป็นผู้อยู่เบื้องหลังในการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดหรือมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งสะท้อนให้เห็นการดูแลผู้ป่วยที่ทุกคนเข้าไปมีส่วนร่วม เพื่อให้การรักษาวัณโรคของผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากชุมชน

4. ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของชุมชน

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ชุมชนมีความต้องการในส่วนของทรัพยากรที่สามารถช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องจนหายขาดจากโรค ในด้านกำลังคน คือ บุคลากรที่สามารถดูแลผู้ป่วยและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เมื่อพบรายงานว่าชุมชนมีผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้น และจะต้องดำเนินงานอย่างไร เพื่อจะให้เกิดการดูแลที่มีส่วนร่วมของคนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ใหญ่บ้าน ญาติผู้ป่วย คนในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตั้งแรกเริ่มจนผู้ป่วยหายขาดจากโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งกล่าวว่า

“ต้องการเจ้าหน้าที่ในการลงไปดูแล ถ้าเฮาลงไปคนเดียว บ่ค่อยฟังเฮา เจ้าหน้าที่ไปแนะนำโตย” ซึ่งการลงติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย กำลังคนที่สำคัญก็คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำและการยอมรับในกระบวนการรักษาและปฏิบัติตาม แต่หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าไปติดตามผู้ป่วยเพียงคนเดียว ซึ่งขาดเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับคำแนะนำและไม่เชื่อฟังคำบอกเล่าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและญาติมักจะไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร รวมถึงผู้ใหญ่บ้านเอง หากผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนหรือต้องการได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการเข้ามาดูแลสภาพที่อยู่อาศัย การดำรงชีวิต ที่ต้องอาศัยความเป็นผู้นำชุมชน ที่สามารถจะประสานหน่วยงานอื่น ๆ เข้ามาช่วยเหลือได้ หากกำลังคน

พร้อมที่จะดำเนินงานแล้ว กำลังของด้านงบประมาณก็เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนกำลังคนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

“วันนั้นพ่อหลวงก็ไปรับฮื้อ ผู้ป่วยไปรับเองไม่ได้ จากกาชาด” ผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งได้อธิบายว่าตนเองได้ประสานให้หน่วยงานอื่น ๆ เข้ามาช่วยเหลือด้านเงินช่วยเหลือพิเศษ ให้แก่ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ในการให้ความช่วยเหลือเพื่อนำมาเลี้ยงชีพดูแลตนเองได้ขณะป่วย แต่ขาดการประสานส่งต่อรายงานจากผู้ใหญ่บ้านให้กับทางเทศบาล เพื่อทางเทศบาลได้จัดทีมลงพื้นที่ช่วยเหลือผู้ยากไร้หรือผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับเงินเบี้ยพิเศษที่ตนเองควรจะได้ ทำให้เกิดความไม่พร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมถึงงบประมาณสนับสนุนจากทางสปสช. ที่ได้จัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้แก่ชุมชน แต่ไม่สามารถนำงบประมาณที่ได้มานั้น มาช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เช่น การรับส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาตามนัดที่โรงพยาบาล และในส่วนของหน่วยบริการอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีงบประมาณเพียงพอในการดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรือเป็นค่าตอบแทนพิเศษของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วยได้ สำหรับญาติผู้ป่วยท่านหนึ่งได้อธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในอดีตที่ต่างคนต่างดูแลกันเองว่า

“เมื่อก่อนไม่มี ดูแลกันเอง แต่ก็ประสานพ่อหลวงเหีย”

ซึ่งเดิมทีการให้ความช่วยเหลือแต่ก่อนอาจยังไม่ทั่วถึงในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ และการจัดสรรงบประมาณไม่มากพอ ทั้งส่วนของกำลังคน และทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา แต่ปัจจุบันยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยานั้นถ้ามองในส่วนของยามีปริมาณที่เพียงพอต่อผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถไปรับยาเองได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้อาสารับยาแทน และส่งต่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน หรือยาบางชนิดที่รักษาอาการข้างเคียงของผู้ป่วยได้ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำไปให้ผู้ป่วยที่บ้านได้ แต่ถ้าเป็นเวชภัณฑ์มิใช่ยา เช่น ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และมีอาการหอบเหนื่อยไม่สามารถหายใจได้เองเป็นปกติ จะต้องใช้เครื่องผลิตออกซิเจนในการช่วยหายใจ ทำให้เกิดความต้องการในการใช้เครื่องที่สูง แต่จำนวนเครื่องที่มีเพียง 3 เครื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลมีปริมาณที่จำกัด ทำให้ผู้ป่วยต้องซื้อเครื่องด้วยตนเองหากมีกำลังซื้อมากพอ หรือต้องติดต่อขอยืมจากหน่วยบริการอื่นแทน ซึ่งทำให้การได้รับความช่วยเหลือด้านทรัพยากรทางการแพทย์ไม่สามารถช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่องทุกราย และยังรอการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือคนในชุมชน รวมถึงการบริหารจัดการในความพร้อมของการดูแลผู้ป่วยที่ในบางครั้งความพร้อมของบุคลากร

ในการลงการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในด้านใดด้านหนึ่ง แต่เจ้าหน้าที่ติดภารกิจไม่สามารถเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จึงต้องมีการแบ่งหน้าที่บทบาทที่ชัดเจนของแต่ละคน และมีการผลัดเปลี่ยนเวรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

5. บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน

จากการสนทนากลุ่ม พบว่าในชุมชนทุกคนต่างมีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโดยเฉพาะโรคติดต่อ และวัณโรคก็เป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อในชุมชนได้ หากไม่มีการป้องกันและควบคุมโรคจากคนในชุมชน ผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งได้กล่าวว่า

“ถ้าเกิดเคสใหม่ ก็ช่วยกันดูแล ประสานช่วยกันให้คำแนะนำให้แยกกันอยู่ ประสานหมอ ประสานผู้ใหญ่บ้าน”

ทำให้พบว่าบทบาทของผู้ใหญ่บ้านในการเป็นผู้รับประสานงาน คอยรับเรื่องช่วยเหลือผู้ป่วย จากคนในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันควบคุมวัณโรค การสนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงาน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคเป็นบทบาทที่มีความใกล้ชิด เข้าถึงผู้ป่วยและญาติได้เร็วในการให้คำแนะนำป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสป่วยด้วยวัณโรคในการแนะนำไปตรวจสุขภาพเอ็กซเรย์ปอดฟรีที่โรงพยาบาล การคัดกรองวัณโรคเบื้องต้นในหลังคาเรือนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบ และรายงานการคัดกรองแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกเดือน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งได้กล่าวถึงการป้องกันควบคุมวัณโรคว่า

“แนะนำผู้ป่วย เวลาไปไหนตี่ไหนหื้อป้องกันตนเอง ถ้าในครอบครัวหื้อใจ้ส่วนตัว ใครส่วนตัวมัน บ่หื้อรวมคนอื่น”

การบอกเล่าว่าตนเองมีบทบาทที่คอยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และหายขาดจากโรค โดยมีญาติเป็นผู้มีส่วนร่วมในบทบาทในการป้องกันควบคุมวัณโรคคือการให้ผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการที่ญาติผู้ป่วยวัณโรคท่านหนึ่งกล่าวว่า “ในครอบครัวห้องน้ำ แนะนำหื้อเป็นล้างทำความสะอาด หื้อเป็นอยู่ห่างกัน บอกหื้อเป็นแยกถ้วยช้อน” ซึ่งการที่ญาติให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน หากผู้ป่วยไม่ทำตามคำแนะนำและได้รับการดูแลจากญาติ ในเรื่องของการรับประทาน

อาหาร การรับประทานยา การใช้ชีวิตอยู่ในบ้านเพื่อให้ผ่านช่วงการรักษานี้ไปให้ได้ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านหนึ่งได้สะท้อนความเห็นว่า

“ต้องมีข้อตกลงในกลุ่มอสม. เฮาก่อน เฮาต้องตั้งเกณฑ์ว่าอสม.ใครจะเข้าไปดูแลผู้ป่วย แล้วถ้าอสม. คนนั้นบ่อยู่อสม. คนอื่นต้องเข้ามาดูแลได้ ต้องมีเวรเปลี่ยน มันจะไม่มีข้อขัดแย้ง ละการป้องกัน หมอเป้นจะมีการคัดกรองวัณโรคทุกปีอยู่ละ ที่ต้องให้กลุ่มเสี่ยงแต่ละโรคไปเอกซเรย์ปอด ” ซึ่งเป็นการดำเนินงานที่ชุมชนอยากให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน

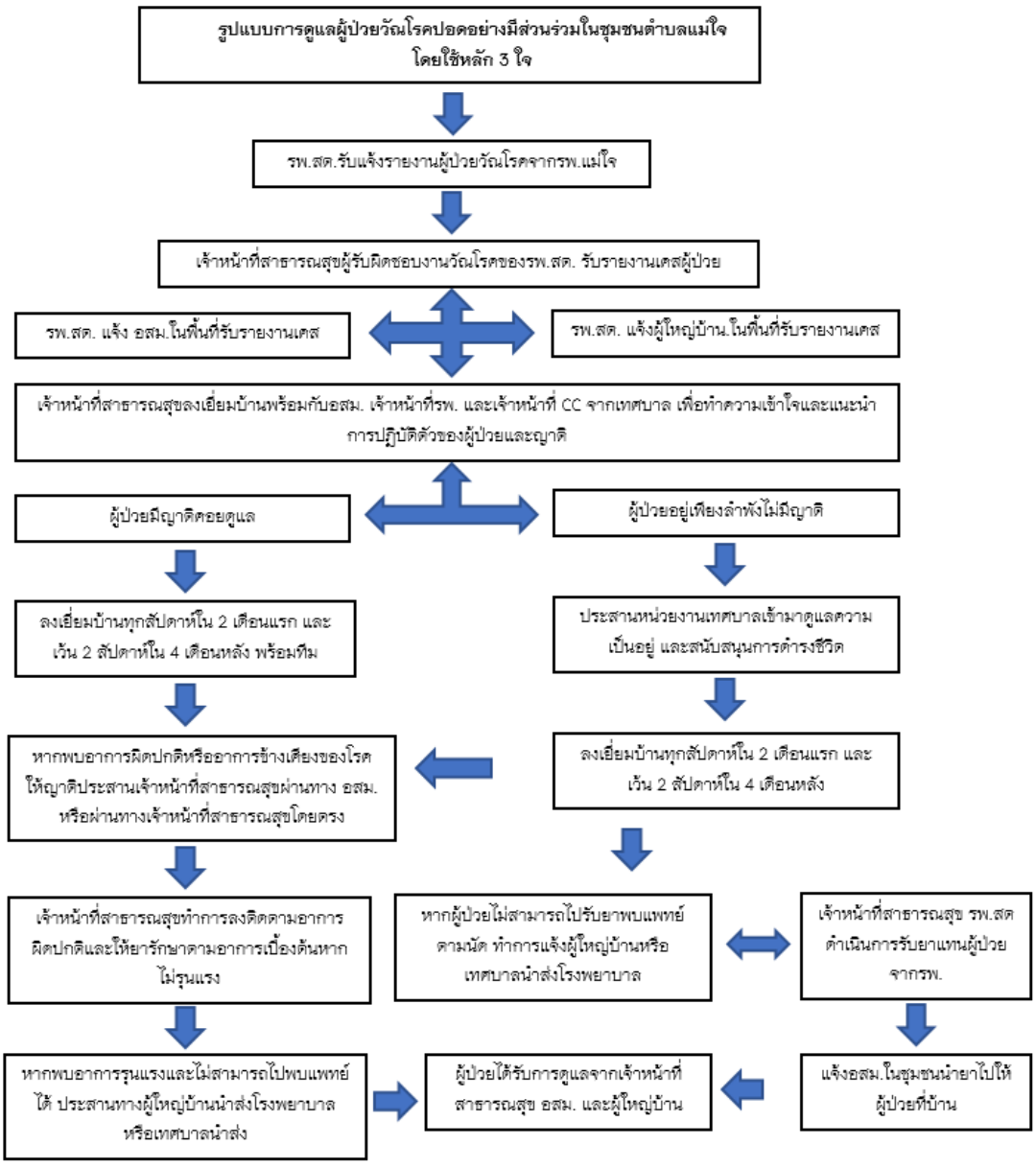
6. ปัญหา และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ปัญหาในการดำเนินงานจากเสียงสะท้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้กล่าวว่า

“ได้ฮับหน้าเน๊าะ คราวแล้วเคสตี่เป็น หมอไลน์มาหาเฮา หื้อเข้าไปดูผู้ป่วยคนนี้กำแต่บ่บอกเฮาว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรค เฮาก็บ่ได้เตรียมตัว ที่จริงน่าจะแจ้งให้อสม. ฮู้โตย ว่าเคสนี้เป็นวัณโรคเน้อ” ทำให้ทราบถึงปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานที่ไม่มีรูปแบบการทำงานที่ทุกคนมีบทบาทอย่างชัดเจน ว่าการดำเนินงานในแต่ละครั้งนั้นเป็นบทบาทของบุคคลใด และควรจะประสานหรือแจ้งบุคคลใด จึงส่งผลกระทบต่อตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องชี้แจงรายละเอียดของผู้ป่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับรู้และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดทางการดำเนินงาน

จากการการสนทนากลุ่ม ทำให้ค้นพบรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ ซึ่งได้เป็นข้อสรุปจากการสนทนากลุ่ม คือกระบวนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจนั้น พบว่าเมื่อได้รับรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาล จะมีการลงติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน หากผู้ป่วยมีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิด จะทำการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ หากพบปัญหาเรื่องการเดินทางไปพบแพทย์ จะประสานผู้ใหญ่บ้านเข้าไปให้ความช่วยเหลือ แต่หากผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังจะมีการประสานผู้ใหญ่บ้านเข้าไปให้ความช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ และการช่วยเหลือในการนำส่งโรงพยาบาลของทางเทศบาลตำบลแม่ใจเพื่อพบแพทย์ตามนัด หรือการขอรับยาแทนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำยาไปส่งให้ผู้ป่วยที่บ้าน และหากพบผู้ป่วยผิดปกติ

ในระหว่างการรักษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะดำเนินการประสานโรงพยาบาลทันที ซึ่งเป็นแนวทางขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชนได้กำหนดขึ้นเอง



ภาพ 3 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ

หมายเหตุ: การสนทนากลุ่มในการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ

จากการปฏิบัติตามแผนดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 (Action plan) ในการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ และนำไปปฏิบัติกิจกรรม พบว่ากระบวนการกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจนั้น โดยยึดหลักตามองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านบุคลากร ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ญาติ เทศบาลตำบลแม่ใจ ได้มีการประสานการดำเนินงาน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบของแต่ละบุคคล ตามแนวขั้นตอนการปฏิบัติงาน

2. ด้านงบประมาณ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนจากหน่วยงานบางแห่งของอำเภอในการช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านการดำรงชีวิต และการจัดการสิ่งแวดล้อม

3. วัสดุอุปกรณ์ เกิดรูปแบบการประสานตามแนวขั้นตอนการปฏิบัติงานในการขอรับจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการให้บริการผู้ป่วยระหว่างการรักษา

4. การจัดการ ในการบริหารจัดการ เกิดรูปแบบการประสานทางด้านข้อมูล การรับรายงานผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นขั้นตอนของชุมชนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation)

ผลจากการสังเกตการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ ดังนี้

1. ด้านบุคลากรในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค และญาติผู้ป่วย

ข้อสังเกตของผู้ศึกษา พบว่า แต่ละคนได้มีการแบ่งทำหน้าที่บทบาทที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มจากตัวผู้ป่วยได้มีการยอมรับในตนเองและยอมรับการรักษา ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการรับฟังคำแนะนำการรับประทานยา การรับประทานอาหาร แต่ยังไม่ให้ความร่วมมือกับญาติหรือผู้ดูแลตนเอง ยังคงไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของญาติ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีการลงพื้นที่ติดตามดูแลผู้ป่วย และคอยผลัดเปลี่ยนเวรในการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในกรณีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบบ้านผู้ป่วยนั้นติดภารกิจไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นได้มีการลงพื้นที่ติดตามผู้ป่วยในครั้งแรกร่วมกับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีการประสานแจ้งผู้ใหญ่บ้านเพื่อการดำเนินงานร่วมกันในการช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ใหญ่บ้านได้มีการเตรียมตัวและมีความพร้อมมากขึ้นในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย

2. ด้านงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ข้อสังเกตของผู้ศึกษา พบว่า ได้รับจัดสรรงบประมาณในการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และป้องกันควบคุมวัณโรคในชุมชนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข มีการเพิ่มเกณฑ์คุณภาพของตัวชี้วัดในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีอัตรารักษาสำเร็จร้อยละ 88 เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 80 ส่วนงบประมาณจากทางโรงพยาบาลในการเข้ามาดูแลผู้ป่วยนั้นยังไม่มีงบประมาณมีเพียงแต่เจ้าหน้าที่พยาบาลลงมาติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง เท่านั้น สำหรับหมู่บ้านนั้นยังไม่มีงบประมาณในการดำเนินการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ ต้องรอการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานอื่น ๆ เช่น เทศบาลตำบลแม่ใจ ซึ่งต้องอาศัยเทศบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานช่วยเหลือในกรณีผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีญาติ ต้องมีเจ้าหน้าที่เทศบาลลงพื้นที่เยี่ยมบ้านพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อดูความต้องการด้านการดำรงชีวิตของผู้ป่วย และสภากาชาดอำเภอ เป็นต้น

3. ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ข้อสังเกตของผู้ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยยังคงต้องจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์เองในบางอย่าง เนื่องจากอุปกรณ์ทางการแพทย์มีอยู่อย่างจำกัด เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ที่มีผู้ป่วยรายเก่าที่ยังต้องใช้อยู่ประจำ ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ไม่สามารถยืมจากสถานพยาบาลได้ สำหรับยาที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษานั้นมีปริมาณที่เพียงพอ และหากต้องรับประทานยาเพิ่มเติม ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา คืออาการท้องอืด อาการคันตามผิวหนัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถสนับสนุนยาในการรักษาอาการข้างเคียงได้ตลอดเวลา รวมถึงหน้ากากอนามัยที่สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยไว้ใช้ในการป้องกันตนเองและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ครอบครัวและชุมชน ส่วนในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน ยังไม่สามารถช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์หรือวัสดุทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยได้เนื่องจากวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มีราคาแพง และต้องใช้ความรู้เฉพาะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น

4. ด้านการจัดการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ข้อสังเกตของผู้ศึกษา พบว่า การบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยมีระบบมากขึ้นทำให้เกิดการประสานงานตามขั้นตอนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีส่วนร่วม

ในชุมชนตำบลแม่ใจ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มการรักษาสำเร็จ ไม่ขาดยา และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถแก้ไขปัญหาในระหว่างการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านได้โดยประสานกับทางผู้ใหญ่บ้าน หากต้องการความช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ของผู้ป่วย สำหรับการประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาหรือพบแพทย์ตามนัด ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติ หรือญาติไม่สามารถนำส่งโรงพยาบาลเองได้ ในบางครั้งเมื่อมีการประสานทางชุมชนให้เข้ามาช่วยเหลือจะไม่สามารถเข้ามาช่วยเหลือได้ เนื่องจากชุมชนติดภารกิจการทำงานผู้ใหญ่บ้านติดภารกิจส่วนตัว ทำให้ต้องมีการประสานเทศบาลตำบลแม่ใจ และในการประสานงานแต่ละครั้งค่อนข้างใช้เวลานานในการตกลงทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของผู้ป่วย ทำให้เกิดความยุ่งยากในการประสานงาน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

การสะท้อนของผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ ทำการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยการสรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจร่วมกับองค์ประกอบของการดำเนินงานทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลและเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจนั้น โดยเมื่อดำเนินการตามกระบวนการดำเนินงานทำให้ต้องมีการสรุปปัญหาเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลและเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมากยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านบุคลากร ข้อสรุปพบว่าควรเพิ่มบุคลากรเจ้าหน้าที่ของทางเทศบาลตำบลแม่ใจเข้ามามีส่วนร่วมในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงความต้องการและรับการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตในช่วงระหว่างการรักษา รวมถึงผู้รับผิดชอบงานคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลในการติดตามลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เพื่อให้เห็นสภาพผู้ป่วยที่ทำการรักษาที่บ้านและนำไปวางแผนการรักษาผู้ป่วยต่อไป

2. ด้านงบประมาณ ข้อสรุปพบว่า การเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยนั้นต้องขอรับจัดสรรเพิ่มเติมจากทางโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในส่วนกระบวนการรักษา และมีคลินิกวัณโรค ดังนั้นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การสนับสนุนงบประมาณให้เจ้าหน้าที่จัดอบรมให้แก่ญาติผู้ป่วย ผู้ป่วย ในการดูแลตนเองให้ถูกต้องที่บ้าน และงบประมาณที่ต้องขอรับจากทางเทศบาลตำบลแม่ใจเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่

ไม่มีญาติดูแล อยู่ตามลำพัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพความเป็นอยู่รวมถึงมีกำลังใจในการรักษาต่อไป

3. วัสดุอุปกรณ์ ต้องให้โรงพยาบาลจัดสรรอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติม เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เนื่องจากหากมีกรณีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยสามารถขอรับได้ที่โรงพยาบาลเช่นกัน โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องขอยืมจากโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือจัดซื้อเอง

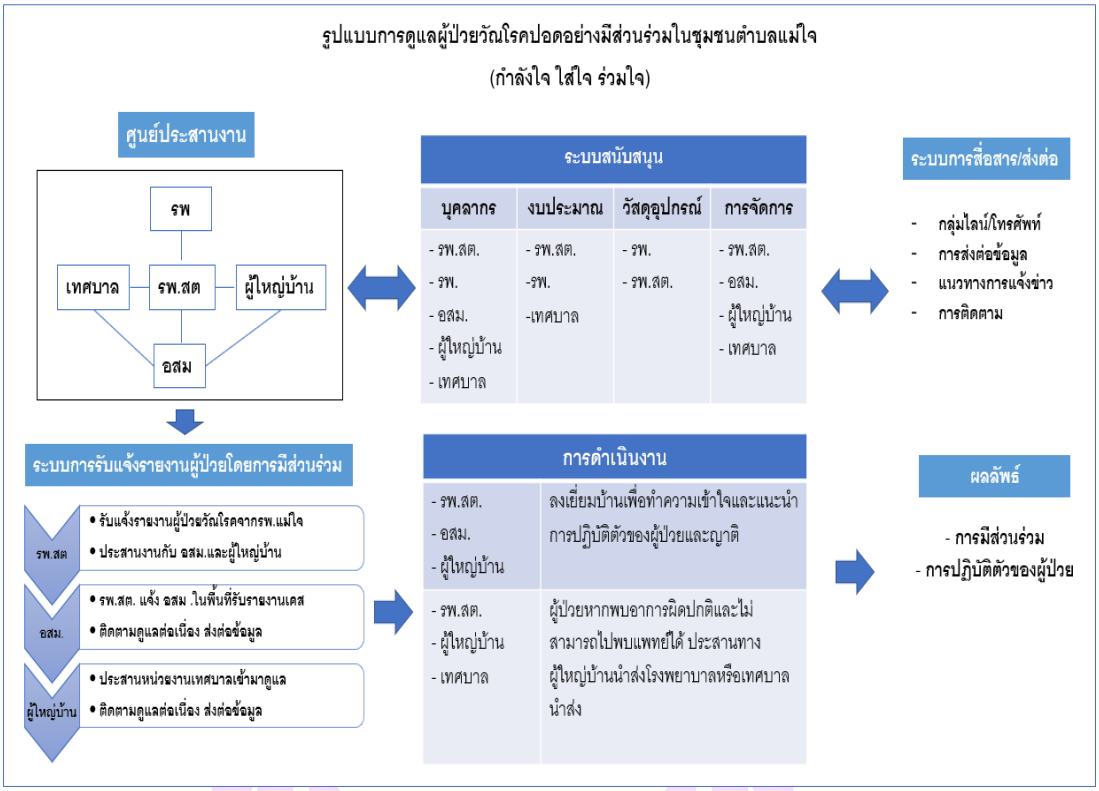
4. การจัดการ ในการบริหารจัดการ คือ โดยรวมแล้วการดำเนินงานเป็นไปตามรูปแบบขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย แต่ด้วยในอดีตในการทำงานไม่ได้มีขั้นตอนหรือรูปแบบที่ชัดเจนของชุมชน ทำให้ต้องมีการเรียนรู้ระบบกันมากขึ้น โดยการแจ้งในที่ประชุมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำเดือน และการประชุมหมู่บ้าน ในการแจ้งแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ซึ่งการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีส่วนร่วมนั้น นอกเหนือจากองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลและเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ ยังต้องอาศัยกระบวนการเพิ่มเติมเข้ามาสอดแทรก โดยใช้หลักของ 3 ใจ คือ กำลังใจ ใส่ใจ ร่วมใจ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดรูปแบบที่คลอบคลุม และนำไปปฏิบัติได้จริงของชุมชนตำบลแม่ใจ ดังนี้

1. กำลังใจ คือ กำลังใจจากตัวผู้ป่วย และคนสำคัญของผู้ป่วยนั่นก็คือญาติผู้ป่วย รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการให้กำลังใจผู้ป่วยขณะเยี่ยมติดตามอาการที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษา

2. ใส่ใจ คือ การใส่ใจของตัวผู้ป่วยเองในการปฏิบัติตนดูแลตนเองตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาให้ครบ การใส่ใจของญาติที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และการใส่ใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้านในการติดตามลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย การประสานงานหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเข้ามาช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ของผู้ป่วย

3. ร่วมใจ คือ ชุมชนตำบลแม่ใจทั้งคนในชุมชน ญาติ เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการร่วมใจช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ



ภาพ 4 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ โดยใช้หลัก 3 ใจ

หมายเหตุ: การสะท้อนของผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ

จากการศึกษาโดยได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ที่เกิดจากการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการวางแผนงาน ปฏิบัติตามแผนงานรวมถึงการสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ นำมาเป็นหลักการในการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยนั้น และนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนตำบลแม่ใจ ซึ่งได้นำองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบที่สำคัญคือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ มาเป็นตัวขับเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้ ร่วมกับใช้หลัก 3 ใจ คือ กำลังใจ ใส่ใจ และร่วมใจ พบว่าทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ โดยใช้หลัก 3 ใจ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2. ขั้นตอนปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) 3. ขั้นตอนสังเกตผล (Observation) 4. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งมีรูปแบบการนำเสนอแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา
2. อภิปรายผลการศึกษา
3. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาในการทำงาน การอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ซึ่งมีข้อสรุปดังนี้

1. ผู้ใหญ่บ้าน พบว่า เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.71 ที่เหลือเป็นเพศหญิง ร้อยละ 14.28 ซึ่งมีอายุ 51–60 ปี ร้อยละ 100 โดยจบการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 71.42 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 28.57 มีรายได้เฉลี่ย พบว่า อยู่ระหว่าง 10,001–15,000 บาท ร้อยละ 100 มีระยะเวลาในการทำงานส่วนใหญ่มีระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.71 และการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค พบว่าไม่เคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 100

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า เพศ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.14 รองลงมาคืออายุ 50–54 ปี ร้อยละ 28.57 โดยจบการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.14 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.86 มีรายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ระหว่าง 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 85.71 มีระยะเวลาในการทำงานส่วนใหญ่มีระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.71 และการอบรมความรู้

เรื่องวัณโรค พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 57.14 รองลงมาคือ เคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 42.85

3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานวัณโรค พบว่า เพศ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุ 50–59 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 รองลงมาคืออายุ 20–29 ปี ร้อยละ 50 โดยจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ย พบว่าอยู่ระหว่าง 20,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 100 มีระยะเวลาในการทำงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 รองลงมามีระยะเวลาการทำงาน 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 และการอบรมความรู้เรื่อง วัณโรค พบว่าเคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 100

4. ญาติผู้ป่วย พบว่า เพศ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 และเพศชายร้อยละ 50 ซึ่งส่วน ใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.33 รองลงมาคืออายุ 40–49 ปี ร้อยละ 16.66 โดยจบ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยพบว่า ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 100 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า ส่วนใหญ่มีสมาชิกตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป ร้อยละ 100 และ การอบรมความรู้เรื่องวัณโรค พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 83.33 รองลงมา คือ เคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 16.66

5. ผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค พบว่า เพศ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 และ เพศชายร้อยละ 50 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.33 รองลงมา คือ อายุ 40–49 ปี ร้อยละ 16.66 โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.33 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 16.66 มีรายได้เฉลี่ยพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 66.66 รองลงมา คือ มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 33.33 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า ส่วนใหญ่มีสมาชิก ตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป ร้อยละ 83.33 รองลงมา คือ อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 16.66 และการอบรม ความรู้เรื่องวัณโรค พบว่าไม่เคยอบรมความรู้เรื่องวัณโรค ร้อยละ 100

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ

ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ จากการ การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการวางแผนกำหนดกิจกรรม ปฏิบัติตาม แผนงานรวมถึงการสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ นำมาเป็นหลักการในการกำหนด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยนั้น และนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนตำบลแม่ใจ ซึ่งได้นำ องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ บุคลากร เงิน วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ มาเป็นตัวขับเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้ พบว่าชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มากขึ้น ต่างจากเดิมที่ชุมชนให้บทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหลัก และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่เพิ่มขึ้นจากญาติ

ผู้ป่วย รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่บ้านและคนในชุมชน โดยเกิดจากการที่ชุมชนได้นำรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนมาเป็นแนวทาง จากการศึกษาพบว่า

1. ด้านบุคลากรในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค และญาติผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยได้มีการยอมรับการรักษา โดยให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ยังไม่ให้ความร่วมมือกับญาติหรือผู้ดูแลตนเอง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีการลงพื้นที่ติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นได้มีการลงพื้นที่ติดตามผู้ป่วยในครั้งแรกร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงติดตามดูแลผู้ป่วยตลอดระยะการรักษา และมีการประสานแจ้งผู้ใหญ่บ้านเพื่อการดำเนินงานร่วมกันในการช่วยเหลือผู้ป่วย

2. ด้านงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ได้รับจัดสรรงบประมาณจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนงบประมาณจากทางโรงพยาบาลในการเข้ามาดูแลผู้ป่วยนั้นยังไม่มีงบประมาณ มีเพียงแต่เจ้าหน้าที่พยาบาลลงมาติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง เท่านั้น สำหรับหมู่บ้านนั้นยังไม่มีงบประมาณในการดำเนินการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ต้องรอการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานอื่น ๆ เช่น เทศบาลตำบลแม่ใจ

3. ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยยังคงต้องจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์เองในบางอย่าง เนื่องจากอุปกรณ์ทางการแพทย์มีอยู่อย่างจำกัด เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน สำหรับยาที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษานั้นมีปริมาณที่เพียงพอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถสนับสนุนยาในการรักษาอาการข้างเคียงได้ตลอดเวลา ส่วนในชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน ยังไม่สามารถช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์หรือวัสดุทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยได้เนื่องจากวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มีราคาแพงและต้องใช้ความรู้เฉพาะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น

4. ด้านการจัดการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถแก้ไขปัญหาในระหว่างการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านได้ จนทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มการรักษาสำเร็จ ไม่ขาดยา และมีการประสานกับทางผู้ใหญ่บ้านหากต้องการความช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ของผู้ป่วย สำหรับการประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาหรือพบแพทย์ตามนัด ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติ หรือญาติไม่สามารถนำส่งโรงพยาบาลเองได้ จำเป็นต้องมีการประสานเทศบาลตำบลแม่ใจ และในการประสานงานแต่ละครั้ง

ค่อนข้างใช้เวลานานในการตกลงทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของผู้ป่วย ทำให้เกิดความยุ่งยากในการประสานงาน

ดังนั้น จากการศึกษาโดยได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลแม่ใจ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบในการดูแลผู้ป่วย จนพบว่าทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ โดยใช้หลัก 3 ใจ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยในส่วนขององค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ ซึ่งเริ่มจากบุคลากร ได้มีการเพิ่มเจ้าหน้าที่ของทางเทศบาลตำบลแม่ใจ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลในการติดตามลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยเช่นกัน งบประมาณ เมื่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านด้วยแล้ว จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมด้านงบประมาณในส่วนกระบวนการรักษา และการจัดอบรมให้แก่ญาติผู้ป่วย ผู้ป่วย ในการดูแลตนเองให้ถูกต้องที่บ้านมากยิ่งขึ้น และงบประมาณที่ต้องได้รับจากทางเทศบาลตำบลแม่ใจเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล วัสดุอุปกรณ์ โดยต้องขอรับสนับสนุนเพิ่มเติมจากโรงพยาสบาลและจัดการ มีการแจ้งทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน รวมถึงการประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อไป

อภิปรายผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ

ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนตำบลแม่ใจ ซึ่งใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 28 คน โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2. ขั้นตอนปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) 3. ขั้นตอนสังเกตผล (Observation) และ 4. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) และนำมาเชื่อมโยงกับองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ด้านบุคลากรในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรค และญาติผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยได้มีการยอมรับการรักษา โดยให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตั้งแต่ครั้งแรกเมื่อพบผู้ป่วย และทุกสัปดาห์ใน 2 เดือนแรก และทุก 2 สัปดาห์ใน 4 เดือนหลัง ส่วนญาติผู้ป่วยได้ยินยอมรับฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยเช่นกัน และมีการประสาน

แจ้งผู้ใหญ่บ้านเพื่อการดำเนินงานร่วมกันในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่นเดียวกับ จุฬาวรรณ จิตดอน และคณะ (2560) ศึกษาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น พบว่า 2 เดือนแรกมีการติดตามทุกสัปดาห์ หลังจากนั้น 4 เดือนจะติดตามเดือนละครั้ง พบว่าผู้ป่วยรับรู้การรักษาเพิ่มขึ้น และรับรู้การปฏิบัติชุมชน รวมถึง นิรันดร์ ถาละคร (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มประชากรในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ที่เคยป่วยด้วยวัณโรคและผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และกรรมการชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค คือเกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน มีภาคีเครือข่ายและการดำเนินกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบที่ดียิ่งขึ้น และ อวินนท บัวประชุม และวันเพ็ญ ปณราช (2558) ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนของ รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคน้อย การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง ไม่มีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา พี่เลี้ยงไม่เข้าใจบทบาทที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด อีกทั้ง เจาหนาที่ไม่มีแผนงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน จึงได้ร่วมกันพัฒนาแผนงานการดำเนินงานแก้ไขปญหา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง พี่เลี้ยงมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีแผนงานในการดูแล อีกทั้งทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ทำให้เกิดผลสำเร็จในด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

2. ด้านงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า งบประมาณที่ได้รับมานั้นมาจากการจัดสรรงบประมาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและดำเนินการสนับสนุนพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ส่วนงบประมาณในการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยระหว่างหยุดการทำงานและต้องพักงานเพื่อรักษาตัวนั้น ไม่ได้รับการช่วยเหลือ เนื่องจากชุมชนไม่มีงบประมาณที่เพียงพอเช่นเดียวกับ นิรมล พิมน้ำเย็น และคณะ (2561) ศึกษาการวิจัยและพัฒนาระบบบริการต้นแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและโรคเรื้อนที่ประสบปัญหาทางสังคมในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย โดยการพัฒนาต้นแบบ

การช่วยเหลือทางสังคมที่มาจากความร่วมมือของเครือข่ายทางสังคม และระบบการบริหารจัดการการช่วยเหลือทางสังคม พบว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับปัญหาสังคมและเศรษฐกิจมากขึ้นโดยส่วนใหญ่จะขอรับการช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ดังนั้นผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางสังคมบางรายจึงไม่ได้ขอรับการช่วยเหลือจากมูลนิธิฯ แต่มาจากท้องถิ่นและประชาชน ในการช่วยเหลือรูปแบบการรับส่งผู้ป่วย ผู้สูงอายุไปรับการรักษาตามแผนการรักษาที่โรงพยาบาลทุกเดือนเป็นเวลานาน 6-8 เดือน จนกว่าผู้ป่วยรักษาโรคสำเร็จ

3. ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการขอรับสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติมจากโรงพยาบาลชุมชน หรือเทศบาล รวมถึงผู้มีจิตศรัทธา สำหรับเวชภัณฑ์ยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานเป็นประจำนั้น จะได้รับยาตามการรักษาที่ได้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน และการเป็นสถานบริการในชุมชนที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสิ่งสนับสนุนระหว่างการรักษาจากสถานพยาบาล เช่นเดียวกับ สุพัตรา สิมมาทัน และชนะพล ศรีฤาชา (2560) ศึกษาการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าด้านวัสดุอุปกรณ์ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนได้และ ภูษิต ขันกสิกรรม และจักรพันธ์ เพ็ชรภูม (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้านจังหวัดพิษณุโลก

4. ด้านการจัดการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า การดูแลผู้ป่วยในชุมชนนั้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาตามแพทย์นัด ซึ่งเกิดจากการดำเนินงานร่วมกันของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการปฏิบัติหน้าที่ตามขั้นตอนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนที่เกิดจากการวางแผนในการดำเนินงาน และมีการประเมินติดตามผลในรูปแบบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วย คือผู้ป่วยมีแนวโน้มการรักษาสำเร็จ ไม่ขาดยา ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และมีการปรับปรุงในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้นและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นระบบมากขึ้นเช่นเดียวกับ พชรพร ครองยุทธ และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 34 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ

สาธารณสุข ผู้กำกับการรับประทานยาต้านวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ พบว่าได้พบปัญหาอุปสรรคการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่สรุปได้ 3 ประเด็น คือ ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรส่วนหนึ่งยังไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรค ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยรายได้น้อย ทำให้ไม่สามารถมารับยาตามนัดได้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการป่วยเป็นวัณโรคเป็นตราบาปกลัวเป็นที่รังเกียจของผู้อื่น ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา และด้านระบบบริหารจัดการ ได้แก่ งบประมาณการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนไม่เพียงพอและขาดการมีส่วนร่วมกับชุมชน จึงทำให้มีการพัฒนารูปแบบใหม่ของการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เริ่มต้นตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา การให้คำแนะนำและการติดตามผู้ป่วยระยะเวลา 6 ตามแนวคิด “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบและชุมชนมีส่วนร่วม” เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหา รักษา ป้องกันวัณโรคในชุมชน และธัญลักษณ์ องอาจอิทธิชัย และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลบุษราคัม ที่บริหารงานคุณภาพ PDCA และ 4M พบว่าในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การบริหารองค์กร การบริหารทรัพยากร การบริหารทรัพยากรบุคคลและการจัดระบบงาน กระบวนการให้บริการพยาบาล ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการประเมินผล และการบริหารจัดการ ซึ่งกำหนดให้มีงานการบริการ 5 ระบบงาน ประกอบด้วย 1. ระบบรับส่งต่อ 2. ระบบการรับผู้ป่วย 3. ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย 4. ระบบปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษา 5. ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้สามารถสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และสามารถทำให้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างทันท่วงทีและตรงกับปัญหาของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจในครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับชุมชนที่มีลักษณะของการพบผู้ป่วยวัณโรคและพบอัตราการเสียชีวิต เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีการเชื่อมโยงระหว่างบุคคลเจ้าหน้าที่ งบประมาณ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงการบริหารจัดการ ที่สามารถเกิดผลลัพธ์ในการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยได้

2. จากการศึกษาวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในครั้งนี้ ควรนำเข้าสู่แผนการดำเนินงานของคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล เพื่อให้มีการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและระบบรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามนัดที่โรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นเพียงการศึกษารูปแบบของการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถมองเห็นถึงการพัฒนาที่ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไปใช้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. จากการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีการนำหน่วยงานอื่นเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น คือทางเทศบาลตำบล ปกครองท้องถิ่น ในการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย และโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้เกิดรูปแบบในการรักษาของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน และเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดจากชุมชนอย่างสมบูรณ์

บรรณานุกรม

กมลวรรณ ทิพยเนตรและนันทวรรณ ทิพยเนตร. (2560). **รายงานโครงการวิจัยการพัฒนานวัตกรรมการเรียนการ สอนของครูโดยการใช้กระบวนการชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาขอนแก่น เขต 1**. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.

กันตภณ เชื้อฮ้อ และปาริฉัตร อารยะจารุ. (2564). บทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติในการส่งเสริมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลโดยการใช้หลัก 4M. **วารสารแพทย์นาวี**, 48(2), 1–10.

กลุ่มงานวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2565). **รายงานสถานการณ์วัณโรค**. พะเยา:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.

จุฬาวรรณ จิตดอน วนิดา ดุรงฤทธิชัย และกมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. (2560). การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. **วารสาร มฉก.วิชาการ**, 20(40), 1–11.

จุฬาวรรณ จิตดอน. (2561). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้านโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. **วารสาร มฉก.วิชาการ**, 22(43–44), 180–193.

เฉวตสรร นามวาท. (2560). **ความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย: การวิเคราะห์ต้นทุน–ผลได้**. กรุงเทพฯ:สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค.

ชาญเลขา กุลละวณิชย์ และยุพิน หงษ์วะชิน. (2561). การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชน อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**, 10(3), 491–508.

ดารารัตน์ โห้วงศ์ และปิยะณัฐ วิเชียร. (2562). การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคปอดในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดสระแก้ว. **วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี**, 2(2), 83–94.

ดาวประกาย หญ้างาม. (2565). **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม**. ส.ม. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

ธัญลักษณ์ องอาจอิทธิชัย และคณะ. (2565). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลบุษราคัม. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 16(3), 151–161.

นิภาพร โพธิราช. (2562). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาการอ่านของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1**. ค.ม. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, มหาสารคาม.

นิรมล พิมน้ำเย็น สุรีพร วรศรีหิรัญ และวรรณา ภู่เสม. (2561). การวิจัยและพัฒนาระบบบริการต้นแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและโรคเรื้อนที่ประสบปัญหาทางสังคมในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. **วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก**, 5(3), 71–86.

นิรันดร์ ถาละคร. (2562). การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. **วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน**, 2(2), 38–49.

พชรพร ครองยุทธ และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน**, 8(1), 15–27.

พจนีย์ จันที. (2561). **การศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของบุคลากรคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี**. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2565 จาก http://www.repository.rmutt.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3793/1/Potjanee.Chanthi_168286.pdf

ภูษิต ขันกสิกรรม และจักรพันธ์ เพ็ชรภูม. (2564). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก**. ส.ม. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

มงคล จันทร์ส่อง. (2544). **การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์**. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2565 จาก https://doi.nrct.go.th

เมตต์ เมตต์การุณ์จิต. (2553). **การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม : ประชาชนองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและราชการ**. กรุงเทพฯ: บุ๊คพอยท์.

ยุพิน อินทะยะ. (2562). **การบริการวิชาการกับการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการอ่านและเขียนภาษาไทยโดยใช้หนังสือเล่มเล็กสำหรับนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ**. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2565 จาก http://cmruir.cmru.ac.th/handle/123456789/1947

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ. (2565). **เอกสารทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ**. พะเยา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใจ.

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ**. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2565 จาก https://race.nstru.ac.th

วรรณา วงษ์วานิช. (2549). **ความคาดหวังและความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2547). **ทฤษฎีการประเมิน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมบัติ นามบุรี. (2560). ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์. **วารสารวิจัยวิชาการ**, 2(1), 183-197.

สุพัตรา สิมมาทัน และชนะพล ศรีฤาชา. (2560). การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลรักษาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น**, 24(3), 88-99.

สุธิดา อิสระ และอรสา กงตาล. (2563). การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค ในชุมชนเขตเมือง กรณีศึกษาในชุมชนของเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร**, 40(2), 148-162.

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2556). **แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556**. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2565 จาก https://www.tbthailand.org/download/แนวทางการดำเนินงาน_2556-2.pdf

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561). **National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand,** 2018. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2565 จาก https://www.pidst.or.th/A641.mobile?action=download&file=750_Nation%20TB%20guideline%202018.pdf

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2564). **แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564**. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2565 จาก https://www.tbthailand.org/download

สำนักวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร. (2559). **แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ. (2565). **เอกสารทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ**. พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ.

สำเริง ซึมรัมย์ จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และสมศักดิ์ ศรีภักดี. (2558). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม**, 12(1), 139-149.

อวินนท บัวประชุม และวันเพ็ญ ปณราช. (2559). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. **วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 34(3), 54-60.

อัญชลี มงกุฎทอง เชิดพงษ์ ทองสุข และแดนสรวง วรรณ วงษ์สอน. (2565). การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. **วารสารกองระบาด วิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข**, 53(8), 110-117.

Berkley G.E. (1975). **The Craft of Public Administration**. Boston: Allyn and Bacon.

Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1981). **Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies**. New York: Cornell University Press.

Greenwood, D. and Levin, M. (2002). **Introduction to Action Research for Social Change**. Thousand Oaks CA: Sage.

Holloway, I.W. (2010). **Qualitative research in nursing and health care.** 3 **rd ed**. India: Laserwords Privates.

Holter, I. M. and Schwartz–Barcott, D. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing?. **Journal of Advanced Nursing**, 70(4), 25–29.

Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). **The Action Research Planer**. Victoria: Deakin University.

World Health Organization. (2015). **World Health Organization**. Retrieved July 8, 2022, from https://www.who.int/health–topics/tuberculosis#tab=tab_1

World Health Organization. (2020). **Global tuberculosis report** 2020. Retrieved July 8, 2022, from https://www.who.int/health–topics/tuberculosis#tab=tab_1

William, E. (1976). Electoral Participation in a Low Stimulus Election. **Rural Development**, 4(1).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

คำชี้แจง เครื่องมือมีทั้งหมด 3 ชุด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำลงในช่องว่าง

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์

ชุดที่ 3 แบบสนทนากลุ่ม

ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบัน ท่านอายุ.....ปี
2. เพศ ชาย ( ) หญิง ( )
3. ท่านจบการศึกษาในระดับ.....
4. ท่านนับถือศาสนา.....
5. ระยะเวลาในการทำงานของท่าน.....ปี
6. อาชีพ.....
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน
8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....คน
9. ท่านเคยได้รับการอบรมความรู้เรื่องวัณโรคปอด .....

ครั้งอบรมครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์รายบุคคล

แบบสัมภาษณ์ ใช้ในขั้นตอนการดำเนินการตามแผน และกำกับติดตามแผนปฏิบัติการของผู้ร่วมวิจัย 4 กลุ่ม

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)	บริบทและสถานที่	แนวทางการสัมภาษณ์	บันทึกการสัมภาษณ์
1. ผู้ใหญ่บ้าน	ศาลาประชาคมหมู่บ้าน	– ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคอย่างไร – ท่านมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างไร – ท่านจะการป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของท่านอย่างไร – ปัจจุบันในชุมชนของท่านมีการควบคุมวัณโรคป้องกันโรคอย่างไร – ระบบสุขภาพในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร – ท่านมีปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการดำเนินงานในพื้นที่อย่างไร	
2. อสม.	ที่ทำการชมรม อสม.	– ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคอย่างไร – ท่านมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างไร – ท่านจะการป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของท่านอย่างไร – ปัจจุบันในชุมชนของท่านมีการควบคุมวัณโรคป้องกันโรคอย่างไร – ท่านให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวอย่างไร – ท่านมีปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการดำเนินงานในพื้นที่อย่างไร	

3. กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้เคยป่วยวัณโรคและญาติผู้ป่วย	ศาลาประชาคมหมู่บ้าน	– ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคอย่างไร – เมื่อท่านหรือญาติของท่านป่วยเป็นวัณโรคท่านปฏิบัติตัวอย่างไร – ท่านจัดการสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยอย่างไร –ท่านความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรคอย่างไร	
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	– ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคอย่างไร – ท่านจะมีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่พี่เลี้ยงอย่างไร – ท่านแนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยวัณโรคอย่างไร – ท่านมีความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างไร	

ชุดที่ 3 แบบสนทนากลุ่ม

แบบสนทนากลุ่ม ใช้ในขั้นตอนการดำเนินการตามแผน และกำกับติดตามแผนปฏิบัติการของผู้ร่วมวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)	บริบทและสถานที่	แนวทางการสนทนากลุ่ม	บันทึกการสนทนากลุ่ม
1. ผู้ใหญ่บ้าน 2. อสม. 3. กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้เคยป่วยวัณโรคและญาติผู้ป่วย 4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ศาลาประชาคมหมู่บ้าน	– สถานการณ์การเจ็บป่วยวัณโรคในชุมชนของท่านเป็นอย่างไรบ้าง – หากมีผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของเราจะดำเนินการอย่างไร – ท่านมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านอย่างไร – ในชุมชนมีความต้องการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างไร – ท่านมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชนอย่างไร – ท่านมีปัญหา และข้อเสนอแนะอย่างไรในการดำเนินงาน	

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	ธัญมาศ เมืองเดช
วัน เดือน ปี เกิด	3 มกราคม 2540
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2562 วท.บ. (อนามัยชุมชน) มหาวิทยาลัยพะเยา
ที่อยู่ปัจจุบัน	363/9 หมู่ 4 ตำบลท่าวังทอง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000
ผลงานตีพิมพ์	-
รางวัลที่ได้รับ	-