

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค

เครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

The Development of Operational on Prevention and Control Surveillance tuberculosis Model, Ubon Ratchathani Province Network

วิโรจน์ เซมรัมย์ และ กฤตวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Wirote Semrum and Kritwisut Thiwasukoedmongkhon

Ubon Ratchathani Provincial Health Office

Corresponding Author, Email: wsemrum@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม จำนวน 1,680 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 มีค่าความเที่ยงตรงมากกว่า 0.7 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Percentage differences และ $PNI_{modified}$ และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความต้องการในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ครอบคลุม การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล การสนับสนุนหน่วยงานภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคคือยาหลายขนาน 2) รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการศึกษาความต้องการ 2) การจัดทำหลักสูตร การอบรมเชิงปฏิบัติการ 3) การอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้เกี่ยวข้อง 4) การจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อเร่งรัดการคัดกรอง ค้นหาและการส่งต่อผู้สัมผัส กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเพื่อให้เข้าถึงการรักษา 5) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง 6) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและชุมชน และ 7) การนิเทศ กำกับและประเมินผลในประเด็นสำคัญที่มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก และ 3) ผลการประเมิน

* วันที่รับบทความ : 29 ตุลาคม 2567; วันแก้ไขบทความ 29 พฤศจิกายน 2567; วันตอบรับบทความ : 30 พฤศจิกายน 2567

รูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดทรายใหม่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็น 33.8% และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็น 31.8% และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมเพิ่มเป็น 32.3% และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น คิดเป็น 72.1%

คำสำคัญ: การดำเนินงาน; การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค

Abstract

This research and development project aimed to analyze the situation and essential needs, develop a model, and evaluate the outcomes of tuberculosis surveillance, prevention, and control operations within the health network of Ubon Ratchathani province. Data were collected from key informants, including service recipients, tuberculosis surveillance, prevention, and control workers, primary responsible personnel, new tuberculosis patients, household contacts, research participants, and activity participants, totalling 1,680 individuals. The data collection employed a questionnaire with content validity verified by experts, where all items showed a content validity index greater than 0.5 and a reliability coefficient exceeding 0.7. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, percentage differences, PNI modified, and content analysis.

The study's findings revealed that (1) the overall need for tuberculosis surveillance, prevention, and control operations was moderate, with focus group discussions emphasizing the importance of comprehensive identification of tuberculosis-infected individuals and new patients, control of tuberculosis transmission in healthcare facilities, support for civil society organizations to participate in the care and referral of tuberculosis patients, and surveillance of the risk of multi-drug-resistant tuberculosis. (2) The operational model for tuberculosis surveillance included: (1) situation analysis and needs assessment, (2) development of a workshop training curriculum, (3) workshop training for relevant stakeholders, (4) development of guidelines to accelerate screening, detection, and referral of contacts, high-risk groups, and patients for timely treatment, (5) communication through all channels, (6) coordination of information transfer within healthcare facilities and communities, and (7) supervision, monitoring, and evaluation in key theoretical and practical areas, with an overall feasibility rating of high. (3) The evaluation of the model showed that new pulmonary tuberculosis patients' knowledge of self-care increased by 33.8%, and their overall self-care activity scores were rated as good, increasing by 31.8%. Household contacts' knowledge of self-care increased by 32.3%, with their overall self-care activity scores rated as high, showing a 72.1% increase.

Keywords: Operational; Prevention And Control Surveillance Tuberculosis

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่คร่าชีวิตประชากรโลกมากเป็นอันดับแรกๆ เป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับความยากจน และโรคที่มีการตีตราทางสังคม (social stigma) ในระดับโลก วัณโรคยังเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในปี พ.ศ.2557 สูงกว่าโรคเอดส์สหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกโดยการรับรองวาระของประเทศ ขณะเดียวกันเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้รับการรับรองในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ (United Nations General Assembly: UNGA) (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2566) เมื่อปี พ.ศ.2553 โดยเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ หรือ Millennium Development Goals: MDGs ซึ่งได้สิ้นสุดลงเมื่อปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ.2015) หลังจากนั้น UN จัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals: SDGs เพื่อบรรลุเป้าหมายพัฒนาภายใน ปี พ.ศ.2573 มุ่งเน้นความท้าทาย สร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ และระหว่างประเทศให้เกิดความสมดุลการพัฒนาใน 3 มิติ ได้แก่ การเติบโตทางเศรษฐกิจ ความยั่งยืนสภาพแวดล้อม และด้านสังคม ปัจจัยหลักที่เป็นโอกาสการพัฒนาที่สำคัญ คือ รวมการพัฒนาเข้าไว้ด้วยกัน (Inclusive) เป็นสากล (Universal) บูรณาการ (Integrated) มุ่งเน้นเฉพาะที่ (Locally-focused) และขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี (Technology-driven) ประกอบไปด้วย 17 เป้าหมายหลักโดยยุทธการแพร่กระจายวัณโรค ได้ถูกกำหนดในเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะของทุกคนทุกวัย เป้าหมายย่อย 3.3 ยุทธการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลบเกลื่อน และต่อสู้กับโรคดื้อยา วัณโรคติดต่อทางน้ำและโรคติดต่ออื่นๆ ซึ่งการยุติวัณโรคเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่ประเทศไทยต้องลดอุบัติการณ์ของวัณโรค 20 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2541-2558 องค์การอนามัยโลกรายงานต่อเนื่องทุกปีว่า ประเทศไทยเป็นหนึ่งในยี่สิบสองประเทศที่มีผู้ป่วยวัณโรคมาก แต่เป้าหมายการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคต่ำกว่าเกณฑ์มาก ทั้งที่วัณโรคเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาให้หายได้ และประชาชนไทยได้รับการครอบคลุมโดยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ประเทศไทยยังคงมีผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรคปีละประมาณหนึ่งหมื่นคน (American Medical Association, 2015) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันหรือรักษาวัณโรคอย่างรวดเร็วเป็นการตัดวงจรการแพร่วัณโรคและลดการเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำอย่างยิ่ง (Strongly recommend with strong evidences) ให้ทำการค้นหาและคัดกรองวัณโรคในผู้ที่สัมผัสโรคที่เรียกว่า Contact investigation (C) ผู้สัมผัสวัณโรคโดยเฉพาะเด็กเล็ก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะทุพโภชนาการ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และป่วยเป็นวัณโรคได้มาก (World Health Organization, 2017)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ซึ่งมีวิสัยทัศน์ให้โลกปราศจากวัณโรค และเป้าหมายให้ยุติการระบาดของวัณโรคระดับโลกโดยลดอัตรา การเสียชีวิต ร้อยละ 95

และลดอุบัติเหตุการฉีดยาโรค ร้อยละ 90 และไม่มีครอบครัวใดที่ได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการป่วยเป็นวัณโรค (Catastrophic costs) และยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค มีเป้าหมายลดอุบัติเหตุการฉีดยาโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลก ภายในปี พ.ศ.2578 ประเทศไทยจึงกำหนดให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เพื่อให้การดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทาง การควบคุมวัณโรคประเทศไทย เป็นแนวทางหลักในการขับเคลื่อนแผนงานวัณโรคให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เป้าหมายยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมีมาตรการหลักในการดำเนินงานคือ (1) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติเหตุการฉีดยา (2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเสี่ยง วัณโรค เช่น ผู้สัมผัสโรคครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้, ผู้ป่วยไตวาย) ผู้ต้องขัง ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ผู้ใช้สารเสพติด และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ให้ครอบคลุมร้อยละ 90 (3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Patient center care ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 88 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

เช่นเดียวกับผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงของจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ซึ่งได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก จำนวน 76,258 คน (เป้าหมาย 82,707 ราย) คิดเป็นร้อยละ 92.20 เก็บเสมหะส่งตรวจเพื่อยืนยัน จำนวน 3,212 ราย พบเป็นผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 514 คน คิดเป็นร้อยละ 0.67 ของเป้าหมายที่ได้ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ส่วนใหญ่มาจากกลุ่มผู้สัมผัสโรคครอบครัว, ผู้ติดเชื้อสารเสพติด, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและผู้ต้องขังตามลำดับ (ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2565) โดยสรุป ปัญหาทางป้องกันควบคุมวัณโรคในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มีดังนี้ 1) อัตราการค้นพบ (Case detection rate) ยังไม่บรรลุเป้าหมาย 2) อัตราการเสียชีวิตยังสูงในกลุ่ม ผู้สูงอายุและมีโรคร่วม และ 3) แนวโน้มผู้ป่วย MDR-TB เพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2017)

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะเฉพาะทางของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และผู้สัมผัสร่วมบ้านให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรค การแพร่เชื้อ และวิธีการควบคุมโรค ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้กลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการอบรมจะสามารถเฝ้าระวัง และตรวจพบวัณโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ช่วยลดการแพร่ระบาดในชุมชน การป้องกันการแพร่กระจาย

สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโรค อดโอกาสการเกิดโรคซ้ำ ส่งผลให้มีทักษะในการสื่อสารที่ดีขึ้น สามารถให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างเครือข่ายความร่วมมือเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์สร้างเครือข่ายความร่วมมือในการควบคุมโรค พัฒนาทัศนคติและแรงจูงใจช่วยให้ผู้มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานและรู้สึกถึงความสำคัญของบทบาทหน้าที่ของตนในการควบคุมโรค และเป็นโอกาสให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานใหม่ ๆ และแนวทางที่เป็นเลิศ ช่วยในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจำเป็น พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development design) โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ขั้นพื้นฐานและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม เพื่ออธิบายปรากฏการณ์เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่รอบด้านยิ่งขึ้นและดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 – เดือนกันยายน 2566 การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 26 แห่ง และเครือข่ายสุขภาพนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 1) ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเก่า และกลุ่มเสี่ยงสำหรับการคัดกรองโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 30 คน และระยะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจำนวน 30 คน 2) ผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตำบลชายแดน และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานโรคเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2566 อำเภอละ 20 คน รวม 500 คน และ 5) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 1,000 คน (ผู้รายใหม่ต่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน 1 ต่อ 2) ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และเครือข่ายบริการ จำนวน 40 คน

ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดอุบลราชธานี และคณะกรรมการควบคุมโรคจังหวัดอุบลราชธานีตามแนวชายแดน จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมอง และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยตัวแปรอายุ เพศ ภูมิลำเนา การมาโรงพยาบาล เวลาถึงโรงพยาบาล โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค (2) แบบประเมินการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตำบลชายแดน และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อยและน้อยมากโดยให้คะแนนเป็น 5,4,3,2 และ 1 ตามลำดับ สำหรับแบบประเมินนี้ ผู้ปฏิบัติงานหลักในเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเป็นการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (3) แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี (4) แบบทดสอบความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้าน (5) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนาในกลุ่มระยะศึกษาศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และ(6) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช 0.86 แบบทดสอบความรู้มีค่าความยากง่าย ข้อตั้งแต่ 0.42-0.67 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.36-0.78 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR20) เท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ และผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2565 โดยใช้แบบบันทึกการเก็บข้อมูล 2) การสำรวจความต้องการจำเป็น และแบบสำรวจความคิดเห็นต่อระบบการเฝ้าระวังวัณโรค 3) สันทนาการกลุ่ม ในบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ด้านชายแดน และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ประกอบด้วยแพทย์ 5 คน พยาบาล 15 คน และเภสัชกร 10 คน และ 4) การสนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ด้านชายแดน และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 30 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย จำนวน 35 แห่งๆ ละ 2 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเครือข่าย สุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี โดย 1) นำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 2) ทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และ 4) ผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาคต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานวัณโรคเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี โดยประเมินจาก 1) คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนา และ 2) คะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยรวมหลังการพัฒนา

วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) Percentage differences และ $PNI_{modified}$

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2565 – 245.1 วันที่รับรอง 30 ตุลาคม 2565 วันหมดอายุ 29 ตุลาคม 2566 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1.การวิเคราะห์สถานการณ์ จากการสำรวจและวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการพัฒนา ศักยภาพผู้ปฏิบัติงานวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 30 คน พบว่า ความต้องการจำเป็นในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean=3.36,SD.=0.76) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการค้นหาและคัดกรองมีความต้องการจำเป็นมากที่สุด (PNI=0.46) รองลงมา คือ ด้านการป้องกันควบคุมวัณโรค (PNI=0.39) และด้านการบริหารจัดการ (PNI=0.36) ตามลำดับ และความคิดเห็นต่อระบบการเฝ้าระวังวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean=3.68,SD.=0.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการยอมรับมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean=4.41,SD.=0.87) รองลงมาคือด้านประโยชน์ของระบบเฝ้าระวัง (mean=4.01, SD.=0.36)แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ด้านแนวทางการดำเนินงาน (mean=3.35, SD=0.29) และด้านความยากง่ายของระบบ (mean=3.04, SD.=0.25) มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าทุกด้าน

ส่วนข้อสรุปจากการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องพบว่า ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้ความสำคัญกับ (1) การค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ครอบคลุม โดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สัมผัส ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ป่วยเบาหวานผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข แรงงานข้ามชาติและเด็กอายุระหว่าง 0 - 18 ปี ซึ่งอยู่รวมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง (2) การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล โดยการประเมินสถานบริการสาธารณสุขร่วมกับการประเมินระบบการดำเนินงาน เช่น การจัดพื้นที่เก็บเสมหะส่งตรวจใช้หน้ากากอนามัยสำหรับผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่เชื้อ ใช้เครื่องมืออุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับผู้ปฏิบัติงาน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชน โดยการให้ความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (3) สนับสนุนหน่วยงานภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค (4) เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคคือยาหลายขนาน (Risk of developing MDR-TB) เนื่องจากระบบการดูแลรักษาและควบคุมวัณโรคไม่มีประสิทธิภาพดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพปัจจุบันและสภาพที่คาดหวังของเครือข่ายสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมและเป็นรายด้าน จำแนกตามลำดับความต้องการจำเป็นด้วยดัชนี PNI (N=30)

การดำเนินงาน	สภาพปัจจุบัน (D)	สภาพที่คาดหวัง(I)	PNI	Priority Needs
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
การป้องกันควบคุมวัณโรค	3.36(0.93)	4.66(0.50)	0.39*	2
การค้นหาและคัดกรอง	3.18(0.90)	4.63(0.53)	0.46*	1
การรักษา	3.47(0.70)	4.65(0.35)	0.34	4

การบริหารจัดการ	3.38(0.79)	4.58(0.51)	0.36*	3
การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา	3.39(0.70)	4.56(0.45)	0.34	4
เฉลี่ยโดยรวม	3.36(0.76)	4.62(0.42)	0.38	

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่าความต้องการจำเป็นสำหรับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ควรได้รับการพัฒนาด้านการค้นหาและคัดกรอง การป้องกันควบคุมวัณโรคและการบริหารจัดการอย่างเร่งด่วน การลดความเสี่ยงการแพร่กระจายของวัณโรคในชุมชนและสถานพยาบาล

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค จากความต้องการจำเป็นที่ผู้ปฏิบัติงานวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้สังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการศึกษาความต้องการจำเป็น (Situation Analysis and Needs Assessment) 2) การจัดทำหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ (Development of Training Courses) 3) การอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรค (Workshops for Surveillance, Prevention, and Control) จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ อสม. คณะกรรมการชุมชน พี่เลี้ยง ผู้ป่วย ประชาชน/แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่ 4) การจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อเร่งรัดการคัดกรอง ค้นหา และการส่งต่อผู้สัมผัส กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเพื่อให้เข้าถึงการรักษา (Operational Guidelines for Accelerated Screening and Referral) 5) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง (Communication and Public Awareness) 6) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน (Coordination and Data Sharing) และ 7) การนิเทศ กำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค วัณโรคดื้อยา วัณโรคระยะแฝง การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค และตัวชี้วัดสำคัญที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ผลการประเมินรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่าความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.47, SD = 0.25)

3. ผลการประเมินรูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็น 33.8% และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดีคิดเป็น 31.8% และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมเพิ่มขึ้น 32.3% และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น คิดเป็น 72.1% ดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนา (n=500)

ระดับคะแนนความรู้	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	% difference
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	23(4.6)	125(25.0)	+137.2
ระดับปานกลาง(ร้อยละ 60-79)	262(52.4)	325(65.0)	+21.1
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	215(43.0)	50(10.0)	-124.5
โดยรวม			+33.8

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมหลังการพัฒนา (n=500)

ระดับการดูแลตนเอง	หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	159	31.8
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79)	292	58.7
ระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	49	9.8

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีโดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนา (n=1,000)

ระดับคะแนนความรู้	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	%difference
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	95(9.5)	200(20.2)	+72.1
ระดับปานกลาง(ร้อยละ 60-79)	305(30.5)	621(62.1)	+68.3
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	600(60.0)	179(17.9)	-108.1
โดยรวม			+32.3

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวม หลังการพัฒนา (n=1,000)

ระดับคะแนนการปฏิบัติกิจกรรม	หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	165	16.5
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	757	75.7
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	78	7.8

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความต้องการจำเป็นสำหรับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งควรได้รับการพัฒนาโดยการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ครอบคลุม โดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล การสนับสนุนหน่วยงานภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคด้วยยาหลายขนานพบผลเช่นเดียวกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563); องค์การอนามัยโลก (องค์การอนามัยโลก, 2563) และสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564) ที่ได้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการพัฒนาการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและการควบคุมการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงและความสำคัญของการเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลก โดยกำหนดแผนยุทธศาสตร์สนับสนุนการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงและการสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานภาคประชาสังคมเพื่อควบคุมวัณโรคในประเทศไทย ส่วนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีที่ได้จากการพัฒนาครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการศึกษาความต้องการจำเป็น 2) การจัดทำหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ 3) การอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้เกี่ยวข้อง 4) การจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อเร่งรัดการคัดกรอง ค้นหา และการส่งต่อผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเพื่อให้เข้าถึงการรักษา 5) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง 6) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน และ 7) การนิเทศ กำกับและประเมินผล ในประเด็นสำคัญที่มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก พบเช่นเดียวกับการศึกษาในจังหวัดสุรินทร์พบว่า รูปแบบการการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน ประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ในด้านการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรค การเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชน การเฝ้าระวังและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับมารักษาซ้ำ การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงใน

หมู่บ้านที่พบผู้ป่วย MDR-TB หรือมีอัตราความชุกของวัณโรคสูง และการประสานงานส่งต่อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อการเฝ้าระวัง และควบคุมโรค MDR-TB (โสภิต ชาติ, สุวรรณิ สิริเศรษฐภักดี และเกรียงชัย เอกา, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านเป็น ZOOMTB model มีขั้นตอนที่สำคัญ คือ Z-Zero: เป็นขั้นตอนการวางแผน โดยตั้งเป้าหมายคือ ไม่มีผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ยังไม่ได้รับการตรวจ โดยเครือข่ายชุมชนไร้วัณโรค ประกอบด้วย อสม. ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น ภาครัฐได้แก่ รพ.สต. และ กศน. สื่อสารประสานผ่านกลุ่มไลน์ "ชุมชนสู้ทึบ" เพื่อออกแบบระบบติดตามผู้สัมผัสเข้ารับการคัดกรองและร่วมเยี่ยมดูแลต่อเนื่องจนผลการรักษาครบ (2) O-Organizing ผลิตเครือข่ายชุมชนไร้วัณโรคเข้ากับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อให้เกิดพลังการขับเคลื่อนกำหนดบทบาทที่ชัดเจนร่วมกัน (3) O - Open: เปิดระบบบริการทางด่วน TB ในโรงพยาบาล ตามวัน เวลาที่กลุ่มเสี่ยงสะดวก โดยกำหนดให้ได้รับการ X-ray ปอดทุกคน และ (4) M - Man: สร้างบุคคลต้นแบบ ชักชวนให้กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านเข้ารับการตรวจได้ ร้อยละ 100.00 หลังดำเนินการพบผลบวกเพิ่มอีก 2 ราย และเข้าสู่ระบบการรักษาจนครบ (complete) ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรควัณโรค พบว่า ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 6.62 คะแนน (SD=1.33) และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 8.03 (SD=0.64) ด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 31.55 คะแนน (SD=1.94) หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 35.77 (SD=2.15) (สมลักษณ์ หนูจันทร์, 2565)

ส่วนผลการประเมินรูปแบบฯ ยังพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็น 33.8% และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมเพิ่มเป็น 32.3% เช่นเดียวกับการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการให้ความรู้และการสนับสนุนจากทีมสาธารณสุข ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการให้ความรู้ (GiveWell, 2023 ; The Union, 2023) ; การให้ความรู้แบบต่อเนื่องส่งผลให้คะแนนความรู้และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยและผู้สัมผัสในครอบครัว (PLOS Global Public Health, 2023) สอดคล้องกับด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรควัณโรค พบว่า ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 6.62 คะแนน (SD=1.33) และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 8.03 (SD=0.64) (สมลักษณ์ หนูจันทร์, 2565) และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ ภาพรวมของระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.63, p < 0.05$) (ณัฐธัญญา หนูทอง, 2566)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็น 31.8% และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น คิดเป็น 72.1% ในทำนองเดียวกับผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมเฝ้าระวังและควบคุมโรคในกลุ่มเสี่ยงวัณโรค พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนน

พฤติกรรมเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB เพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง (โสภิต ชาลี, สุวรรณิ สิริเศรษฐภักดี และเกรียงชัย เอกา, 2564) และกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านเข้ารับการตรวจได้ ร้อยละ 100.00 หลังดำเนินการพบผลบวกเพิ่มอีก 2 ราย และเข้าสู่ระบบการรักษาจนครบ (complete) ; พฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 31.55 คะแนน (SD=1.94) หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 35.77 (SD=2.15) (สมลักษณ์ หนูจันทร์, 2565) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาวิจัยหลายชิ้นพบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสร่วมบ้านสามารถเพิ่มระดับความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยงานวิจัยในประเทศไทยและประเทศอื่น ๆ ชี้ให้เห็นถึงผลบวกจากการใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้และการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคและผู้ป่วยร่วมบ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง ดังเช่นในประเทศไทยได้มีการนำโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรควัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งพบว่าผู้สัมผัสมีความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมป้องกันโรคดีขึ้นหลังจากได้รับข้อมูลและการศึกษาอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้เน้นที่กลุ่มประชากรในเขตชายแดนภาคเหนือ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้โมเดลเพื่อช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง (Parwati et al., 2021)

ในขณะเดียวกัน การวิจัยในอินเดียและแอฟริกาเน้นการให้ความรู้และการป้องกันโรคในผู้ป่วยร่วมบ้าน พบว่าการให้ความรู้และการป้องกันวัณโรคโดยใช้โมเดล 7-1-7 ช่วยให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการป้องกันตนเองมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการป้องกันโรคที่เน้นการดำเนินงานรวดเร็วช่วยลดการแพร่เชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกระดับ ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเน้นการเข้าถึงการรักษา และการสื่อสารทุกช่องทางส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินงานเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้คือ 1) หน่วยงานสาธารณสุขต้องจัดทำโครงการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในชุมชนและกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีการวินิจฉัยที่มีความแม่นยำ เช่น การตรวจด้วยเครื่อง GeneXpert หรือการตรวจแบบรังสีทรวงอก 2) ควรมีการคัดกรองในสถานพยาบาล เช่น บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในทุกสถานพยาบาลอย่างเข้มงวด โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการเข้าข่ายวัณโรค เช่น ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด หรือมีไข้เรื้อรัง นอกจากนี้ควรใช้เครื่องมือคัดกรองที่ทันสมัยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจหาเชื้อวัณโรค และ

3) หน่วยงานควรมีการติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาเพื่อให้มั่นใจว่ามีการรับยาอย่างต่อเนื่อง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยา (MDR-TB) รวมถึงการใช้ข้อมูลที่ได้จากการติดตามเพื่อปรับปรุงนโยบายและแนวทางการควบคุมวัณโรคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย ประจำปี 2563. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค; 2563.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- ณัฐธัญญา หนูทอง. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจำปี อำเภอสรีราชา จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไฮ อำเภอสรีราชา จังหวัดอุดรธานี.
- สมลักษณ์ หนูจันทร์. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 31 (4), 665-673.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2564). รายงานผลการดำเนินงานวัณโรค พ.ศ.2464. งานควบคุมวัณโรค.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2567). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2564-2569. กรุงเทพมหานคร: สำนักวัณโรค.
- องค์การอนามัยโลก. (2563). รายงานวัณโรคโลกปี 2563. ออนไลน์. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2567. แหล่งที่มา: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- โสภิต ชาลี, สุวรรณิ สิริเศรษฐภักดี และ เกรียงชัย เอกา. (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 28 (3), 109-120.
- American Medical Association. (2015). 6 simple ways to master patient communication. Online. (Accessed February 15 , 2024). Available: <https://wire.ama-assn.org/education/6-simple-ways-master-patient-communication>

- Gebremariam RB, Wolde M, Beyene A. (2021). Determinants of Adherence to Tuberculosis Treatment in Adult Patients in Gondar City, Ethiopia: A Health Belief Model Perspective. *Journal of Health and Population Nutrition*, 40 (1), 49.
- GiveWell. (2023). Community-Based Tuberculosis Household Contact Management. *Online*. From: <https://www.givewell.org>
- Huddart S, Bossuroy T, Pons V, Baral S, Pai M, Delavallade C. (2018). Knowledge about Tuberculosis and Infection Prevention Behaviors: A Multicity Study in Nine Cities in India. *Journal of Prevention and Health Promotion*, 13 (10), e0206245.
- Parwati NM, Bakta IM, Januraga PP, Wirawan IM**. (2021). Using the Health Belief Model to Predict Tuberculosis Prevention Behaviors Among Household Contacts During the COVID-19 Outbreak in the Border Areas of Northern Thailand. *Journal of Health and Disease Prevention*, 28 (4), 324-332.
- PLOS Global Public Health. (2023). Adherence to and Experience of Community Tuberculosis Preventive Therapy. *PLOS Global Public Health*, *Online*. Accessed February 15, 2024). Available: <https://journals.plos.org>
- The Union. (2023). The Union TB Guide on Patient-Centered Care and Prevention. *Online*. Accessed February 15, 2024). Available: <https://theunion.org>
- World Health Organization. (2017). WHO community engagement framework for quality, people-centered and resilient health services. World Health Organization. *Online*. Accessed 1 June 2023. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259280> Here are the English translations for the references provided: