

การพัฒนาการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรควัณโรค ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลเพชรเจริญ อำเภอเมือง จังหวัดเลย

OPERATIONAL DEVELOPMENT FOR TUBERCULOSIS PREVENTION AND CONTROL
IN THE AREA OF PHETCHAREON HEALTH PROMOTING HOSPITAL

จิรนนท์ เลขตะระโก^{1*}

Jeeranan Lektarako

บทคัดย่อ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยมีกำลังเผชิญปัญหาการระบาดของวัณโรค เป็น 1 ใน 14 ซึ่งเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก การศึกษาครั้งนี้มุ่งที่จะสร้างแบบจำลองการดูแล ควบคุม ของวัณโรคในระดับชุมชน โดยอาศัยการร่วมมือของชุมชนช่วยในการจัดการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ออกแบบ ระบบการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรควัณโรคแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเพชรเจริญ อำเภอเมือง จังหวัดเลย และ 2) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการพัฒนา การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรควัณโรคแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเพชรเจริญ อำเภอเมือง จังหวัดเลย โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เครื่องมือ TOP Model ร่วมกับ Plan-Do-Check-Act (PDCA) ในการดำเนินการประชุมกลุ่มแบบระดมสมอง กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคในครัวเรือน จำนวน 22 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 27 คน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 70 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างรูปแบบโมเดลที่เหมาะสมกับชุมชน ต่อจากนั้นทำการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล ของโมเดลตามลักษณะกิจกรรมในโครงการ และดำเนินการสร้างแบบจำลอง เพื่อการพัฒนาความร่วมมือ ในชุมชน ที่ชื่อว่า “Phetchareon TB Model” จากการนำแบบจำลองนี้ไปทดลองใช้ พบว่าสามารถช่วย ในการจัดการปัญหาในระดับท้องถิ่น สามารถพัฒนาความร่วมมือ และนำมาสู่ผลการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับการจัดการควบคุมป้องกันวัณโรคระดับชุมชนได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: วัณโรค วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ชุมชน

ABSTRACT

According to the World Health Organization, Thailand has been ranked as 1 of the world top 14 countries struggling with the outbreak of tuberculosis (TB). This study aimed to establish a model, based on the collaborative operation in the community, for preventing and controlling tuberculosis at the community level. To accomplish the goal, the research objectives were: 1) to design a system to develop a collaborative operation for TB control and prevention in the area of Phetchareon Health Promoting Hospital, Mueang District, Loei Province, and 2) to evaluate the effectiveness of the system for TB control and prevention developed by using a participatory action research approach. The TOP Model and Plan-DO-Check-Act (PDCA) were integratively applied for a brainstorming group meeting. The samples included 22 TB patients, 27 community leaders, 70 village public health volunteers, and 5 public health officers. The qualitative data were analyzed to create a model suitable for the community. The efficiency and the effectiveness of the model were, subsequently, assessed based on the nature of project activities followed by the establishment of a model for developing the community collaboration named “Phetchareon TB Model”. The model implementation revealed that the system effectively managed the problems at the community level. It also helped develop the community cooperation and led to efficient performances of various activities for operating TB control and prevention at the community level.

Keyword: Tuberculosis, Participatory action research, Community

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ อำเภอเมือง จังหวัดเลย

*E-mail: jeeranan14042510@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประเทศไทย มีผู้ป่วยวัณโรคอันดับที่ 18 และจัดเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก (World Health Organization, 2516) ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันวัณโรคมีแนวโน้มสูงขึ้น มีอัตราการรักษาหายขาดลดลง ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แต่ก็มีปัจจัยบางประการที่ทำให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันยากมากขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น การเกิดโรคต่าง ๆ จึงตามมามากขึ้น และสถานการณ์โรควัณโรคในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2560-2562) พบผู้ป่วยวัณโรค 0.91, 1.13, 0.57 ต่อพันประชากร และพบอัตราเสียชีวิตจากวัณโรค ประมาณร้อยละ 14 ถึง 30 อัตราดังกล่าวบ่งชี้ถึงอัตราการควบคุมและป้องกันยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ถึงแม้ว่าหน่วยงานจะดำเนินงานตามกลยุทธ์แต่ด้วยข้อจำกัดหลายประการ อาทิปัจจัยด้านการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขประกอบกับปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ถูกต้อง ตลอดจนการร่วมมือของภาคีเครือข่าย หรือหน่วยงานในพื้นที่ ยังมีรอยต่อ ไม่เกิดความต่อเนื่อง หรือขาดความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในบริบทด้านการควบคุมป้องกันวัณโรค อีกทั้งยังส่งผลทำให้อัตราการครอบคลุมในการรักษาวัณโรคต่ำ ไม่เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564 ที่กำหนด ให้เหลือ 88 คนต่อประชากรแสนคน หรือ 0.08 ต่อพันประชากร ได้ ดังนั้นทั้งจากนโยบายและปัญหาในพื้นที่ดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีหน้าที่หลักในการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนเป็นหลัก จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ได้ อย่างมีคุณภาพ โดยอาศัยรูปแบบภาคีเครือข่ายความร่วมมือซึ่งกระบวนการหรือรูปแบบนี้ได้รับการยืนยันในหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การใช้ทั้งรูปแบบภาคีเครือข่าย (Collaborative improvement networks) หรือ เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (Technology of Participation: TOP Model) สามารถให้ประสิทธิผล และสามารถนำมาเป็นต้นแบบของวิธีปฏิบัติที่ดี (Good Practice) (Lannon & Peterson, 2013)(Clancy, Margolis, & Miller, 2013)(Pasiravise, 2019) ซึ่งรูปแบบดังกล่าวยังและควบคุมโรควัณโรค ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งหวังที่จะสร้างโมเดลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนผ่านภาคีเครือข่าย หน่วยงานในพื้นที่มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 วัตถุประสงค์ ตามระยะของโครงการวิจัย คือ

1. เพื่อออกแบบระบบการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรควัณโรคแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพชรเจริญ อำเภอเมือง จังหวัดเลย (ระยะที่ 1)

2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการพัฒนากิจกรรมดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิดโรคแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพชรเจริญ อำเภอเมือง จังหวัดเลย (ระยะที่ 2)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Participatory Action Research) ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อออกแบบระบบการพัฒนากิจกรรมดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิดโรคแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพชรเจริญ อำเภอเมือง จังหวัดเลย (ระยะที่ 1) ระยะการศึกษานี้ เพื่อออกแบบระบบ หรือ โมเดล มีวิธีการเก็บข้อมูล จากการประชุม ระดมสมองทั้งแบบกลุ่มย่อยและสังเกตการณ์ในพื้นที่ ผสมผสานกับมาตรฐานการตรวจ คัดกรองและการรักษา แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา สังเคราะห์และสรุปผลการศึกษา โดยใช้เครื่องมือในกระบวนการนี้คือ ขั้นตอนตามแนวทางของวงจรคุณภาพเดมมิ่ง หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act)(Carpenter Group LLC, 2014) ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) (Staples, 2013) ของชุมชน ในการขับเคลื่อนโครงการพัฒนา โดยมีรายละเอียดดังนี้

- **ขั้นตอนการวางแผน (Plan)** เพื่อศึกษาสภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิดในชุมชน โดยการใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ตามแบบเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) ช่วยในกระบวนการที่ใช้วิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ ระดมสมองแบบกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยผู้มีส่วนร่วมได้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคในครัวเรือน 22 คน ผู้นำชุมชน 27 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 70 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย 5 คน โดยมีเกณฑ์ว่าจะต้องครบองค์ประชุม อย่างน้อย 75% ของแต่ละภาคส่วน ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง จัดการประชุมในชุมชน แต่เนื่องจากช่วงที่ทำการศึกษายู่ในช่วงระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Covid-19) รูปแบบการประชุมระดมสมองจึงแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย ๆ ครั้งละประมาณ 60 คน

- **ขั้นตอนการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ (Do)** โดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้จากประชุมกลุ่มในขั้นตอนขั้นตอนการวางแผน อาทิเช่น กิจกรรมเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยโรค ติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทั้งทางกาย จิต และสังคม การกำกับกินยาการแจ้งเตือนนัด ทางช่องทางสื่อสาร กลุ่ม LINE โดยทีมสหสาขา และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- **ขั้นตอนการสังเกตผล (Check)** การประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ โดยผู้วิจัย และทีมร่วมอย่างน้อย 3 โดยใช้รูปแบบการนิเทศติดตามการดำเนินงาน แบบสังเกตและรายการบันทึกย่อย (Checklist)

- **ขั้นตอนการสะท้อนผล (Act)** เพื่อการทบทวนแก้ไข้ปัญหาและอุปสรรค โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียน โดยใช้โมเดล Top เป็นเครื่องมือในการสังเคราะห์หาข้อสรุป ในการประชุมกลุ่ม แบบ brainstorming โดยจัดให้มีการประชุมกลุ่มย่อยทุกครั้งที่ทำเนิในแต่ละกิจกรรม และต้องมีผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่ม อย่างน้อย 5 คน ในแต่ละกิจกรรม

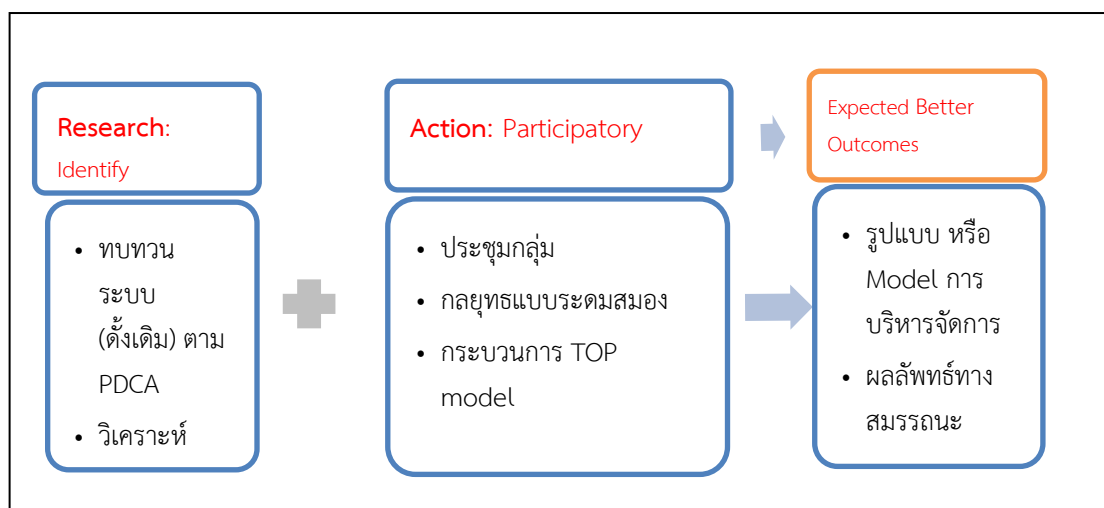
กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: สำหรับระยะการศึกษาช่วงที่ 1 คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในครัวเรือน 22 คน ผู้นำชุมชน 27 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 70 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย 5 คน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ จำนวนทั้งสิ้น 124 คน ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเข้าและออกจากการศึกษา ดังนี้

- เกณฑ์คัดเข้า วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในพื้นที่ ผู้นำชุมชนและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกคนที่สมัครใจยินดีเข้าร่วมงานวิจัย สามารถสื่อสารและแสดงความคิดเห็นได้ อาศัยในพื้นที่ตลอดการศึกษา

- เกณฑ์คัดออก ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน

กรอบแนวคิด

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้อาศัยกรอบแนวคิดของ Participatory Action Research และกระบวนการตามแบบเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) เพื่อสร้างโมเดลดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโมเดลสำหรับการศึกษาระยะที่สอง

การประเมินรูปแบบหรือโมเดลที่จัดทำ ด้วยแบบวัดและประเมินผลการดำเนินการ (Performance measurement) โดยประยุกต์จาก Performance Measurement & Evaluation ของ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (อนุวัฒน์ & กิตตินันท์, 2017) โดยเป็นเกณฑ์การวัดเชิงคุณภาพ พิจารณาตรรกะชีวิตในมิติต่าง ๆ อาทิ เช่น ผลสัมฤทธิ์ (Effectiveness) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity) เป็นต้น.

สถานที่ศึกษาและแหล่งข้อมูล

ระยะที่หนึ่งคือ ระบบบริการ ปัญหาของผู้ป่วยโรคโควิดโรค ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพชรเจริญ จังหวัดเลย

ส่วนระยะที่สองคือ ประเมินกิจกรรมต่าง ๆ ตาม ในโครงการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิดโรคแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพชรเจริญ อำเภอเมือง จังหวัดเลย ระยะเวลาดำเนินการ เดือนพฤศจิกายน 2563 - มกราคม 2564

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย (Ethical consideration)

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติ/รับรอง (Approval) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 008/2564 และสำหรับการศึกษาระยะที่ 1 ได้ผ่านกระบวนการขอความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (informed Consent) สำหรับผู้วิจัยและอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย สำหรับการศึกษาระยะที่2ประเมินผลโครงการไม่มีส่วนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นเพียงข้อมูลการวิเคราะห์เฉพาะภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามวัตถุประสงค์คือ

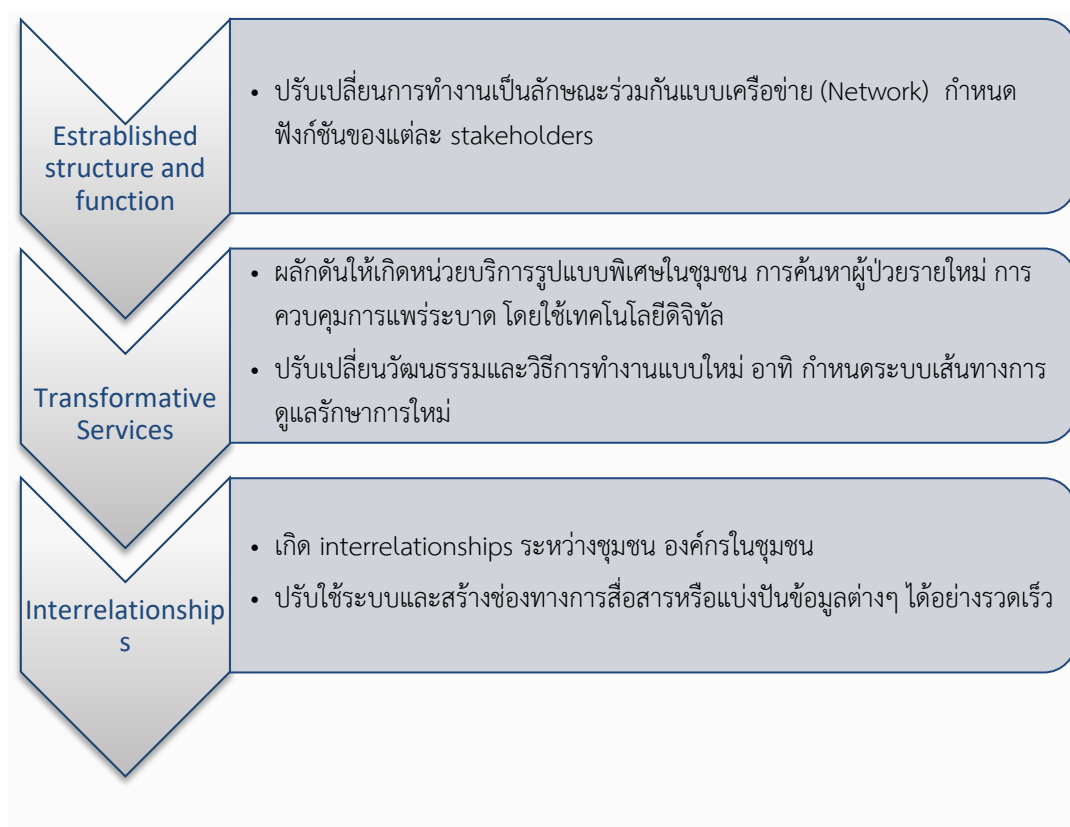
ผลการศึกษาระยะที่ 1 ออกแบบระบบการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิดโรคแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพชรเจริญ อำเภอเมือง จังหวัดเลย (ระยะที่ 1) โดยอาศัยประเด็นของการปฏิรูประบบหรือโมเดลการมีส่วนร่วมแบบโดยสร้างการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล และ ร่วมดำเนินการแก้ไข ทั้งระบบ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่ถูกปรับเปลี่ยน จากกระบวนการ PAR ตามแบบ The Plan-Do-Check-Act cycle :PDCA และ TOP model ที่สำคัญ และสร้างเป็นรูปแบบ ภายใต้ชื่อ “แบบเพชรเจริญทีบีโมเดล” โดยมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบดังนี้ คือ

- เกิดข้อกำหนดโครงสร้างและหน้าที่ของระบบในชุมชน (Setup structure and function of community actions) เน้นการทำงานปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมและวิธีการทำงานแบบใหม่ปรับเปลี่ยนการทำงานเป็นลักษณะร่วมกันแบบเครือข่าย (Network) กำหนดฟังก์ชันของแต่ละ Stakeholders

- กำหนดรูปแบบการบริการใหม่ (Transformative Services) เพื่อสนับสนุนและเสนอบริการอาทิ กำหนดระบบเส้นทางการดูแลรักษาการใหม่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีแบบดิจิทัล ในการสนับสนุนบริการป้องกันและควบคุมโรค อาทิเช่น การจัดหาเครื่องมือ บุคลากร เพื่อการตรวจค้นหาโรค (facilities for case detection) ประยุกต์ ใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะงานด้านพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร (Integration of on-line technology for networking communication for trained health personnel),

- ประสานความสัมพันธ์ (Interrelationships between the health sector and community service system) ในแต่ละจุดของเครือข่าย (Network) เพื่อความเชื่อมโยงของและสามารถถึงทรัพยากรของแต่ละองค์กร มาก่อประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน (ภาพที่ 2)

ผังแผนที่ 2 ประเด็นการเปลี่ยนแปลงและตัวอย่างกิจกรรม (action) ต่าง ๆ โดยใช้เส้นทางเดินของผู้รับบริการเป็นโครงร่างการเปลี่ยนแปลงในแต่ละจุดหรือประเด็นสำคัญ ดังมีรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้ อาทิเช่น ส่วนประกอบของโมเดล ส่วนที่หนึ่งคือการการปรับเปลี่ยน (Reform) บทบาทและหน้าที่จัดสรรทรัพยากรและส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรอง ส่วนประกอบโมเดลส่วนที่สองเกิดการปรับเปลี่ยนการจัดบริการในชุมชน ส่วนประกอบโมเดลส่วนที่สามคือสัมพันธภาพระหว่างภาคีเครือข่าย มีการการปรับเปลี่ยนประเด็นของการสื่อสาร โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Line application เช่น ไลน์กลุ่มเพื่อ Feed back โดยจัดทำเป็นรายเดือน และมีการติดตามงานในทุกเดือนเพื่อเข้ากระบวนการ The Plan-Do-Check-Act cycle :PDCA ภายหลังจากจัดตั้งเครือข่ายการทำงาน โดยมีสมาชิกทุกภาคส่วน



ภาพที่ 2 โมเดลการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคด้วยโรคแบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาระยะที่ 2 เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโมเดล โดยวัดจากผลการประเมินผลการดำเนินการ (Performance Evaluation) ในมิติคุณภาพที่สะท้อนผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ (มิติ) ที่นำมาพิจารณาในการวัด ได้ผลดังนี้คือ

- มิติด้าน ประสิทธิภาพ (Efficiency) มีการใช้ทรัพยากรในชุมชน ประเมินจากกิจกรรมการสร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยองค์กรภายในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชนต้องทราบสถานะสุขภาพของคนในชุมชน อสม. ต้องติดตามการกินยาติดตามผู้ป่วยขาดนัด องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ต้องสนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในพื้นที่และผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางของชุมชน การให้งบประมาณสนับสนุนในการให้ความรู้ความเข้าใจจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ กรณีการคัดกรองการมีรับส่งผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อไปรับการตรวจคัดกรอง x-ray ของผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางร่างกายและเศรษฐกิจจะได้รับสนับสนุนรถในการรับส่งจาก อบต. ในพื้นที่องค์กรภายนอกชุมชน เช่น บุคลากรจากโรงพยาบาลอำเภอ เกษีกรให้คำปรึกษาการใช้ยา อาการแพ้ยา การปรับสูตรยา แพทย์ติดตามประเมินการรักษาภาวะเสี่ยงของผู้ป่วย

- มิติด้านสัมฤทธิ์ผล (Effectiveness) ประเมินจากผลการบรรลุเป้าหมายสำคัญของการดูแลควบคุมป้องกัน รวมทั้งส่งเสริม จากกิจกรรมการจัดทำทะเบียนติดตามกำกับกับการกินยาและทะเบียนรายงานวัณโรค กิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยที่กินยาครบและหายขาด เช่น การมอบใบประกาศ การมอบของขวัญ มีแกนนำ อสม. ในพื้นที่ออกติดตามเยี่ยมการกินยาสม่ำเสมอ DOT ทุกวัน มีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ให้คำแนะนำและกำลังใจ มีช่องทาง line group TB ของอำเภอและตำบล ในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือมีปัญหาในการกินยา ปัญหาภาวะแทรกซ้อนของโรค

- มิติด้านความต่อเนื่องในการดูแลในชุมชนรับช่วงต่อจากสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ (Continuity) และเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ประเมินจากกิจกรรมการขับเคลื่อนทางสังคมของภาคีเครือข่ายสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดตามที่กลุ่มมีการเสนอและมีข้อตกลงร่วมกัน จากการประชุมชมในตำบลและการถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น หน้าที่ในการจัดการสิ่งแวดล้อมปรับปรุงที่อยู่บ้านผู้ป่วย เป็นของหน่วยงานไหนในตำบล การให้คำปรึกษาเป็นบทบาทหน้าที่ของใครในภาคีเครือข่าย เป็นต้น อีกทั้งการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเครือข่าย อย่างสม่ำเสมอเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือปรับเปลี่ยนการจัดการรายกรณีที่เหมาะสม อีกทั้งพบว่าหลังการพัฒนาการดำเนินงาน พบว่า มีการคัดกรองวัณโรคกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีการคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้น จำนวน 505 ราย

- มิติด้านปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (People-centered) ประเมินจากกิจกรรมการจัดทำทะเบียนติดตามกำกับกับการกินยาและทะเบียนรายงานวัณโรค และกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยที่กินยาครบและหายขาดเช่น การมอบใบประกาศ การมอบของขวัญ มีแกนนำ อสม. ในพื้นที่ออกติดตามเยี่ยมการกินยาสม่ำเสมอ DOT ทุกวัน มีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ให้คำแนะนำและกำลังใจ มีช่องทาง line group TB ของอำเภอและตำบล ในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือมีปัญหาในการกินยา ปัญหาภาวะแทรกซ้อนของโรค

- มิติด้านความเหมาะสมเข้ากับบริบทของชุมชน (Appropriateness) ประเมินจากการตรวจสอบการปฏิบัติตามข้อกำหนดสอบ (Compliance) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ปฏิบัติได้และสอดคล้องกับข้อมูลวิชาการ ต่าง ๆ มีความรู้ความเข้าใจโรควัณโรคเพิ่มขึ้น ร่วมกันกำหนดแผนงานกิจกรรม

จากการสัมภาษณ์พบว่า ยอมรับและพึงพอใจในแนวทางการปฏิบัติอย่างมาก มีการบูรณาการและเข้าร่วมการทำงานร่วมกันผ่าน ช่องทางสื่อสารดิจิทัล (LineApplication: ชื่อLine group TB group) ทั้งเจ้าหน้าที่ ญาติ ผู้ป่วย อสม. เพื่อกิจกรรมการกำกับติดตามการกินยา การขาดนัด เป็นต้น

อภิปรายผล

การใช้เครื่องมือ PDCA ร่วมกับ TOP Model ในกระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเพชรเจริญ สามารถที่จะวิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ รวมไปถึงความต้องการของผู้รับบริการ เกิดการบูรณาการงาน Community TB model ตอบสนองตามบริบทของพื้นที่ได้ผล ในการสร้างรูปแบบการควบคุมป้องกันทั้งส่งเสริม ได้อย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้โมเดลที่ผู้วิจัยกำหนดชื่อใหม่เป็น “โมเดลการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรควัณโรคแบบมีส่วนร่วม แบบเพชรเจริญทีบีโมเดล” ซึ่งในโมเดลนี้ประกอบด้วยสามส่วนที่สำคัญคือ 1] เกิดข้อกำหนดโครงสร้างและหน้าที่ของระบบในชุมชน (Setup structure and function) 2] กำหนดรูปแบบการบริการใหม่ (Transformative Services) และ 3] ประสานความสัมพันธ์ (Interrelationships) ซึ่งเป็นแบบเฉพาะที่ผู้วิจัยได้สังเคราะห์จากกระบวนการ PDCA ซึ่งเป็น model ที่พัฒนาโดย William Deming นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 มีรายงานการนำกระบวนการนี้มาใช้และได้ผลดีในการควบคุมโรคเช่นกัน อาทิ การศึกษาของ MartinWale และคณะ (Wale, Kibsey, Young, Dobbyn, & Archer, 2016) ในกระบวนการพัฒนาการควบคุมการระบาดของ antibiotic resistant organisms ในโรงพยาบาล และในโมเดลของการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า การสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน หรือ relationship-building มีเป็นองค์ความสำคัญที่จะทำให้เกิดความร่วมมือ ซึ่งจากการศึกษาของ Agustinus A. Toryanto และคณะ (Toryanto & Hasyim, 2017) ก็ให้ความสำคัญการความสัมพันธ์ในการพัฒนาเครือข่ายการทำงาน ส่วนการใช้กระบวนการตามแบบเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) เข้ามาร่วมในโมเดล PDCA ทำให้เห็นผลชัดเจนในเรื่องของการวิเคราะห์ปัญหาในระดับชุมชน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้ มีปรากฏการนำมาพัฒนางานเพื่อขับเคลื่อนในชุมชนต่าง ๆ ถึงแม้ว่ายังไม่แพร่หลายในประเทศ แต่จากข้อมูลการศึกษาที่ต่างประเทศได้มีการนำกระบวนการนี้มาใช้ทั้งระบบ นับตั้งแต่ระดับ rural villages จนกระทั่งถึง global corporations (The institute of cultural affairs international, 2003)

จะเห็นว่างานควบคุมวัณโรคในระดับชุมชนนั้นเป็นประเด็นที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญประเด็นหนึ่งเนื่องจาก พวกเขาถือว่า “scaling up of community-based TB activities remains weak”(World Health Organization, 2016) ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นความพยายามที่จะลดอัตราการเกิดวัณโรคและควบคุมในระดับชุมชนของประเทศไทยที่มีอัตราความชุกของโรคในอันดับต้น ๆ ของโลก แต่เนื่องจากโครงการพัฒนานี้ใช้เวลาในการประเมินโครงการระยะสั้น ทำให้ยังขาดผลลัพธ์เชิงคลินิก ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมในการศึกษาฉบับต่อไป

สรุปผลการวิจัย

โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครั้งนี้ บรรลุวัตถุประสงค์ โดยการสร้างโมเดลมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงตามจุดสำคัญ อาศัยพื้นฐานของกระบวนการ PDCA และ TOP model ทำให้สามารถสร้างโมเดลต้นแบบในการควบคุมและป้องกันภาวะเสี่ยงจาก โรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลอย่างเป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- อนุวัฒน์, ศ., & กิตตินันท์, อ. (2017). *HA update 2017: Performance Measurement & Evaluation*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Retrieved from www.ha.or.th
- Carpenter Group LLC. (2014). *The Deming Cycle (PDSA or PDCA)*. Retrieved January 25, 2020, from <https://www.quality-improvement-matters.com/deming-cycle.html>
- Clancy, C. M., Margolis, P. A., & Miller, M. (2013). *Collaborative networks for both improvement and research*. *Pediatrics*, 131(SUPPL.4), S210-4. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3786H>
- Lannon, C. M., & Peterson, L. E. (2013). *Pediatric collaborative improvement networks: Background and overview*. *Pediatrics*, 131(SUPPL.4), S189-95. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3786E>
- Organization World Health. (2018). *GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2018*. Geneva: World Health Organization; Retrieved from <http://apps.who.int/bookorders>.
- Pasiravise, S. (2019). *Development Model of Child Care Center Improvement to Disease-free Standards in Waengnang Municipality, Muang Maha Sarakham District, Maha Sarakham Province*. Thesis. Mahasarakham University. Retrieved from Mahasarakham University
- Staples, B. (2013). *Transformational strategy: Facilitation of ToP participatory planning*. iUniverse.
- The institute of cultural affairs international. (2003). *ICA's Technology of Participation (ToP)*. Retrieved February 2, 2018, from <http://www.ica-international.org>
- Toryanto, A. A., & Hasyim. (2017). *Networking Quality and Trust in Professional Services*. *European Research Studies Journal*, 354–370. Retrieved from https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/29902/1/Networking_Quality_and_Trust_in_Professional_Services_2017.pdf



- Wale, M., Kibsey, P., Young, L., Dobbyn, B., & Archer, J. (2016). *New approaches to infection prevention and control: implementing a risk-based model regionally*. International Journal for Quality in Health Care, 28(3), 405–411.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw041>
- World Health Organization. (2016). *WHO | ENGAGE-TB: Integrating community-based TB activities into the work of NGOs and other CSOs*. Retrieved January 27, 2021, from <http://www.who.int/tb/areas-of-work/community-engagement/faqs/en/>