

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด
แบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
Development of Community Participation Model for Directly Observed Treatment
Short-course (DOTS) in Tuberculosis Control Programme in Maejai District,
Phayao Province



รินรมย์ โกช่าง
Ruenrom Kochang

๙

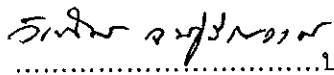
เลขหมู่	RC311.8	๓๖๗ ๖๕๓๗ ๓๐๒
Bib Key	208541	
		3 เม.ย. 2544

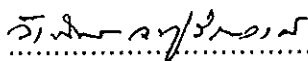
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Science Thesis in Health System Research and Development
Prince of Songkla University
2544


ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการรักษาผู้ป่วย
 วัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ(DOTS) อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
 ผู้เขียน นายธีรณมย์ โกช่าง
 สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข


คณะกรรมการที่ปรึกษา


คณะกรรมการสอบ

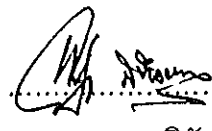

ประธานกรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์)

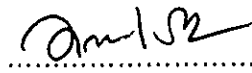

ประธานกรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์)



กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)


กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)


กรรมการ
 (นพ.เจษฎา พิชัยจุมพล)


กรรมการ
 (นพ.เจษฎา พิชัยจุมพล)

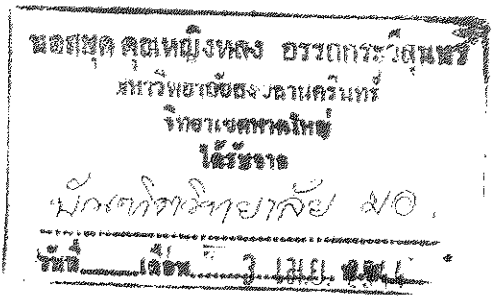

กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์)


กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.วิไลวรรณ วิริยะไชย)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วน
 หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบ
 สาธารณสุข



.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิติ ทฤษฎีคุณ)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ค้นโรคปอด 2 แห่ง (หน้า 1/1) ๗/๕/๖๕
 ผู้ป่วย x ๗ หรือ ๕ x ๕
 พบผลสัมฤทธิ์ของงาน ๕/๕

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ(DOTS) อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
ผู้เขียน	นายธีรณมย์ โกช่าง
สาขาวิชา	การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
ปีการศึกษา	2543

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ และพัฒนาูปแบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ อำเภอแม่ใจ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ เอช ไอ วี(HIV) หรือป่วยเป็นโรคเอดส์ (AIDS) พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาคือ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เป็นการเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (purposive) ผู้เข้าร่วมวิจัย 58 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 9 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 13 คน กลุ่มแม่บ้าน 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 8 คน ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าร่วมโครงการ 10 คน ญาติผู้ป่วย 10 คน โดยได้วิจัยตามขั้นตอนดังนี้ ขึ้นวางแผน (Plan) ใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบบอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach) เพื่อให้เกิดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีผู้สังเกตการณ์ยา (DOT) ขึ้นปฏิบัติการและการสังเกต (action and observation) ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และตรวจสอบการปฏิบัติ ของผู้ร่วมวิจัยทุกฝ่าย ขึ้นการสะท้อนการปฏิบัติ (reflection) จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงาน กลุ่มผู้ร่วมวิจัย และแจ้งผลการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง ขึ้นการประเมินผล (evaluation) เป็นการติดตามการรักษาผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 10 ราย และประเมินบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา (Content analysis) และเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่

ผลการวิจัยพบว่า คนในชุมชนรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด คือ วัณโรคเป็นโรคไอเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ วัณโรคติดต่อทางเสมหะ ผู้ป่วยวัณโรคต้องกินยาจำนวนมากและใช้เวลารักษานาน วัณโรครักษาหายถ้ากินยาต่อเนื่อง วัณโรคเป็นที่ต้องกินยาหลายขนาน และกินยาให้ครบ วัณโรคเป็นโรคที่ถ้ากินยาไม่ครบ หรือดื้อยาจะทำให้ตาย ถ้ามีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาจะทำให้มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมากในชุมชน การรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับนั้นชุมชนเห็นว่าควรให้ญาติ

ผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยเพราะว่าเป็นคนใกล้ชิดกับผู้ป่วย และจะได้เป็นผู้ให้กำลังใจผู้ป่วยด้วย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับที่เหมาะสมกับอำเภอแม่ใจคือ การให้ญาติเป็นผู้สังเกตการกินยา คลินิกวัณโรคทำหน้าที่ยื่นทะเบียนผู้ป่วย จ่ายยาให้กับผู้ป่วย ส่งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย และติดตามการรักษาผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ติดตามผลการดำเนินงานรักษาผู้ป่วย ส่งติดตามผู้ป่วยในชุมชน สถานีอนามัย ติดตามการรักษาผู้ป่วยในชุมชนสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ตลอดการรักษา กระตุ้นให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับเป็นเพียงการมีส่วนร่วมคิดหารูปแบบของการรักษา ร่วมวางแผนในการรักษา แต่ยังไม่ถึงขั้นร่วมดำเนินการในกิจกรรมการรักษา และร่วมประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ

Thesis Title Model Development with Community Participation for Directly
Observed Treatment Short-course (DOTS) in Tuberculosis Control
Programme in Maejai District, Phayao Province

Author Mr. Ruenrom Kochang

Major Program Health System Research and Development

Academic Year 2000

Abstract

The objectives of this participatory action research were to carry out a feasibility study for community participation in a Direct Observation Treatment Short Course (DOTS) for tuberculosis patients and to develop a Direct Observation Treatment Short Course (DOTS) for tuberculosis patients. The key participants were tuberculosis patients who were not HIV-infected or AIDS patients in Maejai District, Phayao Province, the study area which was selected by a purposive sampling method. The 58 key participants consisted of 9 community leaders, 13 health care volunteers, 8 housewives, 10 tuberculosis patients and 10 relatives of the patients. The steps of the research were: (1) Planning. In this step, a plan was made to conduct participatory action research using a technical collaborative approach so that tuberculosis patients were part of the direct observation treatment short course (DOTS); (2) Action and observation. In this step, patient participatory activities were implemented and were inspected by all key participants; (3) Reflection. In this step, meetings were held for the results of performance by the key participants to be reported to all related parties; and (4) Evaluation. This was a step for the follow-ups of the 10 patients; related people and organizations were evaluated. Content analysis was conducted and the data were presented in terms of frequency.

The results of the research revealed that people in the community were aware that tuberculosis of the lungs is a chronic disease characterized by coughing, on and off and it is spread through sputum; tuberculosis patients must take quantity of medicines and takes a long time to cure; it can be cured absolutely, if the patient takes

medicines continuously; the patient needs to take many kinds of medicines and to take a complete course of medicines otherwise, it will be resistant to the medicines and the patient may eventually die. As a result of such resistance of the disease to medicines, there would be many tuberculosis patients in the community. In this study of direct observation treatment short course (DOTS), the community considered that relatives of the patients should monitor the patients while taking the medicines because relatives are the persons who are close and can give encouragement to the patients.

A suitable form of direct observation treatment short course (DOTS) for Mae Chai District should be as follows: relatives monitor the patients when they take medicines; the Tuberculosis Clinic registers the patients, prescribes medicines for the patients, sends data about tuberculosis patients in the areas responsible for by the health center to Office of District Public Health and District Health Center, monitors patients in the areas responsible for by the hospital, and coordinates with the Office of District Public Health continually and regularly; the Office of District Public Health monitors the treatment given to the patients, and randomly checks the patients in the community; and the Health Center regularly monitors and provides weekly follow-up treatment to patients in the community throughout the treatment period, and encourages the patients to take their prescriptions regularly and continuously.

The community participation in a direct observation treatment in this study was participation in only finding a form of treatment and in planning the treatment but not in taking part in the treatment activities and evaluating the results of the activities in a direct observation treatment for tuberculosis patients.

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วย การให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และการได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย

ผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงเพชรศรี ศิริรินทร์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา ที่ได้อนุมัติให้ทำวิจัยในห้องที่จังหวัดพะเยา ขอขอบคุณนายแพทย์เจษฎา พิชัยจุมพล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงม่วน ในฐานะผู้อำนวยการโครงการปฏิรูป และที่ปรึกษาที่ได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่การวิจัย และขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ นพ.วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์ ประธานที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำและไปดูพื้นที่วิจัยเพื่อวางแผนการวิจัย ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำตลอดจนชี้แนวทางในการดำเนินการจนได้ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ขอขอบคุณนายแพทย์ภาสกร อัครเสวี แพทย์หญิงเพชรวรรณ พึ่งรัศมี และคุณจินตนา งามวิทยาพงษ์ ที่ได้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการเก็บข้อมูล คุณคุณสนิธ บุญสุข สาธารณสุขอำเภอแม่ใจ คุณประสิทธิ์ วินสินจ้อย สาธารณสุขอำเภอแม่ใจอีกท่าน ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยในพื้นที่อำเภอแม่ใจ คุณไพรัช วงศ์จุมปู นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ ที่ช่วยเก็บข้อมูลเพิ่มเติม คุณนพดล จำรัส หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลบ้านเหล่า ที่ให้ความช่วยเหลือและร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัย เพื่อน ๆ นักศึกษาหลักสูตรการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข รุ่น 1 - 4 ที่ให้กำลังใจผู้วิจัยมาตลอด ผู้มีพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ แม่เขี่ยน แซ่เล่า พี่ ๆ ภรรยาและบุตร ของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุน อีกทั้งยังช่วยเก็บข้อมูลในบางส่วน ขอขอบคุณโครงการปฏิรูปการดูแลสุขภาพจังหวัดพะเยา และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนให้ทุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

นอกจากนี้ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่คลินิกทันโรคโรงพยาบาลแม่ใจทุกท่าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกท่านและผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามในที่นี้ได้ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

рінรมย์ โกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์.....	4
นิยามศัพท์.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค.....	7
การรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีผู้ดูแลกำกับ (Directly Observed Treatment Short-course DOTS).....	9
สถานการณ์ DOTS ในต่างประเทศ.....	12
สถานการณ์ DOTS ในประเทศไทย.....	13
แนวทางการรักษาวัณโรคแบบมีผู้ดูแลกำกับ(DOTS)ในประเทศไทย.....	14
แนวคิดการมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีผู้ดูแลกำกับ.....	18
ลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	24
รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	25
การสังเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรม.....	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3 ระเบียบวิธีวิจัย	29
พื้นที่ดำเนินการ และกลุ่มเป้าหมาย	29
การรวบรวมกลุ่มผู้ร่วมวิจัย	29
บทบาทของผู้วิจัย	30
วิธีการและขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
เครื่องมือในการวิจัย	37
การวิเคราะห์ข้อมูล	38
การตรวจสอบข้อมูล	38
4 ผลการวิจัย และการอภิปรายผล	39
1. ชี้แจงแผน (ข้อมูลก่อนการแก้ปัญหา)	39
1.1 บริบทของการศึกษา และสถานการณ์โรคในสถานที่ที่ใช้ในการศึกษา	39
1.2 การรักษาวัดโรค อำเภอแม่ใจ ก่อนการวิจัย	44
1.3 ระบบข้อมูลและการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัดโรค อำเภอแม่ใจ	46
1.4 การรับรู้เกี่ยวกับวัดโรคของคนในชุมชน	49
1.5 การรักษาวัดโรคปอดแบบมีพีที่เลี้ยงดูแลกำกับโดยชุมชน	52
2. ชี้แจงปฏิบัติการและสังเกต (กระบวนการแก้ปัญหา)	54
2.1 จัดทำมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัดโรค	54
3. การประเมินผลหลังการแก้ปัญหา	60
3.1 คลินิกวัดโรค	60
3.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	61
3.3 สถานีอนามัย	61
3.4 การติดตามรักษาวัดโรคแบบมีพีที่เลี้ยงดูแลกำกับในชุมชน	61
4. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาวัดโรคแบบมีพีที่เลี้ยงดูแลกำกับ อำเภอแม่ใจ	65
อภิปรายผล	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5 สรุป และข้อเสนอแนะ	74
สรุป.....	74
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....	76
บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก	85
ภาคผนวก ก.....	86
ภาคผนวก ข.....	95
ภาคผนวก ค.	96
ภาคผนวก ง.....	99
ภาคผนวก จ.....	103
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ.....	110
ประวัติผู้เขียน	111

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 ข้อมูลทั่วไปสถานบริการสาธารณสุข อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา.....	42
2 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลแม่ใจ จำแนกตามประเภทผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2538 – 2541	43
3 มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีฟิเลียงดูแลกำกับ DOTS อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา	58
4 สรุปการรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายหลังการใช้มาตรฐานการรักษาวัณโรคแบบมีฟิเลียง ดูแลกำกับอำเภอแม่ใจ	64
5 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการวิจัย.....	66

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 วงจรการวิจัยปฏิบัติการ (the action research spiral).....	28
2 กระบวนการการวิจัย.....	35
3 แผนที่สังเขปอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา.....	41
4 แนวทางการดำเนินงานรักษาวัณโรคแบบ DOTS ที่ผู้วิจัยเสนอ.....	55
5 ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยวัณโรค แบบ DOTS อำเภอแม่ใจ (ชั่วคราว).....	56
6. ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยวัณโรค แบบ DOTS ที่เหมาะสมกับอำเภอแม่ใจ.....	68
7 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา.....	69
8 จัดประชุมประเมินสถานการณ์วัณโรค จังหวัดพะเยา.....	106
9 จัดประชุมประเมินสถานการณ์วัณโรค จังหวัดพะเยา.....	106
10 สันทนาการกลุ่ม.....	107
11 ประชุมชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ.....	107
12 การจัดยาเป็นซองแยกชนิดยา.....	108
13 ยาเป็นซอง (drug packet) สำหรับผู้ป่วยกินวันละซอง.....	108
14 เจ้าหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยทุกวันอาทิตย์ ตลอดการรักษา.....	109

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรค เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* เกิดได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ที่เป็นปัญหาสำคัญมากคือ วัณโรคปอด เชื้อนี้ค้นพบครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2425 และต่อมาปี พ.ศ. 2486 มีการค้นพบยาสเตรปโตมัยซิน ซึ่งนำมาใช้รักษาวัณโรค (สมบุญ ผ่องอักษร, 2529; นิตดา ศรียากัย และบัญญัติ ปรชยานนท์, 2540) จากการรักษาวัณโรคด้วยยาดังกล่าว และมีการปรับปรุงยาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น การให้ยาหลายขนานร่วมกันรักษาวัณโรค ทำให้การควบคุมวัณโรค ได้ผลดีมาโดยลำดับ ปัจจุบันวัณโรคกลับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งนี้การระบาดของโรคเอดส์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัณโรคกลับมาระบาด เพิ่มมากขึ้นอีก เพราะผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จะมีการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) เชื้อวัณโรคเป็นเชื้อฉวยโอกาสชนิดหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ป่วยเป็นวัณโรคเพิ่มมากขึ้น (เจริญ ชูโชติถาวร และคณะ, 2540) จนกระทั่งเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลก ประกาศว่าวัณโรคเป็นปัญหาฉุกเฉินระดับโลก และปีพ.ศ. 2539 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า การกลับมาระบาดของวัณโรครุนแรงกว่าทุกครั้งที่ผ่านมา และประเทศไทยก็ประสบกับปัญหาสำคัญนี้เช่นกัน ดังจะเห็นได้จาก รายงานประจำปี 2532 ของ กรมควบคุมโรคติดต่อ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, มปป.) ได้ประมาณแนวโน้มของสถานการณ์ของอัตราป่วยด้วยโรควัณโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 - 2543 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจาก 95 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2530 เป็น 27.53 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2534 แต่จากรายงานสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2533 - 2537 (กองสถิติ, 2535, 2536, 2537, 2538, ส่วนข้อมูลข่าวสาร, 2539) พบว่าอัตราป่วยด้วยโรควัณโรคในระดับประเทศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คือ 41.8, 50.8, 51.1, 42.1 และ 53.8 ต่อประชากรแสนคน ในภาคเหนือก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ดังนี้ 49.0, 49.2, 53.7, 40.5, และ 62.1 ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 - 2537

สำหรับจังหวัดพะเยา จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น (pilot study) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้วิจัย พบว่าอัตราความชุกของวัณโรคเท่ากับ 86, 87, 119, 136, และ 144

ต่อประชากรแสนคน ในปี 2536 - 2540 ตามลำดับ(ข้อมูลจากงานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา) จะเห็นว่าอัตราชุกของวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จังหวัดพะเยาเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดรุนแรงที่สุดของโรคเอดส์ จากการรายงานของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขถึงสถานการณ์โรคเอดส์ ณ วันที่ 31 มกราคม 2541 พบว่า ในปี 2540 อุบัติการณ์ของโรคเอดส์ (AIDS) ของจังหวัดพะเยา, ระนอง, เชียงราย, ระยองและลำปาง คือ 177.5, 110.6, 99.7, 90.0 และ 86.7 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ดังได้กล่าวมาแล้วว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีโอกาสติดเชื้อวัณโรคมากกว่าคนปกติ

จากการสำรวจของสำนักงานวิจัยวัณโรคเชียงราย พบว่า ร้อยละ 64 ของ ผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดเชียงรายเป็นผู้ป่วย เอดส์และอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (HIV / AIDS) และจากรายงานของงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา พบว่า ร้อยละ 33.51 ของผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้ป่วยเอดส์และอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (HIV/AIDS) แม้อัตราจะแตกต่างกันในสองจังหวัดที่อยู่ติดกัน แต่ข้อสรุปที่สำคัญก็คือ ปัญหาของวัณโรคกำลังเก็บสะสมอย่างต่อเนื่องจากปัญหาโรคเอดส์ในพื้นที่แถบนี้

นอกจากปัญหา AIDS ที่ทำให้วัณโรคเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug - Resistant TB = MDR-TB) อันมีสาเหตุมาจากการที่แพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขสั่งยาผิด หรือสั่งยารักษาวัณโรคอย่างแรงโดยไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะกินยาถูกต้องสม่ำเสมอ หรือผู้ป่วยไม่ได้กินยารักษาวัณโรคตรงตามมาตรฐาน หรือไม่ได้กินยาตลอดการรักษา 6 เดือน หรือกินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ การรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานนอกจากจะยุ่งยากซับซ้อนแล้ว ค่าใช้จ่ายยังเพิ่มขึ้นถึง 100 เท่า และอาจรักษาไม่หาย ปัจจุบันเป็นปัญหาอยู่หลายประเทศ เช่น เมืองนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา เมืองลอนดอน อังกฤษ เมืองมิลาน อิตาลี อินเดีย สหภาพแอฟริกาใต้ เอสโตเนีย ปากีสถาน ไทย (ศรีประภา ชนะพันธ์ และวัลลภ ปายะนันท์, 2540) ในประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงผลการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ของศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา พบว่า การรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ระหว่างปี 2536 - 2538 จำนวน 5,6 และ 12 ราย ตามลำดับรวม 23 ราย ผลการรักษาหาย 10 ราย รักษาล้มเหลว 5 ราย นอกนั้นขาดการรักษาหรือตายหรือโอนไปรักษาที่อื่น จะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่รักษาไม่หายทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคดื้อยาไปสู่ผู้อื่นได้ หากไม่ทำการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดให้หายขาดโดยการให้ผู้ป่วยกินยาครบและสม่ำเสมอ อาจทำให้เชื้อวัณโรคดื้อยา

หลายขนาน และหากเชื้อดื้อยานั้นติดต่อไปยังผู้ป่วยเอดส์และอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (HIV/AIDS) ซึ่งมีภูมิคุ้มกันบกพร่องอยู่แล้ว จะทำให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจายอย่างกว้างขวาง ทำให้ติดต่อไปยังผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว ในที่สุดวัณโรคจะกลายเป็นโรคที่ระบาดรุนแรงและไม่มียารักษา ซึ่งจะสร้าง ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจสังคมของประเทศ และประชาชนในประเทศไทย และอาจขยายไปยัง ต่างประเทศได้

การรักษาเป็นการตัดวงจรของการระบาดของวัณโรคที่สำคัญที่สุด การรักษาวัณโรคมีอยู่หลายวิธี วิธีที่ได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน คือการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (Directly Observed Treatment, Short-course DOTS) เป็นการรักษาด้วยระบบยาระสัณฑ์ให้มีผู้สังเกต ขณะผู้ป่วยกินยา (Iseman, John and Sbarbaro, 1993) ดังตัวอย่างผลการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ ได้แก่ ในประเทศแทนซาเนีย จากปี พ.ศ. 2526 อัตราการรักษาหายขาด ร้อยละ 43 หลังจากใช้วิธี การรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ ในปี พ.ศ. 2533 อัตราการรักษาหายขาด เพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ 79 ประเทศจีนอัตราการรักษาหายขาดจากการใช้วิธี การรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2529 ร้อยละ 52 เป็นร้อยละ 91 ในปี พ.ศ. 2537 (China Tuberculosis Control Collaboration, 1996) ในประเทศไทย จากการศึกษารวมของ สมิธ กังสวและคณะ (2540) ศึกษาจากผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา กับศูนย์วัณโรคเขต 6 ขอนแก่น พบว่า การรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) มีอัตราการรักษาหายขาด ร้อยละ 82.35 ส่วนการรักษาแบบปกติ อัตราการรักษาหายขาด ร้อยละ 75.41 และจากการศึกษาของ ศูนย์วัณโรคเขต 12 ยะลา พบว่า การรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ(DOTS) ทำให้อัตราการ รักษาหายขาดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 เป็น ร้อยละ 90.1

จังหวัดพะเยาได้ดำเนินการ อบรมการดำเนินการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับโดยอบรมแพทย์ผู้รักษาวัณโรค 7 โรงพยาบาล ๆ ละ 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ คลินิก วัณโรค โรงพยาบาล ๆ ละ 1 คน ผู้ประสานงานระดับจังหวัด 1 คน ผู้ประสานงานระดับ อำเภอ 7 อำเภอ 2 ถึงอำเภอ จำนวน 9 คน โดยศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ ช่วงเดือน มกราคม 2541 ภายหลังจากการอบรมแล้วไม่ได้มีการติดตามผลการดำเนินงาน จากการสำรวจ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย พบว่ามีการดำเนินการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ ในสถานี่ อนามัยเพียงแห่งเดียว โดยดำเนินการเพียง 2 หมู่บ้าน ผู้วิจัยเชื่อว่าหากคนในชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดหาวิธีการดำเนิน

งานให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ โดยให้มีผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย (กลืนยา) ทำบันทึกการกินยาประจำวัน(check list) เพื่าระวังการแพ้ยาของผู้ป่วย ให้คำแนะนำที่เหมาะสม ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาตามนัด และติดตามผู้ป่วยทันทีที่ขาดยา คงทำให้เกิดความยั่งยืน(sustainability)ในการดำเนินงานรักษาวัณโรคให้หายขาด และจะสามารถหยุดการแพร่กระจายของวัณโรค ไม่ให้ติดต่อไปยังผู้อื่นได้

ดังนั้นผู้วิจัยสนใจจะศึกษาความเป็นไปได้ในการทดลองให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาวัณโรค และรับผิดชอบร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมป้องกันวัณโรคไม่ให้แพร่ระบาด และมีส่วนสำคัญในการหาแนวทางในการให้การรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ โดยชุมชนร่วมคิดหาแนวทางที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับชุมชน

คำถามการวิจัย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ ที่เหมาะสมกับอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ควรเป็นอย่างไร ?

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
2. พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

นิยามศัพท์

การรักษาวัณโรคปอดแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (Directly Observed Treatment, Short-course = DOTS) หมายถึง การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยระบบยารักษาระยะสั้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1. รัฐบาลต้องมีนโยบายที่ชัดเจน และการให้การสนับสนุนทางการเงินในการที่จะควบคุมวัณโรคอย่างยั่งยืน 2. การตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อยืนยันว่าเป็นเชื้อวัณโรคหรือไม่ 3. การให้มีผู้สังเกตเฝ้าดูการกลืนยาของผู้ป่วยใน

ระยะ 2 เดือนแรกของการรักษา 4. มีการสนับสนุนยาให้พอเพียง 5. มีระบบบันทึกรายงานและการติดตามผู้ป่วยวัณโรคต้องได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้ตัวย่อคือ DOTS

การรักษาแบบมีผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย (Directly Observed Treatment หรือ Directly Observed Therapy = DOT) ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้ตัวย่อคือ DOT ที่เลี้ยงและผู้สังเกตการกินยา ในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงบุคคลคนเดียวกัน ชุมชน หมายถึง ประชาชนในชุมชนที่ประกอบด้วย ผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน ผู้ป่วย และญาติ

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน ผู้ป่วยวัณโรคหรือญาติผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบชุมชนนั้นกำหนดวิธีการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปลอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ ให้เหมาะสมกับชุมชน โดยให้มีผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย(กินยา) ทำบันทึกการกินยาประจำวัน(check list) เฝ้าระวังการแพ้ยาของผู้ป่วยให้คำแนะนำที่เหมาะสม ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาตามนัด และติดตามผู้ป่วยทันทีที่ขาดยา

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รูปแบบของการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) ที่เหมาะสมกับอำเภอแม่ใจ
3. ได้มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
2. สามารถนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ป้องกันควบคุมวัณโรค โดยไม่ให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายไปยังผู้อื่น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เน้นการสร้างรูปแบบ DOTS สำหรับผู้ป่วยวัณโรคซึ่งตรวจพบเชื้อในเสมหะ ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ซึ่งมีมาตรฐานการจัดการแบบที่องค์การอนามัยโลกวางไว้เป็นเกณฑ์ ผู้ป่วยซึ่งตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ และผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV มีลักษณะทั่วไป แตกต่าง

จากผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป ความจำเป็นและความยากง่ายในการให้บริการ DOTS ต่างจากผู้ป่วย
วัณโรคเสมหะบวกปรกติ จึงไม่อยู่ในการศึกษาครั้งนี้

บทที่ 2

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการรักษผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลงำกับ (DOTS) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) และใช้กรอบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยกรอบแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

แนวคิดในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

การรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในปัจจุบันได้ดำเนินการโดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา สังเกตตรวจเสมหะผู้ที่มีอาการสงสัยว่าจะเป็นวัณโรค คือ ไอ ประมาณ 2 สัปดาห์ มีเสมหะ มีเหงื่อตอนกลางคืน หรือไอเป็นเลือด หรือการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานอนามัย หรืออาสาสมัครสาธารณสุข เก็บเสมหะผู้ที่มีอาการสงสัย แล้วนำส่งห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรค ถ้าพบเชื้อวัณโรค จะแนะนำให้ผู้ที่มีเสมหะพบเชื้อไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล หากผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ แพทย์จะให้การรักษาด้วยระบบยารักษาวัณโรคระยะสั้น 6 เดือน หรือ 8 เดือน ด้วยยา ไอโซไนอะซิด (Isoniazid = H) ไรแฟมพิซิน (Rifampicin = R) ไพราซิโนไมด์ (Pyrazinamide = Z) เอทเธมบูทอล (Ethambutol = E) และสเตรปโตไมซิน (Streptomycin = S) เมื่อแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นวัณโรคแล้ว จะต้องซักประวัติว่าผู้ป่วยเคยรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่ เพราะประวัติการรักษาจะมีผลต่อระบบยาที่จะรักษา โดยแบ่งประเภทการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยดังนี้

1. ผู้ป่วยใหม่ (New) คือ ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือผู้ป่วยเคยได้ยารักษาวัณโรคมาไม่เกิน 4 สัปดาห์ ให้การรักษาแบบ CAT 1 (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข.)
2. ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse) คือ ผู้ป่วยที่ไม่ประวัติว่ารักษาหาย แต่กลับมาเป็นวัณโรคอีกโดยมีเสมหะพบเชื้อวัณโรคให้การรักษาแบบ CAT 2 (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข.)
3. ผู้ป่วยที่รักษาล้มเหลว (Failure) คือ ผู้ป่วยที่รักษาไปแล้ว 4 เดือน ผลเสมหะยังคงหรือกลับเป็นบวกในเดือนที่ 5 หรือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบเมื่อขึ้น

ทะเบียนหรือวัดโรคนอกปอด แต่กลับมีผลเสมหะเป็นบวกหลังการรักษา 2 เดือน ให้การรักษาแบบ CAT 2

4. ผู้ป่วยขาดยาแล้วกลับมารักษา (Treatment after default) คือ ผู้ป่วยซึ่งขาดการรักษาไปมากกว่า 2 เดือน ติดต่อกันแล้วกลับมารักษาอีก

4.1 หากเคยรักษาแบบ CAT 1 นานน้อยกว่า 1 เดือน ผลเสมหะเป็น บวก หรือลบ ให้การรักษาแบบ CAT 1

4.2 หากเคยรักษาแบบ CAT 1 มา 1 – 2 เดือน ผลเสมหะ บวก รักษาแบบ CAT 2 ผลเสมหะ ลบ รักษาแบบ CAT 1

4.3 หากเคยรักษาแบบ CAT 1 มามากกว่า 2 เดือน ผลเสมหะเป็น บวก รักษาแบบ CAT 2 ผลเสมหะเป็น ลบ รักษาแบบ CAT 1

4.4 หากเคยรักษาแบบ CAT 2 นานน้อยกว่า 1 เดือน ผลเสมหะเป็น บวก หรือลบ ให้การรักษาแบบ CAT 2

4.5 หากเคยรักษาแบบ CAT 2 มา 1 – 2 เดือน ผลเสมหะ บวก รักษาแบบ CAT 2 ผลเสมหะ ลบ รักษาแบบ CAT 2

4.6 หากเคยรักษาแบบ CAT 2 มามากกว่า 2 เดือน ผลเสมหะเป็น บวก รักษาแบบ CAT 4 (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข.) ผลเสมหะเป็น ลบ รักษาแบบ CAT 2

4.7 หากเคยรักษาแบบ CAT 3 (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข.) นานน้อยกว่า 1 เดือน ผลเสมหะเป็น บวก ให้รักษาแบบ CAT 1 ผลเสมหะเป็นลบ ให้การรักษาแบบ CAT 3 ต่อ

4.8 หากเคยรักษาแบบ CAT 3 มา 1 – 2 เดือน ผลเสมหะเป็นลบ รักษาแบบ CAT 3 ต่อ

4.9 หากเคยรักษาแบบ CAT 3 มามากกว่า 2 เดือน ผลเสมหะเป็น ลบ รักษาแบบ CAT 3 ต่อ

5. ผู้ป่วยรับโอน (Transfer in) ผู้ป่วยรับโอนคือผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาและขึ้นทะเบียนการรักษาจากหน่วยงานอื่นแล้ว ให้ยาตามระบบการรักษาหน่วยงานที่โอนมา

6. ผู้ป่วยอื่น ๆ (Other) คือผู้ป่วยที่ไม่เข้าประเภทใดประเภทหนึ่งข้างต้น เช่น ผู้ป่วยที่เคยรักษามาจากหน่วยงานเอกชนมากกว่า 4 สัปดาห์ หรือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ากลับเป็นซ้ำ โดยมีผลการตรวจเสมหะเป็นลบ ผู้ป่วยประเภทนี้ต้องตรวจเสมหะก่อน หากเป็นการรักษา

ครั้งแรกผลเสมหะเป็นบวกให้การรักษาแบบ CAT 1 แต่ถ้าเสมหะเป็นลบให้การรักษาแบบ CAT 3 ถ้าไม่ใช่การรักษาคั้งแรก และเสมหะเป็นบวกให้ CAT 2

แพทย์จะนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษา ทุก 1 เดือน การรักษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเมื่อกินยาสม่ำเสมอไปประมาณ 2 สัปดาห์ อาการต่างๆ จะทุเลาลง และเป็นระยะที่เชื้อวัณโรคไม่สามารถติดต่อได้ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายจากการป่วยเป็นวัณโรค จะหยุดการกินยา หรือขาดการติดต่อกับแพทย์ผู้รักษา หากทางโรงพยาบาลไม่มีระบบการติดตามการรักษาที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งอาจทำให้เชื้อดื้อยาได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541, บัญญัติ ปริญญาพันธ์และชัยเวช นุชประยูร, 2536)

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (Directly Observed Treatment Short-course = DOTS)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) กล่าวว่า การรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (Directly Observed Treatment Short-course = DOTS) เป็นกลยุทธ์พื้นฐานในการค้นหา และรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ทั่วโลก กลยุทธ์นี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องแนะนำและสังเกตการกลืนเม็ดยาของผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องติดตามการกินยาของผู้ป่วยจนกระทั่งรักษาครบ และรักษาหาย

Directly คือเมื่อพบผู้ป่วยวัณโรคด้วยการตรวจเสมหะ และเสมหะพบเชื้อวัณโรคต้องให้การรักษา

Observed คือผู้ป่วยวัณโรคจะต้องได้รับการสังเกตการกลืนยารักษาวัณโรค โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครที่ผ่านการอบรม

Treatment คือผู้ป่วยวัณโรคจะต้องได้รับการรักษาครบ และได้รับการติดตามการรักษาจนรักษาหาย คือ หลังการรักษา 2 เดือนและเมื่อสิ้นสุดการรักษา ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจเสมหะ เพื่อยืนยันผลการรักษา และต้องมีระบบการบันทึกและการรายงานผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคน

Short-course คือ การรักษาวัณโรคด้วยระบบยารักษาระยะสั้น หลายขนาน อันประกอบด้วย ไอโซไนอะซิด(Isoniazid) ริแฟมพิซิน(Rifampicin) ไพราซิनाไมด์(Pyrazinamide) สเตร็ปโตไมซิน(Streptomycin) และเอธามบูทอล(Ethambutol) โดยการรักษาตามแนวทางการรักษาขององค์การอนามัยโลก ด้วยระยะเวลา 6 หรือ 8 เดือน

กลยุทธ์ DOTS มีส่วนประกอบสำคัญ 5 ประการ ที่ WHO กำหนด คือ (จำเริญ บุณยรังษี และสายัณห์ แก้วเกตุ, มปป., WHO, 1998)

1. รัฐบาลต้องมีนโยบายที่ชัดเจน และการให้การสนับสนุนทางการเงินในการที่จะควบคุมวัณโรคอย่างยั่งยืน รัฐบาลและองค์การเอกชนต้องมีนโยบายทางการเงินกับการควบคุมวัณโรคในระยะยาวเพื่อให้เชื่อแน่ว่าผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดสามารถเข้าถึงบริการรักษาอย่างสะดวก

2. การตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อยืนยันว่าเป็นเชื้อวัณโรคหรือไม่ แผนงานวัณโรคต้องมุ่งทรัพยากรไปสู่การค้นหาผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อและการให้การรักษาให้หายขาด

3. การให้มีผู้สังเกตเฝ้าดูการกลืนยาของผู้ป่วยในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษา ซึ่งเป็นระยะวิกฤตผู้ป่วยอาจเจ็บหนัก อยู่ในสภาพเสี่ยงต่อการเกิดการดื้อยา และอยู่ในช่วงอันตรายของการติดต่อสู่ผู้อื่น

4. มีการสนับสนุนยาให้พอเพียง การจัดให้มียารักษาวัณโรคคุณภาพสูงให้เพียงพอในการให้บริการรักษาเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งของแผน DOTS เพื่อให้แน่ใจว่าการรักษาวัณโรคจะไม่ขาดตอน

5. มีระบบบันทึกรายงานและการติดตาม ผู้ป่วยวัณโรคต้องได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และดูแลให้เชื่อแน่ว่าหายขาดจากโรค มีอยู่ 2 วิธีของการทำให้แน่ใจว่าการรักษาสำเร็จผล วิธีแรกในกรณีผู้ป่วย ในระยะแพร่เชื้อต้องตรวจสอบหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ภายหลังการรักษาได้ 2 เดือนและเมื่อจบการรักษา วิธีที่สอง ระบบบันทึกและรายงาน มีความจำเป็นเพื่อควบคุมอย่างเคร่งครัด และประเมินความก้าวหน้าในการรักษา และการหายของผู้ป่วย แต่ละราย

นิรัช นุ่นดี, สายัณห์ แก้วเกตุและยุทธิชัย เกษตรเจริญ (2450) ได้เสนอว่าการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยใช้กลยุทธ์ DOTS ในประเทศไทยนั้น กลยุทธ์ที่ 1,2 และ 4 ไม่มีปัญหาในการเนินการมากนัก ส่วนกลยุทธ์ที่ 3 และ 5 อยู่ระหว่างดำเนินการตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะดำเนินการในกลยุทธ์ที่ 3 และ 5

นอกจากคำว่า DOTS แล้วยังมีคำสำคัญอีกคำหนึ่ง คือ DOT ย่อมาจาก Directly Observed Treatment หรือ Directly Observed Therapy มีความหมายว่า การรักษา

ที่ผู้ป่วยต้อง กลืนยาต่อหน้าบุคคลอื่น หรือ มีบุคคลอื่นสังเกต/กำกับกับการกินยาของผู้ป่วย คือมี วัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วนตามกำหนดหรือสูตรยา (เพชรวรรณ พึ่งวิศมี และ วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์ 2542)

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า การรักษาวัดโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ เป็นการรักษาวัดโรคแบบมีผู้สังเกตการกลืนยา หรือให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าผู้สังเกต ตลอดการรักษา เป็นวิธีการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบและรักษาหายขาด เป็นการลดปัญหาผู้ป่วยขาดยาก่อนกำหนด หรือผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจทำให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากการศึกษาเรื่องการดื้อยาด้านวัณโรคของเชื้อวัณโรคของ ควาแบน ซี (Kuaban C et al, 2000) โดยเก็บตัวอย่างเสมหะผู้ป่วยวัณโรคที่ทำการรักษาช่วง 2 เดือนแรก ของการกินยาก่อนที่จะนำกลยุทธ์ DOTS ไปใช้จำนวน 615 รายที่รักษาในโรงพยาบาลอำเภอ 15 แห่งของจังหวัดทางตะวันตกของประเทศแคเมอรูน โดยการนำเสมหะเหล่านั้นไปเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคเจริญ 566 ตัวอย่าง นำตัวอย่างนี้ไปทดสอบยาด้านวัณโรค พบว่า ร้อยละ 26.9 ของเชื้อที่เลี้ยงขึ้น ดื้อยา หนึ่งหรือสองขนาน ทั้งนี้ เชื้อดื้อยา Isoniazid ร้อยละ 12.1 streptomycin ร้อยละ 11.7 ethambutal ร้อยละ 2.5 และดื้อยา rifampicin ร้อยละ 2.1

การที่เชื้อวัณโรคดื้อยา ทั้ง ไอโซไนอะไซด์(isoniazid) และ ริแฟมพิซิน (rifampicin) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-Resistant TB หรือ MDR TB) ทำให้วัณโรครักษายากหรือรักษาไม่หาย นิรัช หุ่นดี, สายัณห์ แก้วเกตุและยุทธิชัย เกษตรเจริญ (2540) กล่าวว่า "ผู้ป่วยใหม่เสมหะบวก 1 ราย ใช้ยา 2HRZE/4HR (Z = Pyrazinamide, E = Ethambutol) ในช่วงเวลารักษา 6 เดือน ต้องใช้ยามูลค่าประมาณกว่า 2,500 บาท ขณะที่ผู้ป่วย MDR TB ต้องหันไปใช้ ยาสำรอง(reserved drugs) ที่มีราคาแพง และต้องใช้เวลาในการรักษานานถึง 24 เดือน หรือมากกว่า" นอกจากนี้มีการศึกษา เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาวัดโรค ในเมืองเดนเวอร์ สหรัฐอเมริกา พบว่าหากผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคที่ดื้อยาหลายขนาน จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษา มากกว่า 200,000 ดอลลาร์ สหรัฐ ต่อการรักษาผู้ป่วย 1 ราย (Iseman, Cohn, and Sbarbaro, 1993) จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นว่าหากเชื้อวัณโรค ดื้อยาหลายขนาน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาหรืออาจจะไม่มียารักษาวัณโรคให้หายได้ ถ้าเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานติดต่อไปยังผู้อื่นนั้นหมายความว่ามหันตภัยกำลังเกิดขึ้นกับมนุษยโลก

สถานการณ์ DOTS ในต่างประเทศ

การรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะนำมาใช้รักษา ควบคุม ป้องกันวัณโรค ไม่ให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายไปสู่บุคคล และชุมชน และไม่ให้เกิดการดื้อยาของเชื้อวัณโรค อันจะส่งผลให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น และสูญเสียด้านเศรษฐกิจที่จะต้องใช้จ่ายที่มีราคาแพงรักษา ตัวอย่างการทำการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ ที่ได้ผลคือ

เอล-ซาดร์ เมดาร์ด และบาร์ทวด (El-Sadr, Medard and Barthaud, 1996) ได้ศึกษาผลการดำเนินงานการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) โครงการของโรงพยาบาล ฮาร์เลม นิวยอร์ก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้การรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) ปี พ.ศ. 2536 โดยการจัดตั้งทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย ผู้จัดการโครงการ ผู้อำนวยการรักษา เจ้าหน้าที่ส่งเคราะห์ โรงพยาบาล นักศึกษา และทีมผู้รักษานอกสถานที่ จำนวน 5 คน ทีมงานที่ตั้งขึ้นเป็นผู้ที่ชำนาญการในการดำเนินงานในชุมชน มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี (HIV) และมีข้อผูกมัดที่จะดำเนินงานควบคุมวัณโรค ได้รับการอบรมเรื่องการจัดการเกี่ยวกับโรควัณโรค ผลกระทบของเชื้อ เอช ไอ วี (HIV) ต่อ วัณโรค เทคนิคการปฏิบัติงานนอกสถานที่ การเก็บความลับ ทักษะการสื่อสาร ผลการรักษาตามโครงการดังกล่าว พบว่าการรักษาผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 95 ราย รักษาครบ 84 ราย (ร้อยละ 88.42) รักษาไม่ครบ 11 ราย (ร้อยละ 11.57) ในจำนวนที่รักษาไม่ครบ นั้น ตาย 10 ราย สูญหาย 1 ราย

ส่วน วิลกินสัน และเดวีส์ (Wilkinson and Davies, 1996) ได้ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบโครงการการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ ในแอฟริกาใต้ โดยทำการตรวจสอบผู้ป่วยในโครงการ ๕ ของ สาธารณสุขอำเภอฮลาบิซา ควาซูลู/นาทอล ประเทศแอฟริกาใต้ (Hlabisa Health District, KwaZulu/Natal) ระหว่าง พ.ศ. 2534 - 2537 ตามโครงการนี้ ผู้ป่วยจะรับยาแล้วนำมาไปให้ผู้ดูแลกำกับ ผู้ป่วยจะไปกินยาต่อหน้าผู้ดูแลกำกับ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้ดูแลกำกับจะเป็นผู้ถือบัตรรักษา (treatment card) และรวบรวมข้อมูลการกินยา และมีผู้นิเทศติดตามตามผู้ดูแลกำกับ ทุก 1 เดือน หากผู้นิเทศพบว่าผู้ป่วยขาดยา ผู้นิเทศจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน เพื่อติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาให้ครบ ผู้สังเกตการณ์ประกอบด้วย ทีมพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนขายของในร้านค้าในชุมชน คนสอนศาสนา เจ้าของบริษัท ครู หัว

หน้าหมู่บ้าน ผู้ป่วย ร้อยละ 55 ดูแลกำกับโดยอาสาสมัครที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 45 ดูแลกำกับโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยส่วนมากยอมรับที่จะให้ได้รับการดูแลกำกับโดยร้านขายยาของในชุมชน ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาครบถึง ร้อยละ 85

ในประเทศจีน เมื่อทำการรักษาแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับแล้ว พบอัตราการรักษาหาย สูงถึง 89.7 % ในผู้ป่วยใหม่ (China Tuberculosis Control Collaboration, 1996) การดำเนินการในประเทศจีน ให้นมอเห่าเป่ล่าเป็นผู้เอายาไปให้ผู้ป่วยวันโรคกินถึงบ้านทุกวันและเป็นผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วยด้วย ทีมตรวจการจากศูนย์วัณโรคมณฑล (County Tuberculosis Center) ที่รับผิดชอบแต่ละคอมมูน จะออกติดตามผู้ป่วยและนมอเห่าเป่ล่า ที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้าน (Li-xing Zhang, Guan-quiring Kan and Chang-wen Liu, 1989)

สถานการณ์ DOTS ในประเทศไทย

ในปี 2535 นัดดา ศรียากัย (ที่ปรึกษาเรื่องวัณโรคขององค์การอนามัยโลก) ได้เสนอแนวคิด DOT สำหรับประเทศไทยให้ศูนย์วัณโรคเขตต่าง ๆ ทดสอบความเป็นไปได้ในการทำ DOT โดยสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากเห็นว่าการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นมีความเป็นไปได้น้อย (นัดดา ศรียากัย อ้างในเพชรวรรณ พึ่งวิเศษ และวีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์, 2542)

ยุทธิชัย เกษตรเจริญ และคณะ(2538) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรักษาด้วยวิธี DOT โดยสมาชิกในครอบครัวกับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นโดยให้ผู้ป่วยบริหารยาเองตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2535 พบว่าการรักษาด้วยวิธี DOT โดยสมาชิกในครอบครัวทำให้อัตราการรักษาครบเพิ่มขึ้น ขณะที่อัตราการขาดยาลดลงมาก

ประวิทย์ เอี่ยมวิถีนิช และบุญเที่ยง พันธุ์สิวกานต์ (2541) ได้ศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบควบคุมกำกับกับการกินยาโดยสมาชิกครอบครัวของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ในปี 2539 พบว่า ผู้ป่วยที่มีการทำ DOT โดยสมาชิกครอบครัวมีอัตราการขาดรักษาสูงถึง ร้อยละ 35.0 ที่เป็นเช่นนั้นเพราะว่าเจ้าหน้าที่ขาดการติดตาม และตรวจสอบในพื้นที่ ซึ่งคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลห้วยยอด ใช้วิธีการ

ตรวจ check list ใน DOTS card นับเม็ดยาที่เหลือ และสอบถามสี่ของบัสสาวะ ในขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิก แต่ไม่ได้ไปติดตามตรวจสอบในชุมชน

สมศักดิ์ อรรถศิลป์ (2540) ได้ศึกษาผู้ป่วยวัณโรค ช่วง ตุลาคม 2539 – มกราคม 2540 จำนวน 292 ราย พบว่า ร้อยละ 88 เป็นผู้ป่วยที่มีญาติเป็นผู้เลี้ยงดูแลงำกับการกินยา พบอัตรารักษาหาย ร้อยละ 88.2 ส่วนผู้ป่วยอีกร้อยละ 22 เป็นผู้ป่วยที่กินยาเอง พบอัตรารักษาหาย ร้อยละ 56.8

กาญจน์สิริ เสรีรัตนนคร และคณะ(2540) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลงำกับ(27 ราย) และผู้ป่วยที่กินยาเอง (18 ราย) พบว่าอัตราการรักษาหายขาดไม่มีความแตกต่างกันทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 ได้รับการติดตามแบบไม่แจ้งล่วงหน้า (Surprise visit) ทุกราย ระยะ 1 – 2 เดือนแรก ติดตามทุกราย ระยะ 3 เดือนขึ้นไป ติดตาม 1 – 3 ครั้ง ผลของการรักษาหายที่ไม่แตกต่างกันอาจเป็นไปได้ว่า เป็นผลมาจากการเยี่ยมติดตามของคณะผู้ศึกษา จึงทำให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ

เดชา เจริญมิตร และธีรวัฒน์ วลัยเสถียร(2541) ได้ศึกษาผู้ป่วยวัณโรคที่ทำการรักษาแบบ DOT จำนวน 21 ราย ของ 2 อำเภอในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า อัตราการรักษาหายขาด สูงถึงร้อยละ 94.7และผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 76.19 ดูแลงำกับการกินยาโดยสมาชิกในครอบครัว

แนวทางการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลงำกับ(DOTS)ในประเทศไทย

การรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลงำกับ จะต้องคำนึงถึงปัจจัย 2 ประการ คือ สามารถตรวจสอบได้ (accountability) คือต้องมีหลักฐานที่สามารถตรวจสอบได้ว่าการสั่งเกตการกินยา ผู้ป่วยได้กินยาตามแพทย์สั่งจริง และสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (accessibility) เมื่อคำนึงถึงปัจจัย 2 ประการนี้ การรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดูแลงำกับ ที่ระดับสถานีนามัยจึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด เพราะเป็นข้าราชการสามารถตรวจสอบได้ และสถานีนามัยมีกระจายอยู่ในชุมชนซึ่งมีสัดส่วนที่มากพอทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก

นิรช หุ่นดี, สายัณห์ แก้วเกตุและยุทธิชัย เกษตรเจริญ (2540) ได้เสนอแนะวิธีการปฏิบัติในเรื่องการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับสำหรับประเทศไทยไว้ ดังนี้

1. การทำการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ DOTS โดยโรงพยาบาล ผู้ป่วยวัณโรคที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการรักษาแบบมีผู้สังเกตการกินยา(DOT) ที่โรงพยาบาล คือ

1.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการต่าง ๆ มาก เช่น ไอ เป็นเลือดจำนวนมาก หอบเหนื่อยจากภาวะที่ปอดถูกทำลายมาก มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด อ่อนเพลีย หรือมีโรคอื่น ๆ ที่มีข้อบ่งชี้ต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาล

1.2 ผู้ป่วยเป็นเจ้าของหน้าของโรงพยาบาลเอง เช่น แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ

1.3 ผู้ป่วยที่พักอาศัยใกล้โรงพยาบาล

2. การทำ DOT โดยสถานื่อนามัย แนวทางการบริหารจัดการระหว่างสถานื่อนามัยและโรงพยาบาลในการทำการรักษาแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ

2.1 บทบาทของโรงพยาบาล

2.1.1 วินิจฉัย รักษา เลือกสูตรยา

2.1.2 ตรวจสอบเพื่อติดตามผลการรักษา

2.1.3 จัดยาใส่ซอง (Drug Packet) สำหรับผู้ป่วยรับประทานวันละซอง

2.1.4 ทำบัตรให้การรักษา (treatment card) เก็บไว้ที่โรงพยาบาล และสำเนาให้ผู้ป่วยนำไปให้เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยพร้อมกับยา

2.1.5 มีระบบการแจ้งไปยังสถานื่อนามัยอย่างรวดเร็ว เช่นวิทยุ หรือโทรศัพท์

2.1.6 แก้ปัญหาการแพ้ยาของผู้ป่วย

2.2 บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

จัดให้มีผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ(District Tuberculosis Coordinator หรือ DTC) มีบทบาทในการนิเทศ การรายงาน ประเมินผล ตรวจสอบดูแลการดำเนินการ DOTS ในสถานื่อนามัย

2.3 บทบาทของสถานื่อนามัย

2.3.1 เก็บยารักษาวัณโรคไว้ที่สถานื่อนามัย

2.3.2 ทำ check list บนสำเนา treatment card ที่ส่งมาจากโรงพยาบาล

2.3.3 เฝ้าระวังการแพ้ยา ให้คำแนะนำที่เหมาะสม

2.3.4 ส่งผู้ป่วยให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามนัด

2.3.5 ติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา

2.3.6 กรณีวันหยุดราชการ จ่ายยาแก่ผู้ป่วยตามจำนวนวันหยุด

2.3.7 ถ้าผู้ป่วยเลือกสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สังเกตการกินยา เจ้าหน้าที่

ที่สถานีนอนามัยจะต้องเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละครั้ง ใน 2 เดือนแรก และทุก 1 เดือน ในเดือนที่ 3 ขึ้นไป

3. การทำการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ โดยศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน บทบาทของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

3.1 เก็บรักษายาวัณโรคผู้ป่วยไว้ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน

3.2 ทำ check list

3.3 เฝ้าระวังการแพ้ยา ให้คำแนะนำที่เหมาะสม

3.4 ส่งผู้ป่วยไปรับยาตามนัดที่โรงพยาบาล

3.5 ติดตามผู้ป่วยทันทีที่ขาดยา

3.6 อาจเอายาไปให้ผู้ป่วยถึงบ้านทุกวันถ้าบ้านผู้ป่วยไม่ไกลจาก ศูนย์ฯ

4. การทำการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ โดยสมาชิกในครอบครัว เป็นแนวทางสุดท้ายที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ เพราะว่าสมาชิกในครอบครัวจะมีความเชื่อถือน้อยกว่าบุคลากรสาธารณสุข หรืออาสาสมัคร แต่การทำการรักษาแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ โดยสมาชิกในครอบครัวจะต้องมีการประสานงานกันระหว่างโรงพยาบาล สถานีนอนามัย และสมาชิกในครอบครัวผู้ที่จะเป็นผู้สังเกตการกินยา อย่างใกล้ชิดจึงจะทำให้การรักษาแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ มีประสิทธิภาพ

ประเทศไทยได้กำหนดพื้นที่สาธิต การดำเนินงาน DOTS ในพื้นที่ศูนย์วัณโรคเขต ทั้ง 12 เขต เขตละ 2 อำเภอ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมาโดยเริ่มดำเนินการพัฒนาบุคลากรและจัดระบบองค์กร

การพัฒนาบุคลากร ได้ฝึกอบรมบุคลากรในระดับต่าง ๆ ดังนี้

วิทยากรสำหรับฝึกอบรมบุคลากรอื่น (หลักสูตร 5 วัน)

แพทย์และเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรง

พยาบาลชุมชน (หลักสูตร 2 วัน)

เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร (หลักสูตร 5 วัน, ตั้งแต่ปี 2541 เหลือ 3 วัน)

ผู้ประสานงานวัณโรคระดับเขต (Regional Tuberculosis Co-ordinator, RTC) จากกองวัณโรค หรือสำนักงานโรคติดต่อเขต หรือศูนย์วัณโรคเขต, ผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัด (Provincial Tuberculosis Co-ordinator, PTC) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, ผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ (District Tuberculosis Co-ordinator, DTC) จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (หลักสูตร 5 วัน)

เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (หลักสูตร 1 วัน)

อาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครในชุมชนบางพื้นที่

ข้อสรุปจากการจัดอบรมบุคลากรในระดับต่าง ๆ

1. การจัดอบรมบุคลากรในระดับต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาการอบรมหลายครั้ง เนื้อหาที่แตกต่างกันในการอบรมในรุ่นต่าง ๆ กัน ทำให้เกิดความสับสนและไม่สอดคล้องกันทั้งในกลุ่มวิทยากรและผู้เข้าอบรม

2. รูปแบบการฝึกอบรมมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในลักษณะของ บทเรียนที่เป็นเนื้อหา คำถามท้ายบท การฝึกหัดปฏิบัติ การแสดงบทบาทสมมติ มีวิทยากรกลุ่มเป็นผู้สรุปเนื้อหา และช่วยการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลของกลุ่ม การสรุป และการช่วยการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับวิทยากรกลุ่ม ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทำให้เป็นสาเหตุหนึ่งของความแตกต่างของความรู้หลังการอบรมของผู้เข้าอบรม

3. การฝึกอบรมไม่ครอบคลุมพื้นที่ การอบรมแพทย์และเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคสามารถครอบคลุมเฉพาะพื้นที่สาธิตเท่านั้น

4. บุคลากรขาดความสนใจเข้ารับการฝึกอบรม มีปัญหาการไม่เข้าฝึกอบรม หรือฝึกอบรมไม่ตลอดหลักสูตร โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์

5. ผลกระทบจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศหลังประกาศให้ค่าเงินบาทลอยตัว เมื่อเดือนกรกฎาคม 2540 มีผลกระทบคือ การเลื่อนการฝึกอบรมตามมติคณะรัฐมนตรี และการตัดทอนจำนวนวันการฝึกอบรมลงเนื่องจากงบประมาณที่ได้รับลดลงมาก

การจัดองค์กร กำหนดตำแหน่งผู้ประสานงานวัณโรคระดับต่าง ๆ คือ

ผู้ประสานงานวัณโรคระดับเขต (Regional Tuberculosis Co-ordinator, RTC)

เป็นเจ้าของหน้าที่จากสำนักงานโรคติดต่อเขต หรือศูนย์วัณโรคเขต มีบทบาทร่วมกับส่วนกลางในการฝึกอบรมบุคลากรระดับจังหวัดและอำเภอ นิเทศงาน สสจ. และสสอ. ควบคุมคุณภาพ งานชั้นสูง รวบรวมรายงานจาก สสจ. ส่งให้กองวัณโรค

ผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัด (Provincial Tuberculosis Co-ordinator, PTC) เป็นเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีบทบาทคัดเลือกพื้นที่อำเภอ สาธิตทำ DOTS ร่วมกับส่วนกลางและสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต (สคต.) ฝึกอบรมบุคลากรระดับอำเภอ นิเทศงาน สสอ. รวบรวมรายงานจาก สสอ. ส่ง สคต.

ผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ (District Tuberculosis Co-ordinator, DTC) เป็นเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) รับผิดชอบทะเบียนวัณโรคระดับอำเภอ นิเทศงานสถานีอนามัยทุกแห่ง ประสานงานระหว่างคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลและสถานีอนามัย "เยี่ยมและให้คำแนะนำ ผู้สังเกตการณ์" ทำรายงานรอบ 4 เดือนส่ง สสจ. (กระทรวงสาธารณสุข 2541, เพชรวรรณ พึ่งรัศมี และวีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์, 2542)

สรุปการรักษาแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ DOTS เป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุดในปัจจุบันที่จะนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค เพราะเป็นกลยุทธ์ที่สามารถทราบว่าผู้ป่วยได้กินยาครบจริงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ ได้รับการรักษาหายขาด จึงเป็นเรื่องจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องรีบดำเนินการให้ครอบคลุมผู้ป่วยวัณโรคให้มากที่สุด หากไม่ดำเนินการอาจต้องเผชิญกับปัญหาเชื้อวัณโรคคือยาหลายขนาน (MDR TB) ซึ่งเป็นมหันตภัยร้ายแรงที่ยากแก่การแก้ไข จะเห็นได้ว่ามีแนวทางในการนำการรักษาแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ หลายแนวทางที่สามารถนำมาใช้ในประเทศไทย การนำไปใช้ควรใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่และสภาพของชุมชน สิ่งที่จะต้องพิจารณาคือ สามารถตรวจสอบได้ (accountability) และสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (accessibility)

แนวคิดการมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปลอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ

ความหมายและลักษณะของการมีส่วนร่วม

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดจากปัญหาความล้มเหลวในการดำเนินงานพัฒนาในอดีต ซึ่งให้ความสำคัญกับบทบาทของคนนอกชุมชน ละเลยศักยภาพและความสามารถของคนในชุมชน ซึ่งเป็นผู้รู้ปัญหาและความต้องการของชุมชน ในปัจจุบันได้การพัฒนา

ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนมักให้ความสำคัญในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อให้เกิดความยั่งยืน จนในที่สุดชุมชนสามารถค้นหาปัญหาและความต้องการของตนเองได้ และสามารถกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชนเองได้ ทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพด้วย มีผู้รู้ทั้งหลายได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้มากมาย แตกต่างกันไปดังนี้

โฟนารอฟฟ์ (Fonaroff, 1983) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าเป็นกระบวนการที่มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง (Dynamic Process) ซึ่งอาจรวมไว้ซึ่งชนิดของการมีส่วนร่วม หนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งชนิด คือ การวางแผน ตัดสินใจดำเนินการ (การมีส่วนร่วมในเชิงองค์กร และการบริหารจัดการซึ่งเกี่ยวข้องกับทรัพยากรด้านแรงงาน วัสดุ สิ่งของ เงินและการนิเทศงาน) การใช้ประโยชน์จากโครงการ และการมีส่วนร่วมได้รับประโยชน์ ด้านสังคม วัสดุ และบุคลากร จากโครงการ การมองกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนควรมองควรมองในลักษณะของกิจกรรมที่ต่อเนื่องตลอดช่วงเวลา การมองลักษณะเช่นนี้จะไม่ก่อให้เกิดการแยกเอาการมีส่วนร่วมในการวางแผนในขั้นตอนแรกเริ่มของ กิจกรรมออกจาก การวางแผนในขั้นตอนแรกเริ่มของกิจกรรม ออกจากการวางแผนที่เกิดขึ้นภายหลัง อันหมายถึง กิจกรรมประเมิณผล นอกจากนั้นในเรื่องของการมีส่วนร่วมในประโยชน์ของกิจกรรม จะขึ้นอยู่กับ การกำหนดที่จะให้ใครร่วมในเรื่องอะไร ในขั้นตอนไหน และร่วมอย่างไร ชุมชนในความหมายของโฟนารอฟฟ์นั้นไม่ได้ถูกกำหนดด้วยอาณาเขตทางภูมิศาสตร์เท่านั้น แต่ชุมชนอาจกำหนดบนพื้นฐานของกลุ่มศาสนา กลุ่ม เครือญาติ หรืออาชีพ การอธิบายความหมายว่าชุมชนเป็นกลุ่ม เป็นสิ่งที่ยากที่จะกำหนดลงไปตายตัว

กรรณิการ์ ชมดี (2524) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า คือความร่วมมือของประชาชนไม่ว่าของปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกัน และเข้าร่วมรับผิดชอบเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านองค์การ เพื่อให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

เสนห์ จามริกและคณะ (2524) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชาวชนบทว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่าย และยังอาจเป็นการปูพื้นฐานความมั่นคงสำหรับวิวัฒนาการไปสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่นได้ในบั้นปลาย และได้กล่าวถึงจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เริ่มต้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละคน มีประโยชน์

เกี่ยวข้องและสนใจเป็นเรื่อง ๆ ไป ข้อสำคัญกิจกรรมเหล่านั้นต้องสัมพันธ์กับความต้องการและปัญหาของชุมชน

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม พิจารณาตัดสินใจ รวมปฏิบัติ และร่วมมือรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบมาถึงประชาชนเอง และการที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นนั้นจำเป็นที่จะต้องยอมรับปรัชญาที่ว่ามนุษย์ทุกคนต่างปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างมีความสุข และได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของกลุ่ม ขณะเดียวกันจะต้องยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจว่ามนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาสและการชี้ทางที่ถูกต้อง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) ให้ความหมายและหลักการสำคัญเรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาว่า การมีส่วนร่วมหมายถึงกระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้กับประชาชนทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มชน ชุมชน สมาคม มูลนิธิ และองการอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องรวมกัน และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา คือ การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง ในการจัดการและควบคุมการใช้ การกระจายทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกของสังคม ในการมีส่วนร่วมนี้จะได้มีการพัฒนาความรู้ และภูมิปัญญาซึ่งแสดงออกในรูปการตัดสินใจในการดำเนินวิถีชีวิตของตนอย่างเป็นตัวของตัวเอง

สุจินต์ ดาววีระกุล (2527) กล่าวถึงความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นกระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลง เพื่อตัวประชาชนเอง โดยประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเองและมีส่วนดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ดังที่ปรารถนาหรือตั้งไว้ ทั้งนี้ต้องมีใช่เป็นการกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

จากความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ผู้รู้ต่าง ๆ ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบมีพีเลี้ยงดูแลกำกับควร จะหมายถึง เป็นกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบมีพีเลี้ยงดูแลกำกับ โดยเริ่มคิดพิจารณาตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับชุมชน ร่วม ปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาลุบลพรรคที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

จากการศึกษาขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชน ของนักวิชาการในประเทศ ไทย(กัญญา ศุภจรรยา, 2527 ; เจริญศักดิ์ ปิ่นทอง, 2526 ; ไพรัตน์ เดชะรินทร์, 2527) พงจะ สรุปขั้นตอนของการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นการวางแผน ขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุด ในกิจกรรมการ วางแผนจะประกอบด้วย การกำหนดรูปแบบและหน้าที่ของคณะกรรมการหรือองค์กร การคัดเลือกคณะกรรมการ การมีส่วนร่วมคิด ร่วมประชุมปรึกษาหารือ ค้นหาปัญหาและสาเหตุของ ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การร่วมตัดสินใจเลือกปัญหาที่จะแก้ไขตามลำดับ ก่อนหลัง การแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา และสนอง ความต้องการของชุมชน ตลอดจนการร่วมตัดสินใจ การใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์ สูงสุดต่อส่วนรวม

2. ขั้นการดำเนินงานตามแผน คือ การเข้าร่วมในกิจกรรมตามแผนงานที่วางไว้ อาจแบ่งได้เป็น 2 กรณี คือการลงทุน สนับสนุนทรัพยากร เงินทอง และการร่วมปฏิบัติงาน

3. ขั้นปฏิบัติงานด้วยตนเอง จะทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจถึงปัญหาการดำเนิน กิจกรรมอย่างใกล้ชิด และเมื่อเห็นประโยชน์ก็จะสามารถดำเนินกิจกรรมนั้นด้วยตนเองต่อไปได้ แม้จะขาดผู้แนะนำก็ตาม

4. ขั้นประเมินผล คือการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดอาจ แบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมประเมินผลโครงการที่รับผิดชอบโดย หน่วยงานของรัฐ หรือการให้ประชาชนมีส่วนร่วมประเมินผลในกิจกรรมดำเนินการโดยประชาชน เองแล้ว ประเมินผลเอง หรือให้กลุ่มอื่นมาร่วมประเมินผลด้วยก็ได้

เดชลอร์ และวิลเพิร์ต (Dachler and Wilpert อ้างใน สุนันทา นิลเพชร, 2539) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะการมีส่วนร่วม คือการทำความเข้าใจกับกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นจะต้องพิจารณา (1) การมีส่วนร่วมนั้นอยู่ในขั้นตอนใด (2) ใครบ้างที่เข้าร่วม และ (3) การมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร มีรายละเอียดดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้น ต้องมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ

ดังนี้

1.1 การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้

ปัญหา

1.2 ร่วมดำเนินการในกิจกรรมการพัฒนา

1.3 ร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา

1.4 ร่วมประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

2. องค์ประกอบการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนอาจเป็น ผู้นำหรือชาวบ้านทั่วไป เจ้าหน้าที่ของทางราชการ และเอกชน

3. การจำแนกของการมีส่วนร่วม เช่น การพิจารณาว่าจุดเริ่มของโครงการมาจากคนนอก คือข้าราชการ นักพัฒนา หรือคนในชุมชน เช่น ผู้นำหรือเกิดจากปัญหาและความต้องการ หรือไม่เป็นทางการเป็นแบบชาวบ้าน และเข้าร่วมด้วยความสนใจ ความเห็นใจ หรือเพราะความเกรงใจ

ระดับของการมีส่วนร่วม

อานสเทน (Arnstien อ้างใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528) ได้กล่าวถึงระดับของการมีส่วนร่วมไว้ 8 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ประชาชนเป็นผู้รับคำสั่ง

ระดับที่ 2 ประชาชนเป็นผู้รับบริการ

ระดับที่ 3 ประชาชนได้รับการบอกเล่า

ระดับที่ 4 ประชาชนได้รับการปรึกษาหารือ

ระดับที่ 5 ประชาชนได้เข้าร่วมบางส่วนในโครงการ

- ระดับที่ 6 ประชาชนและรัฐมีส่วนร่วมเท่า ๆ กัน
- ระดับที่ 7 ประชาชนมีส่วนควบคุมบางส่วน
- ระดับที่ 8 ประชาชนควบคุมเองทั้งหมด

ในระดับที่ 1 - 2 ประชาชนไม่ส่วนร่วมเลย ระดับที่ 3 - 5 ประชาชนมีส่วนร่วมปานกลาง ระดับที่ 6 - 8 อำนาจอยู่ที่ประชาชน ระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมคือ ระดับที่ 8 เป็นระดับที่ประชาชนมีส่วนสำคัญในการพัฒนา ตั้งแต่การค้นหาปัญหา ตัดสินใจแก้ปัญหา รวมทั้งควบคุมดูแลให้เป็นไปตามที่ชุมชนตัดสินใจ ระดับของการมีส่วนร่วมจะลดต่ำลงมาเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงระดับที่ 1 ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการควบคุมหรือตัดสินใจเลย เพียงแต่เป็นผู้ที่รอรับคำสั่งว่า เจ้าหน้าที่ของรัฐจะมาสั่งให้ดำเนินการอย่างไรในชุมชน

สรุป ความหมาย ขึ้นตอน และระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือประชาชนที่นักคิด นักทฤษฎีได้กล่าวถึง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจากทฤษฎีดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีพีเสียงดูแลกำกับ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมคิดในการหารูปแบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบมีพีเสียงดูแลกำกับ
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบมีพีเสียงดูแลกำกับ
3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามกิจกรรมการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบมีพีเสียงดูแลกำกับ
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบมีพีเสียงดูแลกำกับ แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นระเบียบวิธี (methodology) ในการผลิตองค์ความรู้ที่เป็นระบบ มีการวิจัยและพัฒนาไปพร้อม ๆ กัน ตั้งอยู่บนพื้นฐานของบทบาทของประชาชนในการวิจัย ประชาชนมีส่วนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการควบคุมการนำผลของการวิจัยไปใช้ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม อาจจะใช้ข้อมูลทั้งเชิง

ประมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ (ชาลี จันทการบัณฑิต และกมลภรณ์ เสราดี, 2536, Perter Reason, 1994) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีปรัชญาความเชื่อดังนี้

ลักษณะการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

1. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นขบวนการที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นกระบวนการในการดำเนินชีวิต (dynamic and organic process) และเริ่มต้นจากสภาพจริงในปัจจุบัน (reality) ว่าปัญหาในปัจจุบันคืออะไร มีวิวัฒนาการจาก สภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ภาษา วัฒนธรรมหรือความเชื่อมาอย่างไร และมุ่งไปถึงจุดที่ควรจะเป็นได้ในอนาคตซึ่งไม่สามารถจะทำนายได้ (what could be) ดังนั้นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม จะมีลักษณะต่อไปนี้ คือ

1.1 มีความคล่องตัว และดัดแปลงง่าย (flexible and adaptive)

1.2 ไม่สามารถกำหนดเวลาได้ (time frame)

1.3 ไม่สามารถ และไม่ควรกำหนดกิจกรรมล่วงหน้าได้

2. ในกระบวนการนี้ การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเชื่อว่า

2.1 ผู้ด้อยโอกาสมีความสามารถที่จะคิดและทำงานร่วมกันเป็นทีมได้

2.2 ความรู้ ความชำนาญ และทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งในปัจจุบันและที่จะหามาได้ในอนาคต ต้องได้รับการจัดสรรอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีโครงสร้างการกำกับและควบคุมที่แน่นอน

3. การวิจัยแบบมีส่วนร่วม จะต้องเริ่มจากคนรู้สึกอย่างไรต่อปัญหา ไปสู่การคิด (think) ความเข้าใจ (understanding) การกระทำ (action) ซึ่งจะยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (transformation) ทั้งในตัวเองและชุมชน ทั้งในมิติทางด้านปัญญา จิตใจ และในมิติกายภาพ สิ่งแวดล้อม

4. ขบวนการของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ที่ประกอบด้วยกระบวนการแสวงหาความรู้ และการกระทำจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และไม่สิ้นสุดในหนึ่งวงจร (cycle) เท่านั้น ขบวนการนี้ต้องดำเนินต่อไปตราบเท่าที่ผู้ด้อยโอกาสยังสามารถรวมกลุ่มกันได้

5. ภูมิปัญญาชาวบ้าน (people knowledge, popular knowledge, indigenous knowledge) มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภูมิปัญญาของนักวิชาการ หรือนักพัฒนา (สม อาจ วงษ์ขมทอง, 2536)

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นการพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานที่ว่า นักวิจัย นักพัฒนา และชาวบ้านทำการวิจัยร่วมกัน โดยมีการแสวงหาข้อเท็จจริงในชุมชน และแสวงหาทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยชาวบ้านเป็นผู้ให้ข้อมูล มีการปฏิบัติการ (action) ที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งทุกอย่างเกิดขึ้นในชุมชน โดยชุมชน เพื่อปัญหาของชุมชนเอง เป็นการแสวงหาข้อมูลอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ และเป็นระบบเป็นส่วนสำคัญที่สุด และมีนักวิจัยเป็นผู้จุดประกายให้เกิดกระบวนการต่าง ๆ ขึ้น ผลที่เกิดขึ้นจะได้กับชุมชน ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากระบวนการของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมจะประกอบด้วย

1. มีผู้กระตุ้น คือนักวิจัย
2. มีกลุ่มชุมชนเป็นผู้ร่วมวิจัย
3. มีกิจกรรมที่ดำเนินในชุมชนนั้น ๆ
4. มีการรวมกลุ่มทำงาน
5. มีการแสวงหาข้อเท็จจริง (investigative research)
6. มีกิจกรรมสำหรับแก้ปัญหาที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องเกิดในชุมชน
7. ยอมรับแนวคิดที่ว่าแต่ละคนมีแนวคิดประสบการณ์ของตนเอง รู้ว่าจุดไหนดี จุดไหนไม่ดี ปัญหาจึงอยู่ที่จะทำอย่างไรให้คนในชุมชนลุกขึ้นมาแก้ปัญหาเองได้
8. ใช้เทคนิคควบคุมคุณภาพ ว่าการปฏิบัตินั้นเกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงใด
9. กระตุ้นส่งเสริมให้คนสนใจกิจกรรมดังกล่าว
10. ใช้เทคนิคทางพฤติกรรมศาสตร์ คือ การส่งเสริม การร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาในชุมชนนั้นได้อย่างมีพลัง และต่อเนื่อง

รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเท่าที่มีปรากฏและใช้กันอยู่สามารถแบ่งตามลักษณะของการดำเนินการวิจัยได้เป็น 3 แบบ (Holter & Schwartz-barcott, 1993 อ้างใน พิกุล นันทชัย พันธุ์, 2539)

1. ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้น

สามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ มักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (deductive approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหามาก่อนแล้ว ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลง หรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้น ๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (predictive knowledge)

2. การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual Collaboration Approach) โดยมีปรัชญาพื้นฐานมาจาก Historical-hermeneutic ในลักษณะนี้ ผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้าง ๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จะร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (possible interventions) มักเป็นการใช้วิธีการอุปมาน (inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้รับคือทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จะเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหานั้นและนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่

3. ดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อน ถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement Approach) มีเป้าหมายคือช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหานั้นด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวย ให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิด ถึงสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลหรือองค์กร ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผลของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติ จะได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย (descriptive and predictive knowledge)

เคมมิส และเมคทาจจาร์ท (Kemmis and McTaggart, 1990) ได้เสนอรูปแบบของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ประกอบด้วย การวางแผน(plan) การปฏิบัติและการสังเกต (action and observation) และการสะท้อนการปฏิบัติ(reflection) ปฏิบัติตามวงจรต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานเป็นที่พึงพอใจ ดังภาพประกอบ 1

ได้มีผู้นำรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการไปใช้ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ อยู่หลายเรื่อง เช่น สุตศิริ หิรัญชุนทะ (2541) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สิริลักษณ์ จันทระ (2541) ได้ศึกษาการพัฒนารูป

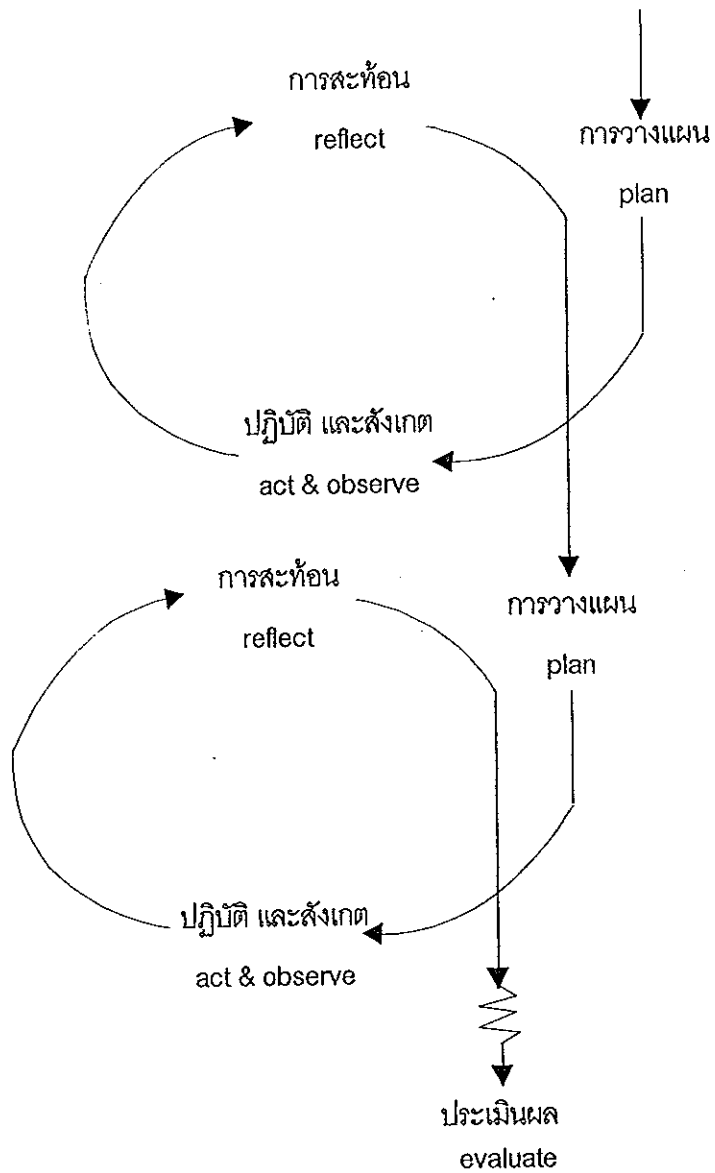
แบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด สิริวรรณ เดียวสุรินทร์ (2542) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และสุดธิดา รัตนสมาน (2542) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การสังเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น การรักษาวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงดูแลกำกับ (DOTS) เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมรักษาวัณโรค ในปัจจุบันมีการนำกลยุทธ์ DOTS ไปใช้ในการรักษาวัณโรคในหลายประเทศ ได้ผลการรักษาหายมากกว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยวัณโรค สำหรับประเทศไทยได้นำกลยุทธ์ DOTS มาใช้ในพื้นที่จริงที่ศูนย์วัณโรคเขต 12 ยะลา ตั้งแต่ปี 2535 โดยให้ญาติเป็นผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย และได้ขยายการดำเนินงานไปยังเขตต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งที่ได้ผลและไม่ได้ผล การที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงดูแลกำกับน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะให้ชุมชนได้มีส่วนในการรับรู้ปัญหาของวัณโรคที่สามารถติดต่อกันได้ง่ายทางลมหายใจ หากไม่มีการป้องกันที่ดี และร่างกายอยู่ในภาวะอ่อนแอ

การวิจัยครั้งนี้จึงได้นำเอาระเบียบวิธีวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มาใช้ในการวิจัย ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นขบวนการที่มีชีวิต และเริ่มต้นจากสภาพจริงในปัจจุบัน ว่าปัญหาในปัจจุบันคืออะไร มีวิวัฒนาการจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ภาษา วัฒนธรรมหรือความเชื่อมาอย่างไร และมุ่งไปถึงจุดที่ควรจะเป็นได้ในอนาคตซึ่งไม่สามารถจะทำนายได้ ลักษณะของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม จะมีความคล่องตัว และดัดแปลงง่าย ไม่สามารถกำหนดเวลาได้ และไม่ควรถูกกำหนดกิจกรรมล่วงหน้า กระบวนการ การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเชื่อว่า ผู้ด้อยโอกาสมีความสามารถที่จะคิดและทำงานร่วมกันเป็นทีมได้ ความรู้ ความชำนาญ และทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งในปัจจุบันและที่จะหามาได้ในอนาคต ต้องได้รับการจัดสรรอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีโครงสร้างการกำกับและควบคุมที่แน่นอน เพื่อให้ทุกฝ่ายในชุมชนร่วมมือกันที่จะรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาด ซึ่งเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ด้วย

ภาพประกอบ 1 วงจรการวิจัยปฏิบัติการ (the action research spiral)



(ดัดแปลงมาจาก Kemmis and McTaggart, 1990 หน้า 11)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการรักษาผู้ป่วยโรคปอดแบบมีไข้เลือดดูแลกำกับ ดำเนินงานในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา มีรายละเอียดวิธีการวิจัยดังนี้

พื้นที่ดำเนินการ และกลุ่มเป้าหมาย

พื้นที่ที่ปฏิบัติงานคือ จังหวัดพะเยา เลือกศึกษาในอำเภอแม่ใจ เพราะเป็นอำเภอที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนมีการประสานงานในการปฏิบัติงานสาธารณสุขเป็นอย่างดี ภายในอำเภอแม่ใจเลือกพื้นที่ตำบลศรีถ้อย (11 หมู่บ้าน) และตำบลบ้านเหล่า (14 หมู่บ้าน) เพราะเป็นหมู่บ้านที่ประชาชนให้ความร่วมมือในการพัฒนา และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน

การรวบรวมกลุ่มผู้ร่วมวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงรวบรวมกลุ่มผู้ร่วมวิจัยร่วมปฏิบัติขั้นตอนของการวิจัยตั้งแต่การวางแผนการปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ และประเมินผล โดยมีรายละเอียดของกลุ่มผู้ร่วมวิจัยดังนี้

ผู้นำชุมชน	9 คน
อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)	13 คน
กลุ่มแม่บ้าน	8 คน
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	8 คน
ผู้ป่วย	10 คน
ญาติผู้ป่วย	10 คน
รวม	58 คน

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ขึ้นทะเบียนรักษากับโรงพยาบาล
แม่ใจ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการตลอดโครงการมีทั้งหมดมี 10 ราย

บทบาทของผู้วิจัย

ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในโครงการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของจังหวัดพะเยา ทำหน้าที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขประจำโครงการฯ มีบทบาทพอสรุปได้ดังนี้

1. ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) ในเรื่องการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ DOTS คือ ร่วมรับรื้อนโยบาย ประสานงานให้มีการกำหนดมาตรฐานการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) ในอำเภอแม่ใจ โดยผู้วิจัยเสนอปัญหาที่ได้จากการประเมินสถานการณ์การรักษาวัณโรคอำเภอแม่ใจต่อที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) แม่ใจ ที่ประชุมรับทราบปัญหาและมอบหมายให้คณะกรรมการวิชาการของ คปสอ. ร่วมกับผู้วิจัยกำหนดมาตรฐานการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ ร่วมประชุมคณะกรรมการพัฒนาวิชาการในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานและปรับปรุงวิธีการดำเนินงานตามมาตรฐาน ฯ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ร่วมประชุมหัวหน้าสถานีอนามัยเพื่อเสนอความก้าวหน้า และรับฟังข้อเสนอแนะต่อโครงการวิจัย ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2541 ถึงพฤษภาคม 2542 ผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าติดตามกิจกรรมในพื้นที่ตลอดโครงการเนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานอยู่ในโครงการปฏิบัติการดูแลสุขภาพจังหวัดพะเยา ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

2. ร่วมพัฒนาความรู้ และการปฏิบัติในเรื่องการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) โดยการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ ร่วมรับฟังผลการประเมินสถานการณ์การรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) ของจังหวัดพะเยาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค จากประเทศญี่ปุ่น ณ ห้องประชุม 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ร่วมประชุมวิชาการวัณโรคของจังหวัดเชียงรายในวันที่ 10 - 12 มีนาคม 2542 และศึกษาดูงานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) ที่อำเภอพาน อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ในวันที่ 28 เมษายน 2542

3. เป็นผู้ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ ทั้งที่ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้านในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) โดยการออก

เยี่ยมผู้ป่วยแนะนำผู้ป่วยในการกินยา สอบถามการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่วิจัย

วิธีการและขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ

จากหลักการในภาพประกอบ 1 (หน้า 27) เมื่อนำไปปฏิบัติได้ใช้หลักการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research = PAR) โดยผู้ร่วมวิจัยคือ ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วย และญาติ ใช้เวลาในการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ พฤษภาคม 2541 - พฤษภาคม 2542 ใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแบบ อาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach) ผู้วิจัยนำองค์ความรู้เรื่อง DOTS และการรักษาวัณโรคที่ต้องมีผู้สังเกตการกินยา (DOT) เป็นเรื่องจำเป็นที่จะควบคุมวัณโรค ให้ผู้ป่วยรักษาหายขาด และไม่ติดต่อไปยังผู้อื่น ไปใช้ในการวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน มีขั้นตอนในการดำเนินการ(ดูภาพประกอบ 2 หน้า 35) ดังนี้

1. การวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยการวิจัยแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัย กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขค้นหาปัญหาวัณโรคในอำเภอแม่ใจ หาข้อสรุปจากปัญหา กำหนดแนวทางในการดำเนินงาน DOTS ในอำเภอแม่ใจ ดำเนินการใน 3 องค์ประกอบของ กลยุทธ์ DOTS คือ 1. มีนโยบายการควบคุมวัณโรคที่ชัดเจนและยั่งยืน 2. การรักษาผู้ป่วยแบบมีผู้สังเกตการกินยา (DOT) 3. การพัฒนาระบบรายงานและการติดตามการดำเนินงาน ดังรายละเอียดวิธีดำเนินงานต่อไปนี้

1.1 ประเมินบริบท วิจัยเอกสาร เยี่ยมสังเกตสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และจัดประชุมผู้รับผิดชอบงานวัณโรคซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจาก โรงพยาบาลทั่วไป 2 คน โรงพยาบาลชุมชน 5 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 คน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน ในวันที่ 18 พฤษภาคม 2541

1.2 ประเมินสถานการณ์วัณโรคของอำเภอแม่ใจ โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค และสังเกตการปฏิบัติจริงของคลินิกวัณโรคและการรักษาผู้ป่วยวัณโรค สัมภาษณ์ผู้ป่วยในหมู่บ้าน ตรวจสอบข้อมูลการควบคุมวัณโรคที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตรวจสอบ

ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.3 ประเมินบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยการประเมินคลินิกวัณโรค สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.4 เสนอผลการประเมินปัญหาวัณโรคต่อที่ประชุม คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

2. การวิจัยร่วมกับชุมชน

ร่วมวิจัยกับชุมชน ผู้ป่วย ญาติ คำนหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการรักษาผู้ป่วยแบบ มีผู้สังเกตการณ์ยา (DOT) ซึ่งผู้วิจัยนำองค์ความรู้เรื่อง DOTS และการรักษาวัณโรคที่ต้องมีผู้สังเกตการณ์ยา (DOT) ซึ่งเป็นเรื่องจำเป็นที่จะควบคุมวัณโรค ให้ผู้ป่วยรักษาหายขาด และไม่ติดต่อไปยังผู้อื่น โดยให้ชุมชน ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย สนับสนุนให้เกิดการหารูปแบบที่เหมาะสม ในการที่จะให้เกิดการทำ DOT ในผู้ป่วยวัณโรค

2.1 จัดสนทนากลุ่ม (focus group discussion) จำนวน 4 ครั้ง เพื่อให้ได้เนื้อหาตามแนวสนทนากลุ่ม (ภาคผนวก ก) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยกำหนดเขตการสนทนากลุ่มดังนี้

เขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลบ้านเหล่า 1 ครั้ง สถานที่สนทนาคือ ศาลาหน้าสถานีอนามัยตำบลบ้านเหล่า ผู้ร่วมสนทนาประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 3 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน รวมผู้ร่วมสนทนา จำนวน 8 คน

เขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านดงอินตา 1 ครั้ง สถานที่สนทนาคือ สถานีอนามัยบ้านดงอินตา ผู้ร่วมสนทนาประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 6 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด 13 คน

เขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลศรีถ้อย 1 ครั้ง สถานที่สนทนาคือ วัดศรีบุญชุม ตำบลศรีถ้อย ผู้ร่วมสนทนาประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 3 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 7 คน

เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ใจ 1 ครั้ง สถานที่สนทนาคือ วัดศรีบุญเรือง ตำบลศรีถ้อย ผู้ร่วมสนทนาประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 3 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 4 คน ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 11 คน

2.2 สัมภาษณ์เจาะลึก (Indepth interview) ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและเพื่อทราบข้อมูลความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัย และหาคำตอบรูปแบบการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ ที่เหมาะสมกับพื้นที่วิจัย ตามแนวการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคปอด (ภาคผนวก ก)

3. ปฏิบัติการและการสังเกต (Action and Observe)

เมื่อได้รูปแบบของการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับเบื้องต้นคือ การให้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วยทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้ง เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย ตรวจสอบจำนวนยาที่เหลือว่าสอดคล้องกับจำนวนวันที่เหลือจนถึงวันนัดตรงกันหรือไม่ จึงดำเนินการดังนี้

3.1 ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามรูปแบบการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับเบื้องต้น และนำเอามาตรฐานการรักษาวัณโรคอำเภอแม่ใจที่ได้กำหนดขึ้นไปใช้ปฏิบัติจริง

3.2 ตรวจสอบการปฏิบัติ ของผู้ร่วมวิจัยทุกฝ่าย ประกอบด้วย อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วย และญาติ และประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค แบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ โดยตรวจสอบการปฏิบัติดังนี้

3.2.1 ตรวจสอบแบบบันทึกการกินยาของผู้ป่วยที่ผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วยทำบันทึกการกินยาของผู้ป่วย (check list) เป็นผู้บันทึก และการบันทึกการตรวจเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข

3.2.2 สัมภาษณ์ผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติของผู้สังเกตการกินยา และการแนะนำผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาตามนัด

3.3.3 ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ช่วยนักวิจัยเข้าติดตามการดำเนินงานในหมู่บ้าน โดยการติดตามผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย เยี่ยมผู้ป่วยสอบถาม

ปีศาจของผู้ป่วย (เป็นวิธีการตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วยวิธีหนึ่ง) และสอบถามอาการข้างเคียงที่เกิดจากการกินยา

4. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการภายหลังการทำกิจกรรมในข้อ 3 ไปประมาณ 3 เดือน และสะท้อนการปฏิบัติเป็นระยะ ๆ คือ การติดตามผู้ป่วยในชุมชน พบว่าไม่มีการติดตามผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดประชุม อสม. เพื่อแจ้งให้ทราบถึงผลการไม่ได้ติดตามผู้ป่วยของอสม. กลุ่มอสม. ได้หารือกันแล้วสรุปว่าจะออกเยี่ยมผู้ป่วย เป็นคณะคือกลุ่มอสม. จะออกติดตามผู้ป่วยเดือนละครั้ง ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัดโรคเมื่อได้สะท้อนปัญหา ความไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนของข้อมูล คลินิกวัดโรคได้ทำการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและถูกต้อง และได้ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ วิธีการสะท้อนการปฏิบัติทำดังนี้

4.1 จัดประชุม สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มผู้ร่วมวิจัยโดยประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 ครั้ง ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุข 2 ครั้ง

4.2 แจ้งผลการดำเนินงานต่อสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนำไปปรับปรุงแผนการดำเนินงานต่อไป

5. การประเมินผล (Evaluation)

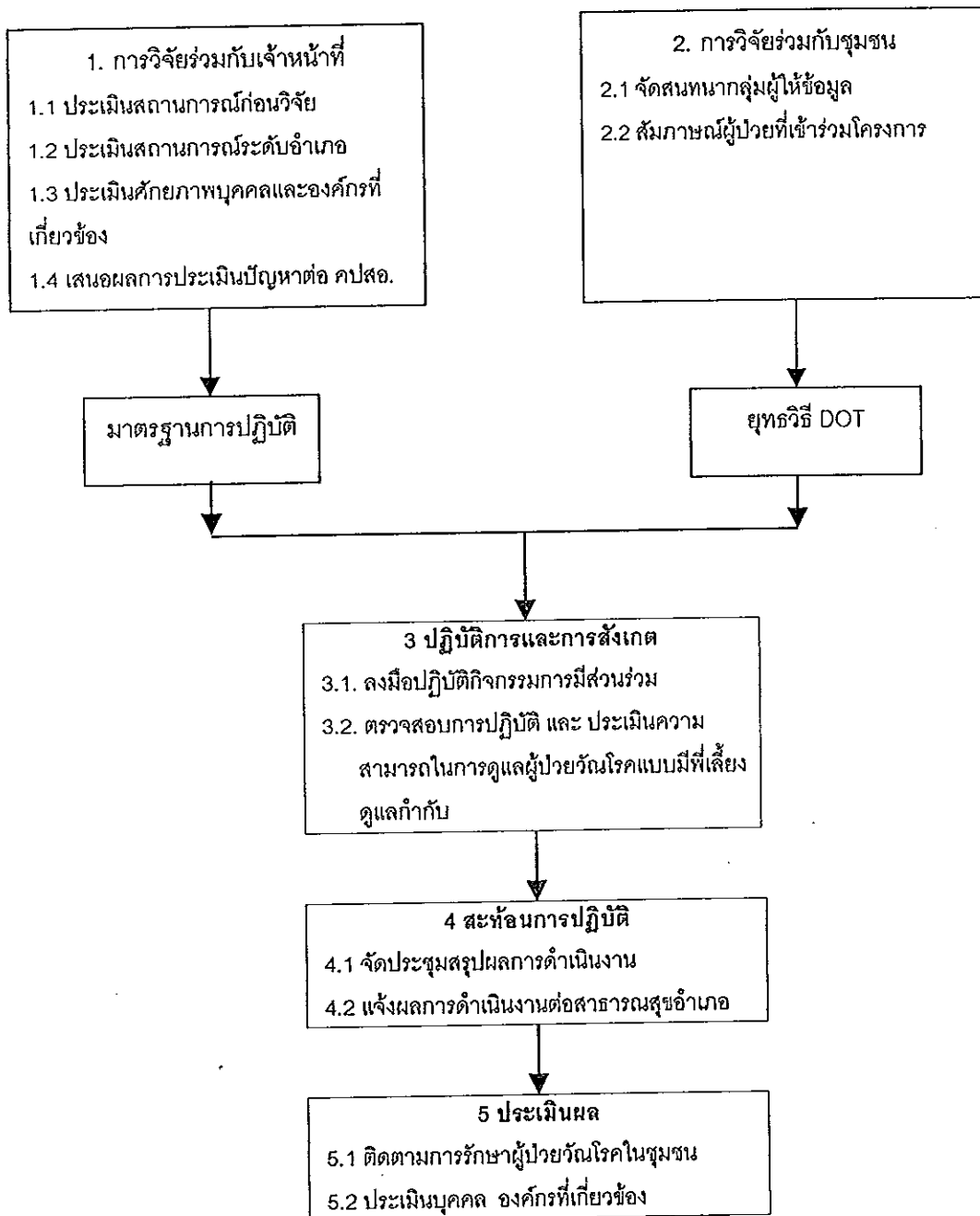
ดำเนินการภายหลังเริ่มโครงการไป 1 ปี โดยดำเนินงานดังนี้

5.1 ติดตามการรักษาผู้ป่วยวัดโรคในชุมชน จำนวน 10 ราย โดยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในหมู่บ้านสัมภาษณ์การปฏิบัติกรกินยาของผู้ป่วย ตรวจสอบข้อมูลในบัตรบันทึกการกินยา ตรวจสอบผลการรักษาผู้ป่วยจากคลินิกวัดโรคโดยดูผลการขึ้นสูตรเสมหะผู้ป่วยครั้งสุดท้ายภายหลังการรักษาครบจากข้อมูลระเบียบบันทึกของคลินิกวัดโรค และดูจากแบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วยนอก (OPD Card)

5.2 ประเมินผลบุคคล องค์กรที่เกี่ยวข้อง คือ คลินิกวัดโรค สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัดโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ตรวจสอบระเบียบราย

งานจากคลินิกวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย สัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงผลการติดตามผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข

ภาพประกอบ 2 กระบวนการการวิจัย



การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. การประเมินสถานการณ์วัณโรคจังหวัดพะเยา เก็บข้อมูลด้วยการบันทึกการประชุมในการจัดประชุมประเมินสถานการณ์ (ภาคผนวก ง) บันทึกข้อมูลจากฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

2. เก็บข้อมูลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Collection) โดยการหารือกับผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีที่เสี่ยงดูแลกำกับ

3. ประเมินสถานการณ์วัณโรคของอำเภอแม่ใจ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรค บันทึกการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในคลินิกวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย

4. ประเมินผลบุคคล องค์กรที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลด้วยการที่ผู้วิจัย สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บันทึกการสังเกตการปฏิบัติงานการควบคุมวัณโรคของอำเภอ

5. จากการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เรื่อง การดูแล และการรักษาวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงดูแลกำกับ (DOTS) เพื่อหาแนวทางเบื้องต้นในการดูแล และการรักษาวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงดูแลกำกับ 4 กลุ่ม การสนทนากลุ่มทุกครั้งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการการสนทนา (Moderator) การบันทึกเทป และจดบันทึกบรรยากาศ ปฏิกริยาของผู้ร่วมสนทนาทำโดยผู้ช่วยผู้วิจัย

6. สังเกตการดำเนินงานในพื้นที่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย การออกเยี่ยมผู้ป่วย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บันทึกปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นสรุปผลการสังเกต

7. ผู้วิจัยสุ่มตรวจสอบการรักษาของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สังเกต แบบบันทึกการกินยา สอบถามสีปัสสาวะผู้ป่วย และสอบถามอาการข้างเคียงที่เกิดจากการกินยาของผู้ป่วย

เครื่องมือในการวิจัย

1. ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้นำชุมชน อสม. และกลุ่มแม่บ้าน(ภาคผนวก ก.) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการศึกษานำร่อง (pilot study) ในพื้นที่วิจัยและจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ด้วยการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ สำหรับแนวคำถามผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นกว้าง ๆ ดังนี้ ความหมายของวัณโรค อันตรายของวัณโรค การรักษาวัณโรค การรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ การติดตามการดำเนินงานของผู้สังเกตการณ์

1.2 แนวคำสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยวัณโรคปอด (ภาคผนวก ก.) สัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ประเด็นการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยวิธีการรักษาวัณโรคที่ผู้ป่วยใช้ใน ปัจจุบัน ความรู้ในเรื่องการติดต่อ การป้องกันการติดต่อ และความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.3 แนวการสังเกต ผู้ป่วยขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วย(ภาคผนวก ก.) ประเด็นการสังเกตคือ สังเกตสถานที่เก็บยา การกินยา การสาธิตการกินยา ปฏิกริยาของผู้ร่วมโครงการ ปฏิกริยาโต้ตอบของญาติ ผู้ป่วย การปฏิบัติของผู้สังเกตการณ์ยา สีของปัสสาวะผู้ป่วย แบบบันทึกการกินยา นับจำนวนยาที่เหลือ

1.4 เครื่องบันทึกเสียง และแถบบันทึกเสียง เพื่อบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์

1.5 แบบบันทึกการประชุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เช่น การประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) การประชุมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย การประชุมคณะกรรมการพัฒนาวิชาการ คปสอ. การประชุมอาสาสมัครสาธารณสุข โดยบันทึกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และปฏิกริยาของผู้เข้าร่วมประชุม

1.6 แบบบันทึกการสังเกตการตรวจสอบผลการรักษาผู้ป่วย(field note)

1.7 กล้องถ่ายรูป สำหรับถ่ายรูปปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นที่จริง

2. คุณภาพของเครื่องมือ

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวคำสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยวัณโรคปอด และแนวการสังเกตผู้ป่วยขณะตรวจเยี่ยม ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเป็นไป

ได้ที่จะได้ข้อมูลจากการใช้เครื่องมือ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ (1) นพ.ภาสกร อัครเสวี กอง
 วิชาโรค กระทรงสาธารณสุข (2) พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัศมี ศูนย์โรคเขต 12 ยะลา (3) คุณ
 จินตนา งามวิทยาพงษ์ นักวิจัยสำนักงานวิจัยโรคเขียงราย (สถาบันวิจัยโรคแห่งประเทศไทย
 ญี่ปุ่น) เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณ
 วุฒิก่อนนำไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้ใช้การวิเคราะห์ตามเนื้อหา
 (content analysis) โดยการนำข้อมูลที่ได้มาจัดเป็นประเด็นหลัก (theme) และนำประเด็นหลัก
 แต่ละประเด็นมาจัดเข้ากลุ่ม (category) เพื่อให้เห็นภาพการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน
 ในการรักษาผู้ป่วยโรคทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน ซึ่งมีทั้งข้อมูลที่
 เหมือนกัน (agreement method) และส่วนที่แตกต่างกัน (disagreement method) ส่วนข้อมูล
 เชิงปริมาณบางส่วนใช้การแจกแจงความถี่

การตรวจสอบข้อมูล

ตรวจสอบความตรงของข้อมูล (validate data) ใช้การตรวจสอบความตรง
 ระหว่างผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนสุดท้าย โดยตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้วยวิธี
 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ทั้งแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่ง
 บุคคล ตรวจสอบข้อมูลช่วงเวลาที่ต่างกัน สอบถามการติดตามผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 ผู้ป่วย และอาสาสมัครสาธารณสุข ตรวจสอบข้อมูลการรักษาผู้ป่วยจากทะเบียนผู้ป่วยที่คลินิก
 วิชาโรค ตรวจสอบที่ทะเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

บทที่ 4

ผลการวิจัย และอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ระหว่างผู้วิจัย ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ป่วยวัณโรคปอดหรือญาติ การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยทั้งหมดแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. ชั้นวางแผน (ข้อมูลก่อนการแก้ปัญหา)
2. ชั้นปฏิบัติและสังเกต (กระบวนการการแก้ปัญหา)
3. ชั้นประเมินผล (การประเมินผลหลังการแก้ปัญหา)

1. ชั้นวางแผน (ข้อมูลก่อนการแก้ปัญหา)

1.1 บริบทของการศึกษา และสถานการณ์วัณโรคในสถานที่ที่ใช้ในการศึกษา

1.1.1 บริบทของการศึกษา

ที่ตั้งอาณาเขต

อำเภอแม่ใจ เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดพะเยา อยู่ห่างจากจังหวัดพะเยาไปทางทิศเหนือ 24 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพฯ ตามทางหลวงหมายเลข 1 (ถนนพหลโยธิน) ประมาณ 759 กิโลเมตร

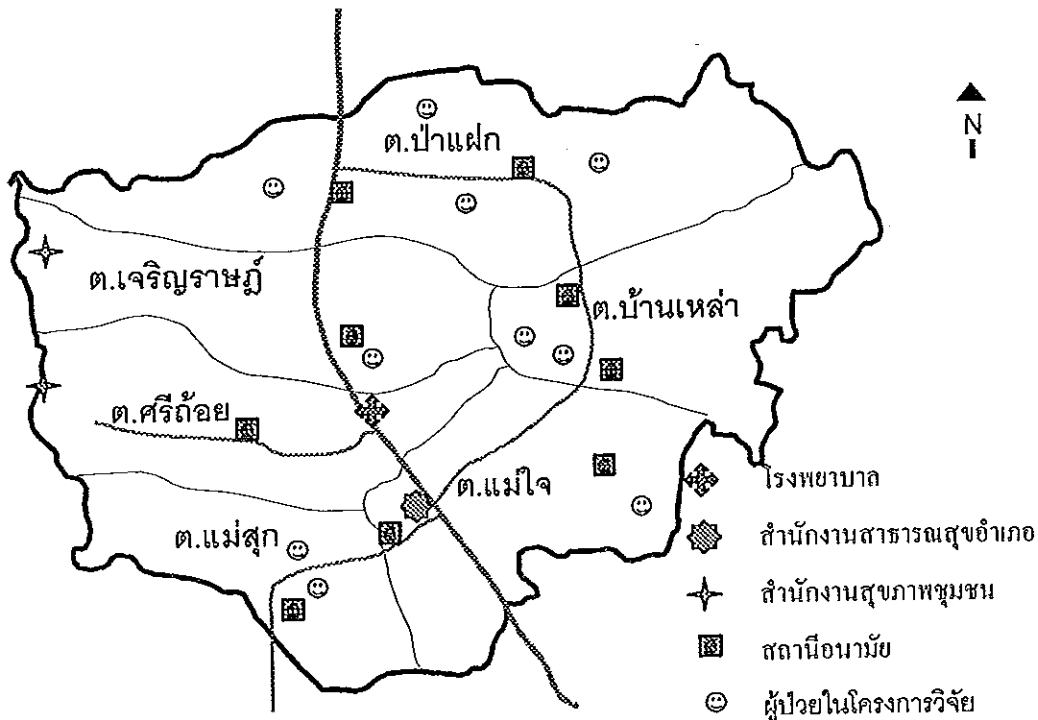
อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อกับอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับอำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง และอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

พื้นที่ของอำเภอแม่ใจส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มเหมาะแก่การกสิกรรมเพาะปลูก และพื้นที่บางส่วนเป็นทิวเขาสูงใหญ่ ทอดยาวติดต่อมาจากอำเภอเมืองจังหวัดพะเยา ผ่านอำเภอแม่ใจ ไปยังอำเภอพานจังหวัดเชียงราย ทั้งทางด้านทิศตะวันออกและทิศตะวันตก เนื้อที่ทั้งหมดของอำเภอแม่ใจประมาณ 187,975 ไร่ บริเวณส่วนกลางของพื้นที่อำเภอแม่ใจ มีหนองน้ำขนาดใหญ่ ชื่อ หนองเล็งทราย พื้นที่บริเวณหนองน้ำ ประมาณ 5,562 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 3 ของเนื้อที่ทั้งหมด ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำสวนลั่นจี่ และรับจ้างทั่วไป คนวัยแรงงานบางส่วนเมื่อเสร็จจากฤดูทำนา จะเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด รายได้เฉลี่ยของประชากรประมาณ 10,000 บาท / คน / ปี

อำเภอแม่ใจแบ่งการปกครองออกเป็น 6 ตำบล 61 หมู่บ้าน ประชากร ปี 2539 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ, 2539) ทั้งหมด 38,892 คน เป็นชาย 19,397 คน หญิง 19,495 คน มีครัวเรือน 7,769 ครัวเรือน ขนาดครัวเรือนมีสมาชิกเฉลี่ย 3.81 คน เป็น ชาย 1.94 คน เป็นหญิง 1.86 คน จำนวนประชากรเฉลี่ยต่อหลังคาเรือน เท่ากับ 4.07 คน ต่อหลังคาเรือน มีประชากรชาวเขาในพื้นที่ 2 ตำบล อาศัยอยู่ใน 3 หมู่บ้าน คือ ตำบลศรีถ้อยมี 2 หมู่บ้าน เป็นชาวเขาเผ่าเย้า ตำบลเจริญราษฎร์มี 1 หมู่บ้าน จำนวนประชากรชาวเขาทั้งหมด 584 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 1.74 ของประชากรทั้งหมดของอำเภอแม่ใจ การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ดำเนินการในพื้นที่ชาวเขา ชาวอำเภอแม่ใจส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีวัด จำนวน 21 แห่งมีโรงเรียนมัธยมศึกษา 1 โรงเรียน โรงเรียนประถมศึกษา 23 โรงเรียน 3 สาขา โรงเรียนเอกชนระดับอนุบาล 1 โรงเรียน

ภาพประกอบ 3 แผนที่สังเขปอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา



ข้อมูลทั่วไปด้านสาธารณสุข

อำเภอแม่ใจมีสถานบริการสาธารณสุข ที่ให้บริการประชาชน ประกอบด้วย สถานีอนามัยทั้งหมดจำนวน 9 แห่ง สำนักงานสุขภาพชุมชน จำนวน 2 แห่ง (สำนักงานสุขภาพชุมชน เป็นสถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ หมู่บ้านจำนวน 1 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นหมู่บ้านชายแดน หรือพื้นที่สูง มีพนักงานสุขภาพชุมชนรับผิดชอบ 1 คน สถานีอนามัยเป็นพี่เลี้ยง 1 แห่ง) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จำนวน 1 แห่ง ระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานีอนามัย หรือสำนักงานสุขภาพชุมชน ไม่เกิน 3 กิโลเมตร ระยะทางจากหมู่บ้าน ถึงโรงพยาบาล ประมาณ 1-10 กิโลเมตร พื้นที่ชาวเขาระยะห่างโรงพยาบาลประมาณ 20 กิโลเมตร

โรงพยาบาลแม่ใจตั้งอยู่ห่างจากตัวอำเภอ ไปทางทิศเหนือ ประมาณ 3 กิโลเมตร อยู่บนถนนสาย พะเยา - เชียงราย มีพื้นที่รับผิดชอบคือ บ้านหมู่ 1,2,3,4,7,9,11 ตำบลศรีถ้อย เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ รองรับส่งต่อผู้ป่วยจาก สถานีอนามัย มีแพทย์อยู่ประจำ 3 คน คิดเป็น อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:12630

ข้อมูลทั่วไปด้านสาธารณสุขแสดงว่า อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา มีความพร้อมด้านสถานบริการพอสมควร แม้ว่าจะมีจำนวนแพทย์ต่อประชากรค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับประเทศ

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปสถานบริการสาธารณสุข อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ชื่อตำบล	สถานบริการ สาธารณสุข	จำนวน หมู่บ้าน	จำนวนประชากร		
			ชาย	หญิง	รวม
1. แม่ใจ	สอ.ต.แม่ใจ	7	1,518	1,401	2,919
	สอ.ป่าตึง *	3	571	630	1,201
2. ศรีถ้อย	รพ.แม่ใจ	7	4,361	4,899	9,260
	สอ.ต.ศรีถ้อย	4	1,153	1,150	2,303
	สสช.ปางปูเลาะ	1	81	76	157
3. บ้านเหล่า	สอ.ต.บ้านเหล่า *	6	2,724	2,591	5,315
	สอ.ดงอินตา	6	1,570	1,526	3,096
4. แม่สุก	สอ.ต.แม่สุก *	9	2,710	2,557	5,267
5. ป่าแฝก	สอ.ต.ป่าแฝก *	7	2,134	2,125	4,259
	สอ.หนองสระ *	3	731	730	1,461
6. เจริญราษฎร์	สอ.ต.เจริญราษฎร์ *	6	1,629	1,593	3,222
	สสช.ป่าเมียง	2	215	217	432
รวม		61	19,397	19,495	38,892

แหล่งข้อมูล สรุปผลงานประจำปี 2539 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ

หมายเหตุ : สอ. = สถานีอนามัย, สสช. = สำนักงานสุขภาพชุมชน
 สอ.ต. = สถานีอนามัยตำบล * = พื้นที่ที่มีผู้ป่วยในโครงการวิจัย

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยวัณโรคในโครงการวิจัยกระจายอยู่ในเกือบทุกตำบล ของอำเภอแม่ใจ

1.1.2 สถานการณ์การควบคุมวัณโรคในสถานที่ที่ใช้ในการศึกษา

1.1.2.1 สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอแม่ใจ (จากคลินิกวัณโรค)

ตาราง 2 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลแม่ใจ จำแนกตามประเภทผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2538 - 2541

ประเภทผู้ป่วย	2538	2539	2540	2541
ตรวจพบใหม่ (New)	26	20	26	18
รับโอน (Transfer in)	1	8	3	4
กลับเป็นซ้ำ (Relapse)	8	-	3	1
ล้มเหลว (Failure)	-	-	-	1
รวม	35	28	32	24
อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน	101.0	80.8	93.0	68.5

จากตาราง 2 อัตราป่วยด้วยวัณโรค ปี 2538 - 2540 สูงกว่าเป้าหมายแผนฯ 8 ที่กำหนดไว้ว่าอัตราป่วยด้วยวัณโรคไม่เกิน 76 ต่อประชากรแสนคน ปี 2541 มีอัตรา 68.5 ต่อประชากรแสนคน ต่ำกว่าเป้าหมายแผนฯ 8

หมายเหตุ ระบบข้อมูลไม่สามารถจำแนกได้ว่าเป็นผู้ป่วยเสมหะบวกหรือเสมหะลบจำนวนอย่างละเท่าไร ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความอ่อนแอของระบบข้อมูล

1.2. การรักษาวัดโรค อำเภอแม่ใจ ก่อนการวิจัย

การรักษาวัดโรคของโรงพยาบาล แพทย์เป็นผู้สั่งการรักษา โดยการส่งตรวจเสมหะ หรือวินิจฉัยจากผลเอกซเรย์ถ้าไม่สามารถเก็บเสมหะได้ เมื่อผลเสมหะพบเชื้อหรือแพทย์ดูผลเอกซเรย์แล้ววินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค แพทย์จะให้การรักษาตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) หรืออาจจะมี ยาอื่นเพิ่มเติมตามที่แพทย์เห็นสมควร โดยมีการดำเนินการตามสถานบริการต่าง ๆ ดังนี้

1.2.1 คลินิกวัณโรค

คลินิกวัณโรคเป็นส่วนหนึ่งของงานในฝ่ายสุขภาพและควบคุมโรค สถานที่ปฏิบัติงานเป็นอาคารที่แยกออกจากอาคารผู้ป่วยนอก อาคารดังกล่าวเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค เปิดให้บริการผู้ป่วยวัณโรคทุกวัน พุธที่สิบห้า หากตรงกับวันหยุดชดเชยจะเลื่อนวันให้บริการคลินิกวัณโรคออกไปในวันถัดไป

คลินิกวัณโรคมีหน้าที่ ในการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ใจ ในสมุดทะเบียนผู้ป่วยจะประกอบด้วย ชื่อ - สกุลผู้ป่วย เพศ อายุ ที่อยู่ วันที่เริ่มรักษา การจำแนกผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วย ผลการตรวจเสมหะเมื่อเริ่มรักษา เดือนที่ 2 เดือนที่ 5 และผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา และผลการรักษา นอกจากนี้ยังต้องติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาในหมู่บ้าน และจัดทำรายงานทางระบาดวิทยาส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เจ้าหน้าที่รับผิดชอบคลินิกวัณโรคมี 3 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ชาย 2 คน และพยาบาลเทคนิค หญิง 1 คน ผู้รับผิดชอบงาน วัณโรคโดยตรงคือ พยาบาลเทคนิค มีหน้าที่ในการนัดหมายผู้ป่วยให้พบแพทย์ จัดทำทะเบียนรายงาน พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ติดตามผู้ป่วยในชุมชนกรณีผู้ป่วยขาดนัดหรือขาดการรักษา และสามารถดำเนินการแทนพยาบาลเทคนิคได้ถ้าหากพยาบาลเทคนิคปฏิบัติราชการไม่ได้ หรือติดราชการ เจ้าหน้าที่ทั้ง 3 คนของคลินิกวัณโรคเป็นผู้ที่เคยผ่านการอบรมกลยุทธ์ DOTS ที่จัดโดยศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่

1.2.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ มีผู้รับผิดชอบงานวัณโรคคือผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ (District TB Coordinator = DTC) จากปี 2540 - 2541 เปลี่ยน DTC 3 คน การเปลี่ยนแปลง DTC เนื่องจากมีการโยกย้ายเจ้าหน้าที่ การส่งต่อและรับงานวัณโรค ขาดการส่งต่อ

เอกสารทะเบียนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นปัจจุบัน ขาดการประสานงานกับคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล ขาดการนิเทศติดตามจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

งานควบคุมวัณโรคของอำเภอจึงเป็นการดำเนินงานของคลินิกวัณโรคฝ่ายเดียวทั้งการรักษา และติดตามการรักษา ซึ่งไม่สามารถดำเนินงานให้มีประสิทธิผลได้ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย จึงส่งผลให้ขาดการติดตามผู้ป่วยโดยสถานีอนามัยทั้งที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน

1.2.3 สถานีอนามัย

สถานีอนามัยในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ มีทั้งหมด 9 แห่ง สำนักงานสุขภาพชุมชน 2 แห่ง สถานีอนามัยไม่มีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย หากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยพบผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าจะเป็นวัณโรค จะแนะนำผู้ป่วยให้ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล แต่ไม่ได้ติดตามผลการตรวจรักษา ที่สถานีอนามัยจึงไม่มีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในเขตรับผิดชอบ

1.2.4 ชุมชนที่เข้าร่วมวิจัย

ชุมชนที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน(9 คน) กลุ่มแม่บ้าน(8 คน) อาสาสมัครสาธารณสุข(13 คน) ญาติผู้ป่วยวัณโรค(10 คน) ผู้ป่วยวัณโรค(10 คน) งานสาธารณสุขในชุมชนส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะมีบทบาทที่สำคัญในการร่วมดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และโรงพยาบาล ดังเช่นการจัดกิจกรรมวันรณรงค์ด้านภัยเอดส์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพียงผู้ติดตามการดำเนินงานและสนับสนุนงบประมาณ อาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นผู้คิดกิจกรรมเองว่ารูปแบบการรณรงค์จะทำอย่างไร "ชุมชนที่นี้เข้มแข็งขณะนี้ได้ดำเนินกิจกรรมหลายโครงการ เช่นโครงการต้านภัยยาเสพติดโดยชุมชน" หัวหน้าสถานีอนามัยคนหนึ่งกล่าวถึงศักยภาพของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขจะร่วมประชุมทุกเดือนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้จัดประชุมเป็นการติดตามการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน

1.2.5 การจ่ายยารักษาวัณโรคของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลแพทย์จะสั่งให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ไม่ได้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลจะไปรับยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก การรับยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกหรือฝายเภสัชนั้น ฝายเภสัชจะจ่ายยาให้ชนิดละซองต่อเดือน โดยผู้ป่วยไปจัดยากินเองต่อวัน ทำให้เกิดความยุ่งยากต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยเบื่อกินยาเอง

วิธีการรักษาและจ่ายยาดังกล่าวมีข้อดีต่อผู้ป่วยคือผู้ป่วยวัณโรคพบแพทย์ได้ทุกวันที่ทำการ แต่มีข้อด้อยคือไม่มีการติดตามผู้ป่วยเพราะเมื่อผู้ป่วยรับยาจากฝายเภสัชแล้วกลับบ้าน โดยไม่ได้ผ่านการลงทะเบียนที่คลินิกวัณโรค และการจัดยาเป็น ซอง ๆ ดังเช่นการรักษาวัณโรคทั่วไปอาจจะทำให้ผู้ป่วย กินยาได้ไม่ครบ

1.3 ระบบข้อมูลและการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอแม่ใจ

1.3.1 ประเด็นระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลที่คลินิกวัณโรคไม่ครบถ้วน ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่สถานีอนามัย และข้อมูลผู้ป่วยในหมู่บ้านไม่ตรงกับข้อมูลที่คลินิกวัณโรค ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1.1 ข้อมูลที่คลินิกวัณโรคไม่ครบถ้วน

คลินิกวัณโรคบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ในแบบฟอร์มตามที่กองวัณโรคกำหนด เป็นแบบฟอร์มเก่า และแบบฟอร์มมาตรฐาน (รบ 1 ก 04) ที่กำหนดตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ควบคู่กันไป ข้อมูลในแบบฟอร์มดังกล่าวยังไม่สมบูรณ์ จากการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยทุกรายอย่างเป็นระบบของผู้วิจัยเมื่อ วันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2541 ทั้งแบบฟอร์มใหม่และแบบฟอร์มเก่าพบว่า ผู้ป่วยเริ่มรักษาตั้งแต่ 20 เมย. 33 - 13 สค. 41 จำนวนทั้งหมด 182 ราย ข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยไม่ระบุวันเริ่มรักษา 8 ราย ไม่ได้ลงประเภทผู้ป่วย 11 ราย ไม่ระบุวันจำหน่าย ตั้งแต่ปี 34 - 40 จำนวน 27 ราย ไม่ระบุวันรักษาและวันจำหน่าย 5 ราย

จะเห็นว่าข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ในทะเบียนทั้งเก่าและใหม่ไม่ครบถ้วน แม้จะไม่ระบุวันจำหน่ายก็ไม่มีการติดตามผู้ป่วย

1.3.1.2 ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

การตรวจสอบข้อมูลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พบว่าไม่มีรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย ตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติกำหนดเรื่องของระเบียบรายงานไว้ว่าทะเบียนวัณโรคของอำเภอจะเป็นเอกสารและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่อำเภอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) หมายถึงข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษาที่คลินิกวัณโรคจะต้องมีทะเบียนประวัติที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด้วยเป็นข้อมูลที่ตรงกัน จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงถึงการขาดการประสานงานระหว่างคลินิกวัณโรค กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1.3.1.3 ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่สถานีอนามัย

จากรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคที่คลินิกวัณโรค 17 กันยายน 2541 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 21 ราย กระจายอยู่ทุกตำบลในอำเภอแม่ใจ เมื่อนำรายชื่อผู้ป่วยดังกล่าว แจ้งให้ที่ประชุม หัวหน้าสถานีอนามัย ผู้เข้าร่วมประชุมแจ้งว่าไม่เคยรับทราบข้อมูลว่ามีผู้ป่วยวัณโรคในเขตรับผิดชอบ และรายชื่อผู้ป่วยที่แจ้งนั้นเสียชีวิตไปแล้ว 2 ราย จากที่ประชุมดังกล่าวทราบว่าที่สถานีอนามัยไม่มีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในเขตรับผิดชอบ และข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่คลินิกวัณโรคไม่เป็นปัจจุบัน

1.3.1.4 ข้อมูลผู้ป่วยในหมู่บ้านไม่ตรงกับข้อมูลที่คลินิกวัณโรค

ผู้วิจัยสุ่มติดตามผู้ป่วย 2 ราย จากรายชื่อในทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรค รายแรก ติดตามผู้ป่วยในหมู่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค ในทะเบียนรายชื่อระบุว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการรักษา ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 65 ปี อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ใจ เมื่อพบผู้ป่วยในหมู่บ้านได้สัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ป่วยแจ้งว่าแพทย์ที่ทำการรักษาวัณโรคบอกผู้ป่วยว่าวัณโรครักษาหายแล้ว ปัจจุบันไม่ได้กินยาวัณโรคแล้ว เมื่อตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยดังกล่าว ในทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอก(OPD card)ที่โรงพยาบาล พบว่าแพทย์ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยรักษาหาย และสิ้นสุดการรักษาไปแล้ว

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 68 ปี ตามรายชื่อในทะเบียนผู้ป่วย
 วัณโรคของคลินิกวัณโรคระบุว่าเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านหมู่ 1 แต่เมื่อติดตามผู้ป่วยในบ้าน
 ปรากฏว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านหมู่ 2

กรณีของผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้เป็นข้อมูลซึ่งแสดงให้เห็นว่า ระบบข้อมูลผู้ป่วยของ
 คลินิกวัณโรคไม่เป็นปัจจุบัน และข้อมูลที่คลินิกวัณโรคยังไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน ซึ่งอาจมีสาเหตุ
 มาจากการไม่ได้ติดตามการรักษาผู้ป่วย

1.3.2 การติดตามการรักษา ผู้ป่วยได้รับการติดตามไม่ครบทุกราย

เมื่อผู้ป่วยวัณโรครับยาที่ฝ่ายเภสัชแล้วจะกลับบ้าน ไม่ได้ผ่านการลงทะเบียนที่
 คลินิกวัณโรค การนัดผู้ป่วยไปพบแพทย์ครั้งต่อไปพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจะเป็นผู้นัด เจ้าหน้าที่
 ที่คลินิกวัณโรคลงทะเบียนผู้ป่วยจากทะเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ที่พยาบาลแผนกผู้ป่วย
 นอกจัดแยกไว้ให้ หากผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลของคลินิกวัณโรคไม่ได้ปฏิบัติงานในวันคลินิกวัณ
 โรค ข้อมูลผู้ป่วยจะไม่ได้รับการบันทึกในทะเบียนผู้ป่วย

ระบบการติดตามจะใช้จดหมายติดตาม และออกติดตามผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่
 คลินิกวัณโรค ไม่มีระบบเชื่อมโยงการติดตามไปยังสถานื่อนามัย ซึ่งอยู่ใกล้ชิดชุมชน

ผู้วิจัยได้ออกติดตามผู้ป่วยที่มีรายชื่อในทะเบียนผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรคเป็นผู้ป่วย
 ใหม่ รักษาแบบ CAT.1 แต่ไม่ระบุวันรักษา วันจำหน่าย และขาดการรักษา อาศัยอยู่ในเขตของ
 สถานื่อนามัย เมื่อพบผู้ป่วย ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับขาดการรักษาวัณโรคของผู้ป่วย
 ผลการสัมภาษณ์ดังนี้

“.....ผมไปรักษาที่ โรงพยาบาลแม่ใจเมื่อ 3 เดือนก่อน หมอแม่ใจ ได้ให้ไป
 รักษาต่อที่พะเยา นอนรักษาที่โรงพยาบาลพะเยา 10 กว่าคืน หมอพะเยาให้ผม
 มารักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ใจ ผมคิดว่าผมหายแล้วเพราะผมไม่ไอแล้ว และ
 ตอนนี้ผมยังทำงานได้ปกติ.....” (ผู้ป่วยชาย อายุ 41 ปี)

ผู้ป่วยเข้าใจว่าตัวเองหายจากโรคแล้วเพราะไม่มีอาการไอ สามารถทำงานได้ปกติ
 จึงไม่ไปรับยาต่อ ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ป่วยไปตรวจเสมหะที่โรงพยาบาลโดย
 แนะนำให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะตอนเช้า ผลปรากฏว่าผู้ป่วยไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลตามที่คุณวิจัย
 แนะนำ และเป็นผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยรายหนึ่งที่คุณวิจัยติดตามการรักษาในโครงการวิจัย

สรุปปัญหาจากการประเมินสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ได้ดังนี้

1. ระบบยา การจ่ายยาให้ผู้ป่วย จ่ายยาแยกชนิด โดยยาแต่ละชนิดจะบรรจุอยู่ในซอง ให้ผู้ป่วยไปจัดยากินเอง การจ่ายยาแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจ จัดยากินเอง และบางรายอาจหยุดยาบางชนิดด้วยตนเอง ตรงกับคำกล่าวของยุทธิชัย ที่กล่าวว่าผู้ป่วยน้อยรายมากที่มีวินัยในการกินยาที่ดีเยี่ยม (ยุทธิชัย เกษตรเจริญ : 2540)

2. ระบบข้อมูล ระบบข้อมูลเพื่อการติดตามผู้ป่วย และระบบข้อมูลเพื่อรายงาน ยังไม่เป็นปัจจุบัน ผู้ป่วยบางส่วน ไม่ได้รับการลงทะเบียน ที่คลินิกวัณโรค

3. ระบบการติดตาม ต่อเนื่องมาจากระบบข้อมูลเมื่อระบบข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดการติดตาม ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล ซึ่งเป็นฝ่ายให้การรักษา กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นฝ่ายที่จะต้องติดตามผลการรักษาผู้ป่วยและการป้องกันการแพร่กระจายโรคในชุมชน

จากปัญหาทั้ง 3 ข้อ สรุปได้ว่า อำเภอแม่ใจ ยังไม่ได้นำกลยุทธ์ DOTS มาใช้ในการควบคุมโรควัณโรค แม้จะมีการอบรมเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค ผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไปแล้วก็ตาม

1.4 การรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดของคนในชุมชน

จากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องราวของวัณโรคของคนในชุมชนเป้าหมาย พอสรุปข้อมูลโดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการแยกเป็นประเด็นหลัก (theme) ได้ 7 ประเด็น คือ 1) วัณโรคเป็นโรคไอเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ 2) วัณโรคติดต่อทางเสมหะ 3) ผู้ป่วยวัณโรคต้องกินยาจำนวนมากและใช้เวลารักษานาน 4) วัณโรครักษาหายถ้ากินยาต่อเนื่อง 5) วัณโรคเป็นที่ต้องกินยานานหลายขนาน และกินยาให้ครบ 6) วัณโรคเป็นโรคที่ถ้ากินยาไม่ครบ หรือดื้อยาจะทำให้ตาย 7) ถ้ามีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาจะทำให้มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมากในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.4.1 วัณโรคเป็นโรค ไอเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ

คนในชุมชนเคยเห็นคนใกล้ชิดกับตนเองที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด และเห็นผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนมีอาการไอ เหนื่อย ไอเป็นเลือด เป็น ๆ หาย ๆ ไอแห้ง ๆ ร่างกายผู้ป่วยจะผอม ผู้ร่วมวิจัยได้ให้ข้อมูลดังนี้

"...คนที่เป็ยวัณโรคปอด จะไอเหนื่อย... แม่ของพ่อเคยเป็น" (เนียน อสม.)

"คนเป็นวัณโรคจะไอแห้ง ๆ และไอเป็นเลือด เป็น ๆ หาย ๆ" (ลุงปา อสม.)

"ไอแห้ง ๆ แล้วก็ผอมด้วย" (พี่ไล อสม.)

1.4.2 วัณโรคติดต่อทางเสมหะ

ชุมชนทราบว่าวัณโรคปอดเป็นโรคที่สามารถติดต่อได้โดยการไอรดกัน ติดต่อทางเสมหะ ดังผู้ร่วมวิจัยให้ข้อมูลว่า

"...ครับติดได้ครับ การที่ว่า เราอยู่ใกล้ ๆ กัน เนี่ย ไอถ้าเราไม่ปิดปาก คือเชื้อของมันจะกระจาย...คนใกล้ชิดจะได้รับเชื้อเข้าไป" (พี่หนอม อสม.)

"...เชื่อว่าติดต่อดี...ทางเสมหะ มันน่าจะติดต่อกันได้อยู่..." (พี่เนียน แม่บ้าน)

"...ระบบหายใจมันรับเชื้อได้ รับผิดชอบต่อเหมือนกัน" (ลุงปิ่น อสม.)

1.4.3 ผู้ป่วยวัณโรคต้องกินยาจำนวนมากและใช้เวลารักษานาน

ชุมชนรู้ว่าผู้ป่วยต้องกินยาจำนวนมากและใช้เวลาในกินยารักษานาน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

".....ผมเห็นเขากินยาเป็นปีเลยครับคนข้างบ้านบ้านผมเป็นวัณโรค.....เขาไปรับยาเดือนละครั้งได้ยามาตั้งเยอะ....." (ลุงปา อสม.)

"คนไข้ต้องกินยาจำนวนมาก...ผมเห็นเขากินยาหลายเดือน" (พี่อิน ผู้นำชุมชน)

1.4.4 รักษาหายถ้ากินยาต่อเนื่อง

คนในชุมชนทราบว่าวัณโรคเป็นโรคที่รักษาหาย หากผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง แต่ถ้าผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่อง วัณโรคทำให้ตายได้ ดังผู้ร่วมวิจัยให้ข้อมูลต่อไปนี้

“ ที่หมู่บ้านผมมี...ผมเอาเสมหะแกลงไปตรวจที่โรงพยาบาล แล้วเจอเชื้อ แต่เดี๋ยวนี้รักษาหายแล้ว...หายครับ แยกหยุดเหล้า” (ผู้ใหญ่บ้าน)

“เป็นแล้วตายเลยครับสมัยนั้นเป็นกับคนแก่ ตามผมเองกินยา ขนาด ๆ กิน ๆ” (รี แม่บ้าน)

สรุปได้ว่ากลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีการรับรู้อาการของผู้ป่วยวัณโรค เป็น 2 ประเด็นหลัก คือ ไอเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ และวัณโรครักษาหายหากกินยาต่อเนื่อง และความเป็นจริงสภาพร่างกายของผู้ป่วยวัณโรคมีทั้งอ้วน ผอม บางคนอาการมาก บางคนอาการน้อย อาจไอเป็นเลือดหรือไม่ก็ได้ แต่ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ติดเชื้ออยู่ในชุมชนแต่ไม่มีอาการไอ และเป็นผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแพร่เชื้อได้ที่จำเป็นต้องควบคุมไม่ให้เชื้อแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้ ซึ่งชุมชนยังไม่ทราบ

1.4.5 วัณโรคเป็นโรคที่ต้องกินยาหลายขนาน และกินยาให้ครบ

ชุมชนรู้ว่าวัณโรคต้องกินยาหลายขนาน ต้องกินยาให้ครบจึงจะรักษาหาย ดังคำพูดผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“...พี่ว่ารักษาหายค่ะ ถ้าเริ่มกินยาสม่ำเสมอกินให้ครบ จะกินกี่ปีก็ช่างเถอะกินแล้วต้องหาย...” (พี่คำ อสม.)

1.4.6 วัณโรคเป็นโรคที่ถ้ากินยาไม่ครบ หรือดื้อยาจะทำให้ตาย

ชุมชนทราบว่าถ้าผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคดื้อยาจะทำให้ตายอย่างเดียว

“...ถ้าคนไข้วัณโรคดื้อยาแล้วกลับบ้านเก่าอย่างเดียว...” (ลุงอิน อสม.)

1.4.7 ถ้ามีผู้ป่วยวัณโรคตัวยาก็จะทำให้มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมากในชุมชน

ชุมชนรับรู้ว่าหากมีผู้ป่วยตัวยาลายขนานในหมู่บ้านจะทำให้เกิดการแพร่เชื้อตัวยานั้นไปสู่ผู้อื่นในหมู่บ้าน และทำให้มีผู้ติดเชื้อวัณโรคตัวยามากในหมู่บ้าน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“..หากมีผู้ป่วยวัณโรคตัวยาในหมู่บ้าน มันก็จะติดกันไปเรื่อย ๆ คนเป็นวัณโรคตัวยาก็จะเต็มบ้านไปหมด.....” (พี่ลี แม่บ้าน)

จากการสนทนากลุ่มและการเข้าร่วมประชุมชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปว่าคนในชุมชนเคยเห็นผู้ป่วยวัณโรค รู้ว่าผู้ป่วยต้องกินยารักษาวัณโรคเป็นเวลานาน ส่วนความรู้เรื่องการติดต่อของวัณโรคนั้นยังไม่แน่ใจถึงการติดต่อของวัณโรคติดต่ออย่างไร หากมีผู้ป่วยวัณโรคตัวยาในหมู่บ้านก็จะทำให้วัณโรคแพร่กระจายไปในหมู่บ้านคนในหมู่บ้านก็จะพากันเป็นวัณโรค

1.5 การรักษาวัณโรคปลอดแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับโดยชุมชน

การจะให้ มีผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า มี 3 กลุ่ม ที่สรุปว่าควรให้ญาติเป็นผู้ดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วย เพราะญาติใกล้ชิดกับผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยาก็มีเวลาที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้ มีเพียงกลุ่มเดียวที่สรุปว่าหากผู้ป่วยไม่มีญาติ อสม.จะเป็นผู้ดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วย เนื่องจากอสม. 1 คน รับผิดชอบ 7 - 10 หลังคาเรือน คนที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกินยาควรเป็นคนใกล้ชิด และเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

1.5.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยกินยาควรเป็นคนใกล้ชิด

คนในชุมชนให้ความเห็นว่า การที่จะให้มีผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคควรเป็นคนใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...ก็ให้ลูกหลาน ผู้ป่วยนั้นแหละ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะใกล้ชิดผู้ป่วย..” (ลุง อาต อสม.)

“...ลูกหลานผู้ป่วยจะดูแลได้ดีกว่าเรา เพราะเขาอยู่ด้วยกัน...” (พี่อาด อสม.)

"..เราเป็น อสม. ก็ไปติดตามแนะนำผู้ป่วยให้กินยาสม่ำเสมอ.." (พีพี อสม.)

"...ถ้าไม่มีลูกหลาน อสม.ต้องเป็นผู้เอายาให้ผู้ป่วยกิน เพราะเขตรับผิดชอบของ อสม. คงไม่มีคนไข้มาก..." (พีเริ่ม อสม.)

"..อสม. ไปเยี่ยมผู้ป่วยก็ พูดให้กำลังใจผู้ป่วย ลุงกินยาหรือยัง ไม่กินไม่หายนะ.." (ลุงเพิ่ม อสม.)

1.5.2 ผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคจะเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

ความคิดเห็นของผู้ป่วยเรื่องผู้สังเกตการกินยา นั้นผู้ป่วยให้ความเห็นว่าการมีผู้สังเกตการกินยาด้วยก็จะดี เพราะจะได้มีกำลังใจในการกินยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรไปเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอด้วยหากผู้ป่วยมีปัญหาจะได้ปรึกษา และเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยในการกินยาอีกทางหนึ่งด้วย ผู้ที่สมควรเป็นผู้สังเกตการกินยาควรเป็นญาติของผู้ป่วยเอง

"...ปกติเราก็กินยาเองอยู่แล้ว ถ้ามีคนมาดูแลเรื่องกินยากี่ดี เราจะได้มีกำลังใจในการกินยามากขึ้น มีปัญหาจะได้บอกเขา...ถ้าให้มีคนมาดูแลเรื่องกินยาก็น่าจะเป็นญาติ หรือคนในบ้าน เพราะอยู่ด้วยกัน..." (ผู้ป่วยวัย 80)

"...ผมจะให้ญาตินั่นแหละเป็นผู้ดูแลการกินยา..ญาติใกล้ชิดดีกว่าคนอื่นให้ญาติดูแลนั่นแหละดีที่สุดแล้ว" (ผู้ป่วยวัย 41)

สรุป ทั้งชุมชนและผู้ป่วยมีความเห็นที่จะให้ญาติเป็นผู้กำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติผู้สมควรเป็นผู้กำกับการกินยาควรเป็น อสม. เพราะมีเขตรับผิดชอบที่แน่นอนและอยู่ใกล้ชิดกับชุมชน

2. ชั้นปฏิบัติการและสังเกต (กระบวนการแก้ปัญหา)

จากการศึกษาข้อมูล และค้นหาปัญหาผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยจึงได้ร่วมกันวางแผน และกำหนดวิธีการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา ดังผลการดำเนินงานต่อไปนี้

2.1 จัดทำมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

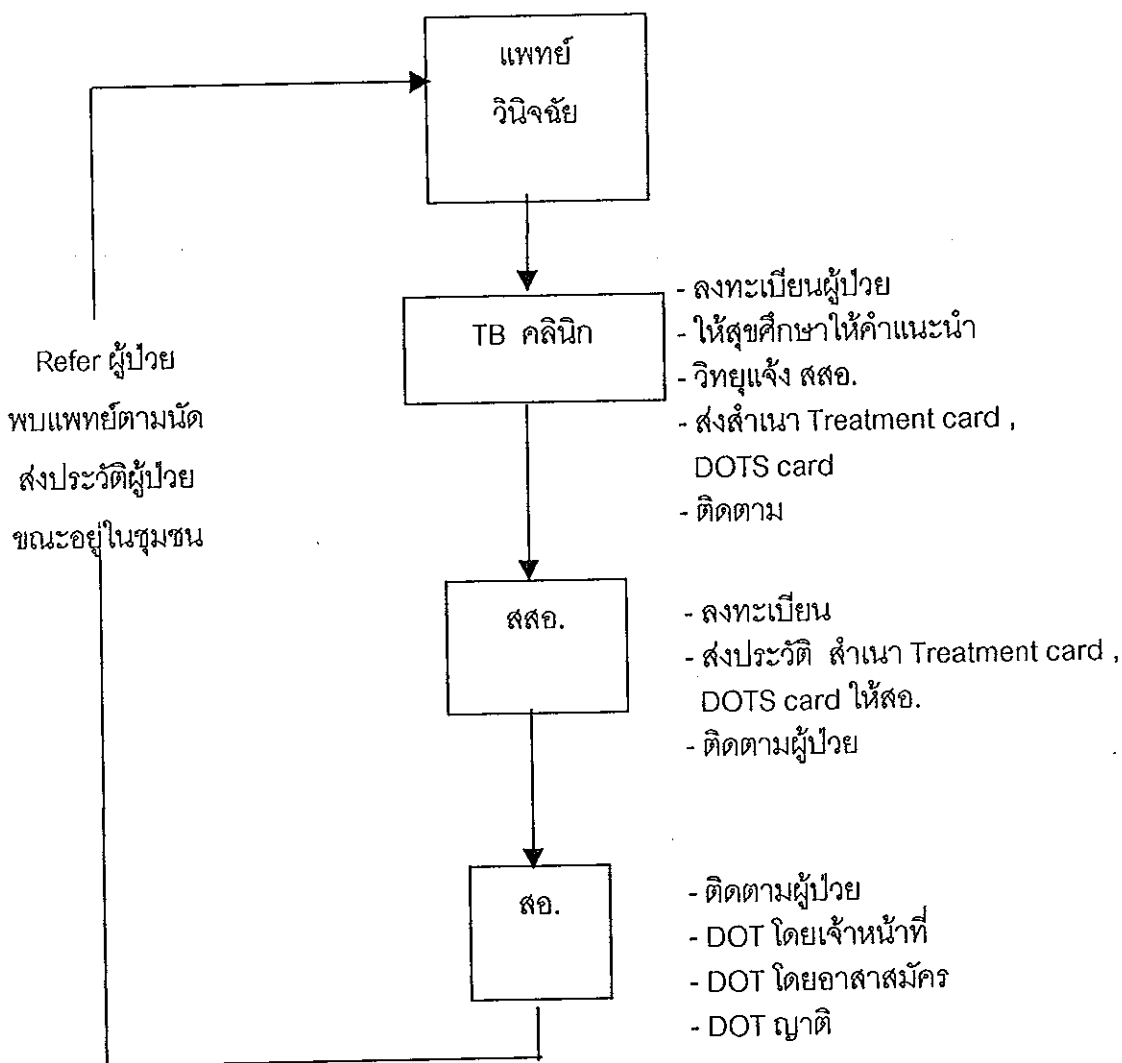
ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาวิชาการของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) แม่ใจ กำหนดมาตรฐานการรักษาวัณโรคอำเภอแม่ใจ (คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจและสถานีอนามัยจำนวน 5 คน) คณะกรรมการพัฒนาวิชาการมีบทบาทดังนี้

1. จัดทำแผนงานวิชาการ คปสอ. คือ จัดทำแผนงานการพัฒนาวิชาการด้านสาธารณสุขประจำปีของอำเภอ เช่น แผนการจัดประชุมวิชาการ แผนการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข แผนการนำเสนอข้อมูลผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาวิชาการ
2. จัดทำมาตรฐาน การให้บริการครอบคลุม 4 ด้าน คือ การรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยนำเอาปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอมาดำเนินการ เช่น จัดทำมาตรฐานการควบคุมวัณโรค มาตรฐานการควบคุมความดันโลหิตสูง เบาหวาน
3. พัฒนาบุคลากรโดยการจัดประชุมวิชาการสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
4. สนับสนุนการศึกษาวิจัยและเผยแพร่ผลงานวิชาการ
5. นิเทศงานวิชาการระดับโรงพยาบาล สถานีอนามัย และสำนักงานสุขภาพ ชุมชน ในช่วงของการดำเนินการวิจัยนั้นผู้วิจัยได้ร่วมติดตามนิเทศงานวัณโรคของอำเภอด้วย

ผู้วิจัยร่วมประชุมปรึกษาหารือกับคณะกรรมการพัฒนาวิชาการ ได้เสนอแนวทางในการดำเนินการรักษาวัณโรคแบบ DOTS โดยเมื่อผู้ป่วยพบแพทย์ แพทย์ตรวจวินิจฉัยแล้วให้การวินิจฉัยว่า เป็นวัณโรค พยาบาลหน้าห้องตรวจ ส่งผู้ป่วยไปคลินิกวัณโรค คลินิกวัณโรคจะลงทะเบียนผู้ป่วย ให้สุขศึกษา แนะนำการปฏิบัติตัว การกินยา เหตุผลของการต้องมีผู้สังเกตการกินยา จากนั้นวิทยุแจ้งประวัติผู้ป่วยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทราบ และส่งสำเนา

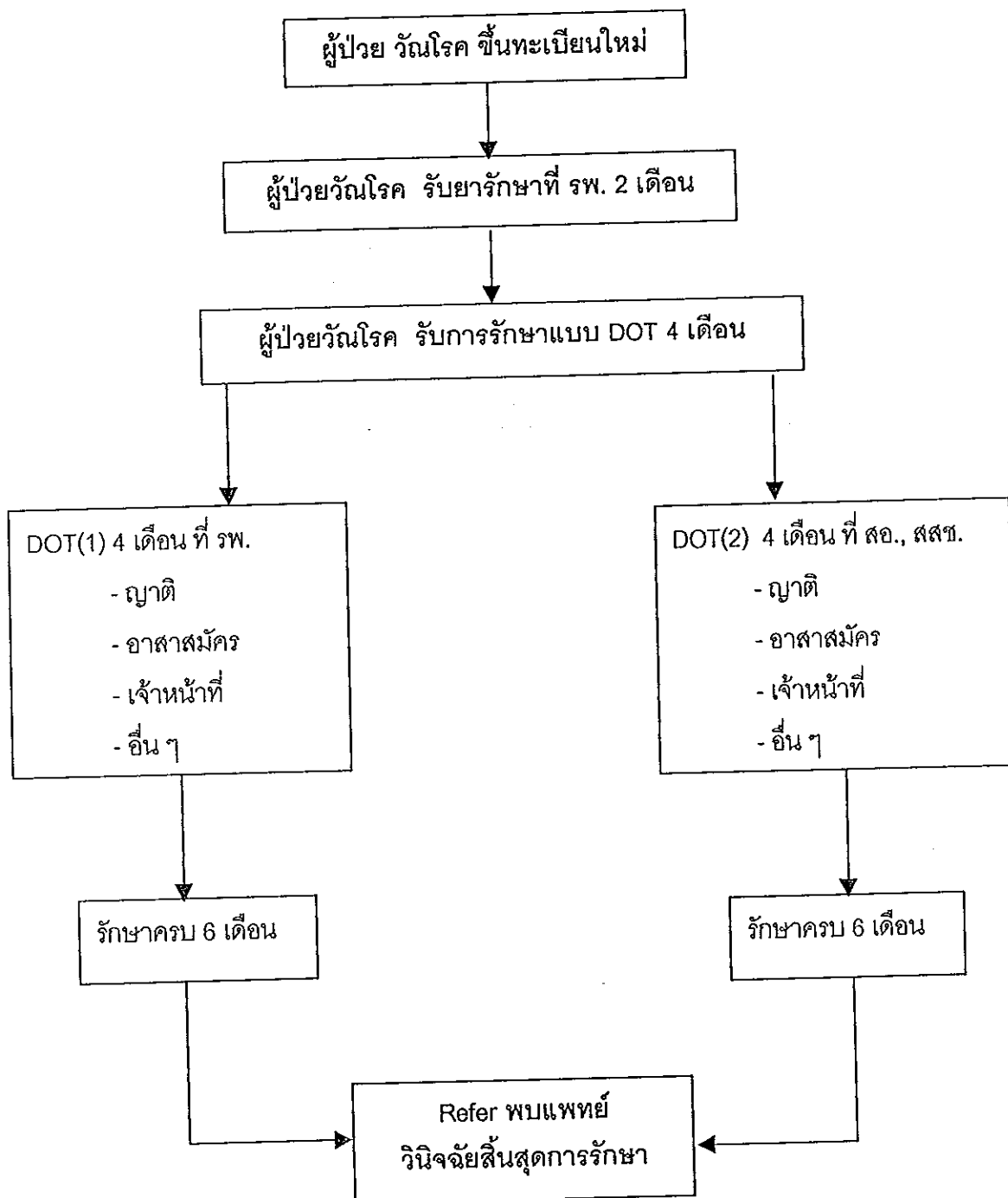
Treatment card, DOT card และยารักษาวัณโรค ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และทำหน้าที่ติดตามผู้ป่วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ส่งยารักษาวัณโรค สำเนา Treatment card, DOT card ให้สถานีอนามัย สถานีอนามัยออกติดตามผู้ป่วย เลือกวิธีการรักษาแบบ DOT โดยเจ้าหน้าที่ หรืออาสาสมัคร หรือญาติ ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยโดยให้อสม. และผู้ป่วยร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแบบ DOT เมื่อครบกำหนดแพทย์นัด เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ส่งตัวผู้ป่วยพบแพทย์พร้อมทั้งแจ้งประวัติผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนให้แพทย์ทราบดังภาพประกอบ 4

ภาพประกอบ 4 แนวทางการดำเนินงานรักษาวัณโรคแบบ DOTS ที่ผู้วิจัยนำเสนอ



เมื่อคณะกรรมการวิชาการ คปสอ. ได้ข้อเสนอจากผู้วิจัย คณะกรรมการฯ ได้ร่วมประชุมปรึกษาหารือในการจัดทำแผนปฏิบัติการรักษาวัณโรค แบบ DOTS ร่วมกับผู้วิจัย จนได้ข้อสรุปการรักษาวัณโรคแบบ DOTS ของอำเภอแม่ใจดังภาพประกอบ 5

ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยวัณโรค แบบ DOTS อำเภอแม่ใจ (ก่อนนำไปใช้)



จากภาพประกอบ 5 เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรค จะได้รับการลงทะเบียนที่คลินิกวัณโรค ผู้ป่วยรับยารักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลทุกเดือน เป็นเวลา 2 เดือน สำหรับเดือนที่ 3 ขึ้นไป หากผู้ป่วยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลผู้ป่วยจะรับยาต่อที่โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคจะเป็นผู้ติดตามผู้ป่วยจนผู้ป่วยรักษาครบ หากผู้ป่วยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยผู้ป่วยจะรับยารักษาวัณโรคที่สถานีอนามัย และติดตามผู้ป่วยจนรักษาครบ ทั้งผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย และผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล จะเลือกผู้สังเกตการณ์ยา โดยเรียงลำดับคือ ญาติผู้ป่วย อสม. เจ้าหน้าที่ และผู้อื่นที่มีความเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยวัณโรคกินยารักษาจนครบ จะส่งตัวผู้ป่วยพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อแพทย์จะได้วินิจฉัยให้สิ้นสุดการรักษา

คณะกรรมการวิชาการ คปสอ. และผู้วิจัย ร่วมกันจัดทำมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วย วัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ ของอำเภอแม่ใจดังตาราง 3

จากการกำหนดมาตรฐาน และแผนผังการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอำเภอแม่ใจ โดยคณะกรรมการวิชาการ คปสอ.และผู้วิจัย ได้นำไปปฏิบัติจริง ในพื้นที่อำเภอแม่ใจทุกตำบล

สรุปด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางและมาตรฐานการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ โดยได้เรียงลำดับผู้ที่จะเป็นผู้สังเกตการณ์ยาของผู้ป่วย คือ อันดับ 1 ญาติผู้ป่วย รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ และคนอื่น ๆ ที่เหมาะสมตามลำดับ ในส่วนความคิดเห็นของชุมชนและผู้ป่วย ในเรื่องผู้สังเกตการณ์ยาควรเป็นญาติของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่มีญาติผู้สังเกตการณ์ยาของผู้ป่วยก็ควรจะเป็น อสม. ซึ่งใกล้ชิดกับชุมชน

ตาราง 3 มาตรฐานการรักษามะเร็งปอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลกกับ DOTS อำเภอแม่ใจ
จังหวัดพะเยา

กิจกรรม	มาตรฐาน	เกณฑ์ / เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1. ด้านข้อมูล			
1.1 จัดทำทะเบียนผู้ป่วยใหม่	- มีทะเบียนผู้ป่วยใหม่ - มีทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน	- ทุกราย - ทุกราย	- สอ., สสอ., คลินิกวัณโรค
1.2 แจงรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคให้ District TB Co-ordinator (DTC).	- ตาม treatment card	- ทุกวันศุกร์	- คลินิกวัณโรค รพ.
1.3 แจงรายชื่อผู้ป่วยให้ สอ. สสอ.	- ตาม treatment card	- ทุกวันจันทร์	- DTC, สสอ.
1.4 สอ., สสอ. ติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน กรอกข้อมูล family DOTS card	- ผู้ป่วยรับยาที่ สอ. - บันทึกข้อมูลใน family DOTS card	- ทุกราย - ทุกราย	- สอ. , รพ. - สอ. , รพ.
1.5 จัดทำ รง. 506 รง.507 รง 400	- ตามแบบ รง.506 รง.507 รง. 400	- ทุก 1 เดือน	- สอ. , รพ.
1.6 รายงานผลการรักษาและสรุปผลการรักษา	- ตามระเบียบรายงาน	- ทุก 3 เดือน	- คลินิกวัณโรค รพ.
2. ด้านรักษาพยาบาล			
2.1 ให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนใหม่	- ตามมาตรฐานของ WHO	- ทุกราย	- คลินิกวัณโรค รพ.
2.2 ติดตามการรักษา	- บันทึกใน family DOTS card - ส่งเสมหะตรวจทุก เดือนที่	- ทุกราย - ทุกราย	- คลินิกวัณโรค รพ. - สอ. , รพ.
2.3 ติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา	1,5,6 - ผู้ป่วยที่ขาดยาเกิน 1 สัปดาห์	- ทุกราย	- สอ. , รพ.

กิจกรรม	มาตรฐาน	เกณฑ์ / เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
3. ด้านส่งเสริม / ป้องกันโรค			
3.1 ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้สัมผัสร่วมบ้าน	- มีเนื้อหาการป้องกันการแพร่กระจาย การปฏิบัติตัว การดูแลผู้ป่วยวัณโรค แบบ DOTS	- ทุกราย	- สอ. , รพ.
3.2 ส่งเสริมหะหาเชื้อวัณโรค ผู้สัมผัสร่วมบ้านตรวจ	- ตรวจเสมหะผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกราย	- ทุกราย	- สอ. , รพ.
3.3 จัดกิจกรรมให้ความรู้ในสัปดาห์ป้องกันวัณโรค 1 – 7 สิงหาคม ของทุกปี	- จัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้หรือกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้	- ปีละ 1 ครั้ง	- สอ. , รพ.
3.4 ให้วัคซีน BCG แก่กลุ่มเป้าหมาย	- เด็กแรกเกิดได้รับวัคซีน BCG ภายใน 14 ชั่วโมง	- ทุกราย	- สอ. , รพ.
	- เด็กนักเรียน ป.1 ได้รับวัคซีน BCG กระตุ้นในรายที่ไม่มี รอยแผลการฉีด BCG	- ทุกราย	- สอ. , รพ.

3. การประเมินผลหลังการแก้ปัญหา

3.1 คลินิกวัณโรค

ภายหลังจากการนำมาตราฐาน การรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีฟี่เลี้ยงดูแลกำกับอำเภอแม่ใจไปใช้ 1 เดือน ได้ติดตามการดำเนินงานของคลินิกวัณโรค พบว่า

3.1.1 ระบบยา เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคเป็นผู้จัดยาใส่ซอง (Drug Packet) สำหรับผู้ป่วยวัณโรคกินวันละซอง ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

3.1.2 นำบัตรบันทึกการกินยา (family DOT card) ที่ได้ปรับปรุงจาก DOT card เดิม (ภาคผนวก ค.) ให้ผู้สังเกตการกินยานำไปใช้บันทึกเมื่อผู้ป่วยกินยา

3.1.3 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค คลินิกวัณโรคไม่ได้ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามที่กำหนดในมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีฟี่เลี้ยงดูแลกำกับอำเภอแม่ใจที่กำหนดว่าคลินิกวัณโรคจะจัดส่งรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรคให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกวันศุกร์ ผู้วิจัยแจ้งปัญหาดังกล่าวให้สาธารณสุขอำเภอทราบและแก้ไขโดยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ประสานขอข้อมูลกับทางคลินิกวัณโรค

ผู้วิจัยได้ติดตามระบบข้อมูลผู้ป่วยหลังจากนำมาตราฐานฯ ไปใช้ 1 ปี พบว่าคลินิกวัณโรคไม่ได้ส่งข้อมูลผู้ป่วย ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค ตั้งแต่ 2 เม.ย. 2540 – 15 ธ.ค. 2542 ผู้ป่วยจำนวน 101 ราย พบข้อมูลที่ไม่ระบุ วัน เดือน ปี ที่จำหน่าย ถึง 49 ราย ในจำนวนนี้ไม่มีผลการรักษาจำนวน 2 ราย จะเห็นได้ว่าข้อมูลที่คลินิกวัณโรคยังไม่เป็นปัจจุบัน

การแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้น คลินิกวัณโรคได้เปลี่ยนเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน 2 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเปลี่ยน DTC ทบทวนบทบาทของทั้งคลินิกวัณโรค และ DTC ในการควบคุมวัณโรค โดยให้ DTC จัดทำทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคใหม่ทั้งหมด และติดตามนิเทศงานวัณโรคระดับตำบล และหมู่บ้าน คลินิกวัณโรคจะแจ้งข้อมูลผู้ป่วยให้ DTC ทันทีที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนใหม่ที่คลินิกวัณโรค จากการศึกษาที่กล่าวมาทำให้มีการติดตามผู้ป่วยอย่างจริงจัง ติดตามปัญหาการดำเนินงานในการประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกเดือน โดยเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคเข้าร่วมประชุมทุกเดือน

3.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

จากการติดตามผลการดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายหลังจากนำมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพีเสียดูแลกำกับอำเภอแม่ใจไปใช้ 1 ปี พบว่าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม่มีทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคของอำเภอ ช่วงเวลา 1 ปีเปลี่ยนผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ (DTC) ไป 4 คน เหตุผลของการเปลี่ยน DTC คือต้องการปรับปรุงระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.3 สถานีอนามัย

สถานีอนามัยไม่มีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เจ้าหน้าที่จึงไม่ได้ติดตามผู้ป่วย มีสถานีอนามัยเพียง 2 แห่ง ที่ติดตามผู้ป่วยในช่วงเดือน มี.ค. - พ.ค. 42 จำนวน 3 ราย สาเหตุที่ไม่ได้ติดตามผู้ป่วย คือไม่มีข้อมูลผู้ป่วย และไม่เห็นความสำคัญของการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

3.4 การติดตามการรักษาวัณโรคแบบมีพีเสียดูแลกำกับในชุมชน

ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วย 4 ราย และผู้ช่วยผู้วิจัยติดตามผู้ป่วย 6 ราย ผลสรุปแสดงในตาราง 4 ผู้ป่วย 4 รายที่ผู้วิจัยติดตามเองมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ป่วยรายแรก ผู้ป่วยเพศหญิง มาย อายุ 80 ปี อาศัยอยู่คนเดียว ลูกๆ แยกครอบครัวออกไปหมดทุกคน ก่อนที่จะนำมามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบ DOT มาใช้ ผู้วิจัยได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยกินยารักษาวัณโรคแบบที่ต้องจัดยากินเองมักลืมกินยาเสมอ ในวันที่ผู้วิจัยไปเยี่ยมผู้วิจัยนับเม็ดยาและดูวันนัดในใบนัดพบว่าไม่สัมพันธ์กันคือยาเหลือมากกว่าจำนวนวันก่อนถึงวันนัด

ภายหลังจากใช้มาตรฐานการรักษา ผู้วิจัยได้ติดตามผู้ป่วยทุกสัปดาห์ โดยให้หลานสาวของผู้ป่วย อายุ 12 ปี เป็นผู้ทำ DOT การติดตามภายหลังพบว่าผู้ป่วยกินยาเอง เนื่องจากหลานสาวไม่สามารถดูแลการกินยาให้ผู้ป่วยได้ เหตุผลเพราะไม่ได้พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และไม่มีเวลาดูแล

“...ไม่ต้องกลัวแม่จะไม่กินยาหรอกนะแม่กินยาทุกวัน แม่ก็อยากหาย หมอมาเยี่ยมบ่อย ๆ แม่ก็ตั้งใจนะ..”

ผู้ป่วยพูดถึงการกินยาเองโดยไม่ต้องมีคนมาคอยกำกับ ผู้ป่วยรายนี้มีความสนใจตัวเองดีมาก มีวินัยในการกินยา ผู้ป่วยจะบันทึกการกินยาลงในบัตรบันทึกการกินยาประจำครอบครัว (Family DOT Card) เอง

จากการติดตามของผู้ช่วยผู้วิจัย พบว่า ระยะ 2 เดือนหลังของการรักษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ไม่ได้มาเยี่ยมติดตามผู้ป่วย

และจากการติดตามครั้งสุดท้ายของผู้วิจัย เมื่อ 23 พฤษภาคม 2543 โดยตรวจสอบข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่คลินิกวัณโรค ระบุว่าผู้ป่วยรักษาหาย (Cure) แต่ไม่ปรากฏผลเสมหะในทะเบียน จากการสอบถามเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่ตอบว่าการวินิจฉัยครั้งสุดท้ายเก็บเสมหะผู้ป่วยไม่ได้ ผู้วิจัยจึงแนะนำให้เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยรักษาครบ (Complete-Treatment)

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นชาย โสด อายุ 25 ปี อาศัยอยู่กับพ่อแม่ อายุ 55 ปี ทั้งสองคน และมีน้องชาย อายุ 10 ปี อีกหนึ่งคน ผู้ป่วยกินยาเอง และบันทึกการกินยาบัตรบันทึกการกินยาประจำครอบครัวเอง ผู้ป่วยมีวินัยในการกินยามาก กินยาก่อนนอนทุกวัน

ผู้ป่วยได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะออกติดตามผู้ป่วยทุกสัปดาห์ในวันอาทิตย์ซึ่งเป็นวันหยุดราชการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เหตุผลของการติดตามผู้ป่วยในวันอาทิตย์เพราะว่าจะได้มีเวลานั่งคุยกับผู้ป่วย ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการกินยาและให้ผู้ป่วยรู้ว่าเจ้าหน้าที่เป็นห่วงสุขภาพของผู้ป่วย

ผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาล ทุกเดือนเพราะทางโรงพยาบาลนัดตรวจเสมหะทุกเดือน ครั้งสุดท้ายที่ผู้ช่วยผู้วิจัยไปติดตามผู้ป่วย ผู้ป่วยน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเริ่มป่วยมีน้ำหนัก 40 กิโลกรัม น้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็น 56 กิโลกรัม ผลการตรวจเสมหะครั้งสุดท้ายเป็นลบ

ผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นชาย โสด อายุ 41 ปี อาศัยอยู่กับแม่ อายุ 78 ปี ผู้ป่วยจะกินยาเอง และบันทึกลงในบัตรบันทึกการกินยาประจำครอบครัวเอง จากการขอดูบัตรบันทึกการกินยาพบว่าผู้ป่วยได้บันทึกการกินยาทุกวัน และจากการนับจำนวนของยาพบว่า การบันทึกการกินยากับจำนวนของยาที่เหลือตรงกัน แม่ของผู้ป่วยจะเป็นผู้คอยให้กำลังใจในการกินยา

"...แม่จะคอยเตือนให้เขากินยาเป็นประจำ อยากให้เขาหายเร็ว ๆ..."

แม่ของผู้ป่วยบอก ถึงความเป็นห่วงลูกจะคอยเตือนลูกให้กินยาสม่ำเสมอ

อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เคยมาเยี่ยมผู้ป่วยเลย ผู้ป่วยแจ้งกับผู้ช่วยผู้วิจัยที่ออกติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยจะไปรับยาที่โรงพยาบาลทุกเดือน ผลการรักษาผู้ป่วยรักษาหาย (Cure)

ผู้ป่วยรายที่ 4 อายุ 66 ปี เพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับ สามี ลูกชาย และลูกสะใภ้ จากการติดตามครั้งแรกของผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วยขาดการรักษาโดยไม่ได้ไปรับยามาได้ 2 เดือน เนื่องจากไม่มีใครไปส่งรับยาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยบอกว่า

“ไม่มีใครไปส่งรับยาที่โรงพยาบาล เลยไม่ได้กินยามา 2 เดือนแล้ว”

ผู้ป่วยมีอาการไอ เหนื่อยและผอม ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อโดยให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและสามี

ผู้วิจัยได้ติดตามข้อมูลผู้ป่วยที่สถานีอนามัย พบว่าเมื่อเริ่มการรักษาผู้ป่วยได้รับยา กินและยาฉีด ผู้ป่วยไปฉีดยาที่สถานีอนามัยแต่ไปไม่สม่ำเสมอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเคยไปติดตามผู้ป่วยถึงบ้าน ผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไปติดตามผู้ป่วยให้ไปรับการรักษา

การติดตามผู้ป่วยในเดือนถัดมาพบว่า หลังจากผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ป่วยไปรับการรักษา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มาติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ลูกชายผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาล และเป็นผู้ดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยเอง และทำเครื่องหมายในบันทึกการกินยาของผู้ป่วยทุกวัน จากการติดตามผู้ป่วยที่บ้านของเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ถึงแม้ลูกชายจะเป็นเอายาให้ผู้ป่วยกิน แต่ไม่ได้สังเกตการกินยา(กลืนยา)ทุกครั้ง และผู้ป่วยขาดการรักษา การติดตามผู้ป่วยครั้งสุดท้ายพบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิต

ผลการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 10 ราย และจากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยที่
 คลินิกวัณโรคและ ทะเบียนผู้ป่วยนอก(OPD card) เมื่อ 23 พฤษภาคม 2543 สรุปดังตาราง 4
 ตาราง 4 สรุปการรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายหลังการใช้มาตรฐานการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยง
 ดูแลกำกับอำเภอแม่ใจ

รายที่	อายุ	เพศ	DOT โดย	การติดตามโดย		ผลการรักษา
				จนท.	อสม.	
1	80	หญิง	กินยาเอง	ติดตามช่วงต้น	ติดตามช่วงต้น	รักษาหาย (Cure)
2	25	ชาย	กินยาเอง	ติดตาม	ไม่ติดตาม	รักษาหาย (Cure)
3	41	ชาย	กินยาเอง	ไม่ติดตาม	ไม่ติดตาม	รักษาหาย (Cure)
4	66	หญิง	ญาติ	ไม่ติดตาม	ไม่ติดตาม	เสียชีวิต
5	60	ชาย	กินยาเอง	ไม่ติดตาม	ไม่ติดตาม	รักษาหาย (Cure)
6	62	หญิง	ญาติ	ไม่ติดตาม	ติดตาม	รักษาหาย (Cure)
7	73	ชาย	ญาติ	ไม่ติดตาม	ติดตาม	รักษาหาย (Cure)
8	61	ชาย	ญาติ	ไม่ติดตาม	ไม่ติดตาม	อยู่ระหว่างการ รักษา
9	76	หญิง	ญาติ	ติดตาม	ไม่ติดตาม	เสียชีวิต
10	36	ชาย	ญาติ	ไม่ติดตาม	ติดตาม	รักษาหาย (Cure)

สรุปจากการติดตามผู้ป่วยจำนวน 10 ราย เห็นได้ว่าทั้ง อสม.และเจ้าหน้าที่สา
 ธารณสุข ติดตามผู้ป่วยไม่ครบ และผู้ป่วยกินยาเองในสัดส่วนสูง (4 ใน 10 ราย) มีผู้ป่วย 1
 รายที่ผู้ป่วยกินยาเอง และรักษาหาย(รายที่ 2) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามทุกสัปดาห์
 งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถกินยาเองได้โดยไม่ต้องมีผู้ดูแลกำกับกับการกินยา ไม่ต้องติด

ตามผู้ป่วย ก็สามารถรักษาให้หายได้ เช่น ผู้ป่วยรายที่ 3, 5 การรักษาวัดโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแล กำกับจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกราย

ผู้ป่วยที่มีญาติดูแลกำกับการกินยานั้น ญาติจะจัดยาให้ผู้ป่วยกินเอง ผู้ป่วยบางคนทำเครื่องหมายในบัตรบันทึกการกินยาเอง การกินยาของผู้ป่วยแบบนี้ไม่อาจจะนับได้ว่าเป็นการกินยาแบบมีผู้สังเกตการกินยา (DOT) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด(กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ในแผนการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ที่ให้มีผู้ดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยคือต้องมีผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องออกติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ ในระยะ 2 เดือนแรก ของการรักษา และติดตามผู้ป่วยทุก 1 เดือนในช่วงการรักษาเดือนที่ 3 ขึ้นไป แต่อาจกล่าวได้ว่าการให้ญาติดูแลและจัดยาให้ผู้ป่วยกิน และการติดตามผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการกินยา ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการกินยานานถึง 6 เดือน บางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยท้อแท้เบื่อยาไม่ยอมกินยา เพื่อให้การรักษาวัณโรคได้ผลควรให้ญาติเป็นผู้ดูแลการกินยาของผู้ป่วย

4. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแล กำกับ อำเภอแม่ใจ

4.1 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายประเด็นดังแสดงใน ตาราง 5 พบว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายจุด ที่น่าสนใจคือ การติดตามผู้ป่วยของ อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในช่วงก่อนดำเนินการวิจัย ไม่ได้ติดตามผู้ป่วย ช่วงขณะดำเนินการวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นคือมีการติดตามผู้ป่วย แต่หลังการวิจัยกลับไม่ติดตามผู้ป่วย ดังนั้นการติดตามผู้ป่วยถ้าจะให้ดำเนินการต่อเนื่องจะต้องมีระบบการนิเทศติดตามอย่างเข้มแข็ง จากทั้งผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ และจากผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา การที่ญาติดูแลการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคได้ดำเนินการต่อเนื่องทั้งในช่วงขณะทำการวิจัยและหลังการวิจัยทั้งที่ก่อนการวิจัยญาติไม่ได้ดูแลการกินยาของผู้ป่วย ด้านระบบข้อมูลทั้งคลินิกวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานเฝ้าระวังก่อนการวิจัยข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่มีข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน แต่ขณะดำเนินการวิจัย ได้มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นคือมีข้อมูลผู้ป่วยและทำให้เป็นปัจจุบัน หลังการวิจัยระบบข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ดังได้กล่าวมาแล้ว

ระบบการนิเทศติดตามการรักษาวัณโรคจะต้องทำอย่างเข้มแข็งในด้านการใช้มาตรฐานการรักษา
ผู้ป่วยวัณโรค การใช้ DOT card ที่มีการใช้อย่างต่อเนื่อง

ตาราง 5 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการวิจัย

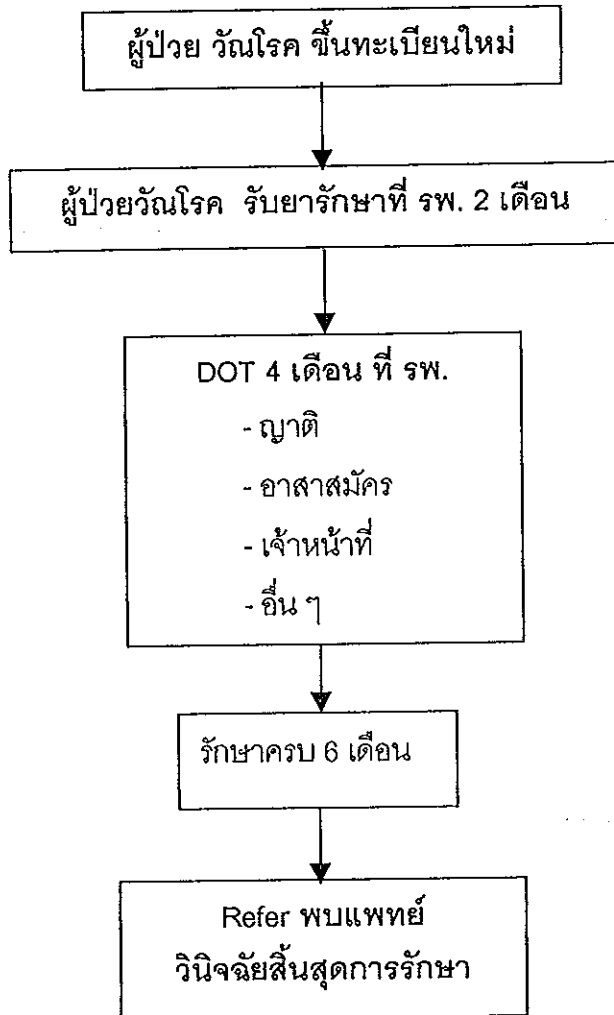
บุคคล/องค์กร/กิจกรรม	ก่อนดำเนินการวิจัย	ขณะดำเนินการวิจัย	หลังการวิจัย
อสม.	ไม่ติดตามผู้ป่วย	ติดตาม	ไม่ติดตาม
เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	ไม่ติดตามผู้ป่วย	ติดตาม	ไม่ติดตาม
ญาติ	ไม่ดูแลการกินยาของผู้ป่วย	ดูแลการกินยา	ดูแลการกินยา
คลินิกวัณโรค	ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง	ทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน	ข้อมูลไม่ถูกต้อง
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ไม่มีข้อมูลผู้ป่วย	มีข้อมูลผู้ป่วย	ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน
สถานีอนามัย	ไม่มีข้อมูลผู้ป่วย	มีข้อมูลผู้ป่วย	ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน
การรักษาวัณโรค	ไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติ	ใช้มาตรฐานการปฏิบัติ	ใช้มาตรฐานฯ ปรับปรุงมาตรฐาน
การใช้ DOT card	ไม่ใช้	ใช้ที่ปรับปรุงขึ้น	ใช้

4.2 รูปแบบที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ร่วมวิจัยได้ปรับปรุงขั้นตอนการรักษาวัณโรคแบบ DOTS อำเภอแม่ใจ ที่ได้จัดทำขึ้น (ดูภาพประกอบ 5 หน้า 56) เป็นขั้นตอนการรักษา ตามภาพประกอบ 6 และได้รูปแบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ อำเภอแม่ใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.2.1 ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบ DOTS ที่เหมาะสมกับ อำเภอแม่ใจ จากเดิม (ดูภาพประกอบ 5 หน้า 56) ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบ DOTS (ก่อนนำไปใช้) ที่มีลำดับขั้นตอนคือ ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค 2 เดือนแรกของการรักษา รับประทานยาที่โรงพยาบาล เดือนที่ 3 - 6 ของการรักษา แบ่งออกเป็น 2 ทางของการรักษา คือผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย รับประทานยาที่สถานีอนามัย ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล รับประทานยาที่โรงพยาบาล แต่เมื่อดำเนินการไปพบปัญหาคือผู้ป่วยบอกว่าการรับประทานยาที่สถานีอนามัยไม่ได้พบแพทย์ และไม่ได้ตรวจเสมหะ จึงได้ปรับขั้นตอนการรักษาให้เหมาะสมกับอำเภอแม่ใจ โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่โรงพยาบาลทั้ง 6 เดือนของการรักษา ตามภาพประกอบ 6

ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบ DOTS ที่เหมาะสมกับอำเภอแม่ใจ



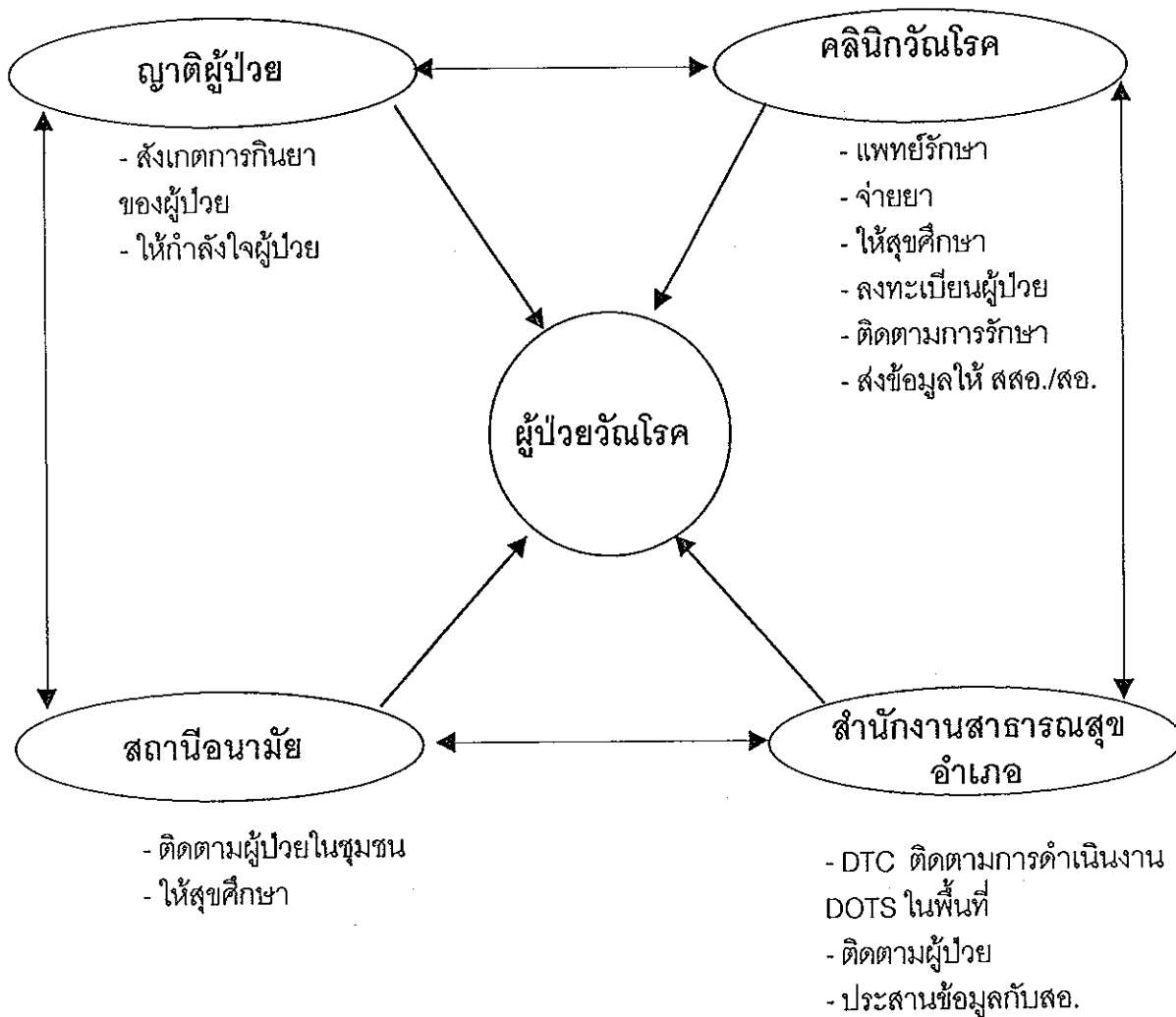
4.2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแล

กำกับ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับที่เหมาะสมกับอำเภอแม่ใจคือ การให้ญาติเป็นผู้สังเกตการกินยา และให้กำลังใจผู้ป่วย คลินิกวัณโรคทำหน้าที่ลงทะเบียนผู้ป่วยให้สุขศึกษา จ่ายยาให้กับผู้ป่วย ส่งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และติดตามการรักษาผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอติดตามผล

การดำเนินงาน รักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ DOTS คือนิเทศติดตามการดำเนินงานของสถานีนามัย ประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบงานควบคุมวัณโรคในระดับสูงขึ้นไป สุ่มติดตามผู้ป่วยในชุมชน ประสานงานข้อมูลผู้ป่วยกับสถานีนามัย สถานีนามัย ติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ตลอดการรักษา เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการรักษา การควบคุมวัณโรค ดังภาพประกอบ 7

ภาพประกอบ 7 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา



อภิปรายผล

การรักษาวัณโรคด้วยกลยุทธ์ DOTS เป็นการรักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพที่สุดในปัจจุบัน (WHO, 1997) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเฝ้าสังเกตการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเพื่อให้ผู้ป่วยได้กินยา ทุกวันสม่ำเสมอตลอดช่วงการรักษา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พยายามที่จะศึกษาความเป็นไปได้ที่จะให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ โดยให้ชุมชนร่วมคิด ร่วมกำหนดรูปแบบ ร่วมปฏิบัติในกิจกรรมการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ และร่วมประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ

1. สถานการณ์การรักษาวัณโรคและการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับของการวิจัย

สถานการณ์การรักษาวัณโรคของอำเภอแม่ใจก่อนการวิจัย แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ให้การรักษาตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก แต่แพทย์ของโรงพยาบาลไม่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรของกองวัณโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ซึ่งเนื้อหาของกรอบประกอบด้วยหลักการดำเนินการของ DOTS การจัดรูปองค์กร และการควบคุมกำกับในระดับอำเภอ ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ตรวจวินิจฉัยและส่งการรักษา บทบาทหน้าที่ของ DTC ระเบียบงานต่าง ๆ ที่ต้องการกำหนดเวลาที่จะต้องมีการส่งรายงานและขั้นตอนในการส่งรายงานตามลำดับ และความต้องการในการนิเทศและการฝึกอบรมในระดับอำเภอ ทำให้การรักษาวัณโรคเป็นไปตามความเห็นของแพทย์แต่ละคน แพทย์บางคนรักษาไม่ตรงตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก

การจ่ายยาให้ผู้ป่วยของการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาลแม่ใจ ข้อมูลเชิงประจักษ์คือการจ่ายยาจะจ่ายยาเป็นซอง แยกชนิดยาให้ผู้ป่วยไปจัดยากินเอง อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายในการจัดยากินเอง ยิ่งถ้าเป็นผู้ป่วยสูงอายุอาจหลงลืม ว่าซองไหนจำนวนกี่เม็ด ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการกินยาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ยุทธิชัย ที่ว่าผู้ป่วยน้อยรายมากที่มีวินัยในการกินยาที่ดีเยี่ยม (ยุทธิชัย เกษตรเจริญ, 2540)

คลินิกวัณโรคซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการลงทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการ รักษา และติดตามการรักษาผู้ป่วย แต่กลับมีระบบข้อมูลที่ไม่เป็นปัจจุบัน และไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรจะเป็น

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เปลี่ยนตัว DTC บ่อย ในช่วง 2 ปี (พ.ศ. 2540 - 2541) เปลี่ยน DTC ถึง 3 คน การส่งต่องานที่รับผิดชอบไม่เป็นระบบ การส่งต่อเอกสารต่าง ๆ ไม่ได้ส่งมอบ คนที่รับผิดชอบใหม่ต้องเริ่มต้นทำงานใหม่ค้นหาข้อมูลใหม่เองทำให้ขาดความต่อเนื่องของข้อมูล ผู้ที่รับผิดชอบงานวัณโรค ต้องรับผิดชอบงานอื่นด้วย เช่นงานควบคุมโรคอื่น งานส่งเสริมสุขภาพ งานพัสดุ การรับผิดชอบงานหลายงานพร้อมกันหากไม่สามารถจัดสรรเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้มองเห็นความสำคัญของงานควบคุมวัณโรคน้อยลงไป

สถานือนามัยนั้นไม่มีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในเขตรับผิดชอบ ทั้งที่มีผู้ป่วยไปลงทะเบียนรักษาวัณโรคกับทางโรงพยาบาล การติดตามการรักษาและการควบคุมโรคในชุมชนทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทั้งที่เป็นบทบาทหนึ่งของสถานือนามัยในการควบคุมป้องกันโรค

ด้านประชาชน จากการสนทนากลุ่ม การร่วมประชุมกับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรค ชุมชนมีประสบการณ์เกี่ยวกับวัณโรค คือเคยเห็นผู้ป่วยวัณโรค ในชุมชน และรู้ว่าผู้ป่วยวัณโรค จะมีอาการไอ ร่างกายผอม จะต้องกินยาจำนวนมาก และรักษาต่อเนื่องหลายเดือน ชุมชนมีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรค แต่ไม่มีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ความเห็นที่จะให้มีผู้สังเกตการณ์ยาของผู้ป่วย ชุมชนเห็นว่า ผู้ที่จะมาทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ยาของผู้ป่วยควรเป็นญาติผู้ป่วยซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยไม่มีญาติ อสม. ก็ควรจะเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ยาของผู้ป่วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลกินสัน และ เดวีส์ (Wilkinson and Dawies, 1996) ที่ทำการศึกษาการรักษาผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในอัฟริกาใต้ ผู้ที่เป็นผู้สังเกตการณ์ยาของผู้ป่วยจะเป็นอาสาสมัครที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือเป็นคนขายของในร้านค้าในชุมชน คนสอนศาสนา ครู เจ้าของกิจการ หัวหน้าหมู่บ้าน ในเรื่องเดียวกันทางด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ลำดับความสำคัญของญาติ เป็นอันดับหนึ่ง ในการเป็นผู้สังเกตการณ์ยาของผู้ป่วย รองลงมาคือ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่มีความเหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อเสนอของ นิรัช, สายัณห์ และยุทธิชัย (2540) ที่เสนอลำดับความสำคัญของผู้ที่จะเป็นผู้สังเกตการณ์ยาของผู้ป่วยคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือ และสามารถตรวจสอบได้ในเรื่องของการเป็นผู้สังเกตการณ์ยาของผู้ป่วย ส่วนญาติผู้ป่วยนั้นเสนอไว้ให้เป็นทางเลือกสุดท้าย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดทำมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงดูแลกำกับ อำเภอแม่ใจ ขึ้นโดยยึดแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) และประยุกต์ให้เหมาะสมที่จะใช้ได้ แต่ในทางปฏิบัติไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดในระดับบริหารมีความพยายามที่จะปรับปรุงการปฏิบัติ โดยมีการประชุมทบทวนการปฏิบัติตามมาตรฐานถึง 2 ครั้ง และมีการปรับเปลี่ยนตัวเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรค ทั้งคลินิกวัณโรค และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ การจะให้เกิดการดำเนินงานรักษาวัณโรคแบบ DOT นั้นจำเป็นที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับบริหารตั้งแต่ผู้บริหารระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงดูแลกำกับ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงดูแลกำกับจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา แต่ยังไม่ร่วมดำเนินการคือไม่ได้ติดตามผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยในการกินยา และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีปัญหา และไม่ได้ร่วมประเมินผลที่เกิดขึ้น ตามข้อเสนอของ กัญญา ศุภจรรยา(2527) เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง(2526) และไพรัตน์ เดชะรินทร์(2527) ที่เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาไว้ 4 ขั้นตอน คือ 1. การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา 2. ร่วมดำเนินการในกิจกรรมการพัฒนา 3. ร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา 4. ร่วมประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา

จากผลการวิจัยพบว่า การการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงดูแลกำกับ (DOT) ได้รูปแบบที่เป็นไปได้คือการให้ญาติดูแลผู้ป่วยโดยมีแนวทางจากประเด็นหลัก (theme) คือ เป็นคนใกล้ชิด เป็นผู้ให้กำลังใจ การรักษาวัณโรคของอำเภอแม่ใจโดยให้ญาติเป็นผู้ดูแลกำกับการกินยาในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 ราย รักษาหาย ถึง 4 ราย เสียชีวิต 1 ราย อยู่ระหว่างการรักษา 4 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดชา เจริญมิตร และธีรวัฒน์ วลัยเสถียร (2541) ที่ได้ศึกษาการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงดูแลกำกับ มีอัตรารักษาหายขาด ถึงร้อยละ 94.7 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 76.2 ญาติเป็นผู้ดูแลกำกับการกินยา แต่การศึกษาครั้งนี้ทำการติดตามผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ยังไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นการรักษาวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงดูแลกำกับ เพราะผู้ป่วย

ส่วนหนึ่งกินยาเอง และผู้ป่วยที่มีญาติคอยดูแลกำกับการกินยานั้น เป็นเพียงการจัดยาให้ผู้ป่วยกิน แต่ตอบไม่ได้ว่าได้เฝ้าสังเกตจนผู้ป่วยกินยา

แต่อาจกล่าวได้ว่าการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับการของอำเภอแม่ใจ นั้น ควรให้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลกำกับการกินยา เพราะความเป็นญาติ ความใกล้ชิด จะมีความห่วงใยในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้อื่น อีกประการหนึ่งอำเภอแม่ใจยังมีความเป็นสังคมชนบทที่ชาวบ้านที่เป็นญาติพี่น้องกัน จะอยู่อาศัยร่วมชายคาเดียวกัน หรือปลูกบ้านอยู่ละแวกเดียวกัน

บทที่ 5

สรุป และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ เอช ไอ วี(HIV)

สรุป

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาคือ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เป็นการเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (purposive) ผู้เข้าร่วมวิจัย 48 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 9 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 13 คน กลุ่มแม่บ้าน 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 8 คน ผู้ป่วยวัณโรค 10 คน

การวิจัยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบบอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach) ในขั้นวางแผน(plan) เป็นการวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เกิดส่วนประกอบ 3 ส่วน ของกลยุทธ์ DOTS คือ 1 กลยุทธ์ด้านนโยบายการควบคุมวัณโรคที่ชัดเจน และยั่งยืน 2. กลยุทธ์การรักษาผู้ป่วยแบบมีผู้สังเกตการกินยา (DOT) 3. กลยุทธ์การพัฒนาระบบรายงานและการติดตามการดำเนินงาน และการวิจัยร่วมกับชุมชน เพื่อค้นหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีผู้สังเกตการกินยา (DOT) ขึ้น ปฏิบัติการและการสังเกต (action and observe) ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และตรวจสอบการปฏิบัติ ของผู้ร่วมวิจัยทุกฝ่าย ขึ้นการสะท้อนกลับ (reflection) จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงาน กลุ่มผู้ร่วมวิจัย และแจ้งผลการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง ขึ้นการประเมินผล (Evaluation) เป็นการติดตามการรักษาผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 10 ราย และประเมินบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรค ของอำเภอแม่ใจ ตั้งแต่ปี 2538 - 2541 อัตราป่วยด้วยวัณโรคคิดเป็น 101, 80.8, 93, และ 68.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งปี 2538 - 2540 สูงกว่าเป้าหมายแผนฯ 8 ที่กำหนดไว้ว่าอัตราป่วยด้วยวัณโรคไม่เกิน 76 ต่อประชากรแสนคน แต่ปี 2541 มีอัตราป่วยด้วยวัณโรคต่ำกว่าเป้าหมาย แผนฯ 8 สาเหตุอาจมาจาก ข้อมูลวัณโรคของอำเภอแม่ใจ ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หรืออาจเป็นเพราะผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในชุมชนไม่ได้มาลงทะเบียนรักษา

ระบบการรักษาวัณโรค ก่อนการวิจัยของอำเภอแม่ใจ ไม่ได้ดำเนินการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ การจ่ายยาให้กับผู้ป่วยวัณโรค ที่รับยาไปกินที่บ้าน โรงพยาบาลจะจ่ายยาแบบแยกชนิดยา โดยแยกยาเป็นซอง ๆ ด้านการประสานงาน และประสานข้อมูล ระหว่างคลินิกวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ไม่ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ที่ให้ผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ (District Tuberculosis Coordinator) รับผิดชอบทะเบียนวัณโรคระดับอำเภอ นิเทศงานสถานีอนามัยทุกแห่ง ประสานงานระหว่าง คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล และสถานีอนามัย

การที่ไม่ได้ดำเนินการในเรื่องการประสานงาน และการนิเทศงานสถานีอนามัย ประกอบกับการไม่ได้รับการนิเทศงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ข้อมูลวัณโรคของอำเภอแม่ใจไม่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลไม่ครบถ้วน ข้อมูลที่อยู่ของผู้ป่วยบางรายไม่ตรงกับความเป็นจริง ด้านตัวแทนชุมชนที่ร่วมวิจัย มีประสบการณ์ในการเห็นผู้ป่วยวัณโรค รู้ว่าผู้ป่วยวัณโรคต้องกินยาหลายขนาน กินยาติดต่อกันเป็นเวลานาน และทราบว่าวัณโรคติดต่อโดยการสูดเอาละอองเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคเข้าปอด

ในขั้นปฏิบัติการและสังเกต (กระบวนการแก้ปัญหา) ผู้วิจัยได้ร่วมกับ คณะกรรมการวิชาการ ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จัดทำมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ ของอำเภอแม่ใจ และนำมาตรฐานการรักษาวัณโรคของอำเภอแม่ใจไปใช้ปฏิบัติจริง ด้านการให้มีผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค ตามมาตรฐานฯ กำหนดเรียงลำดับความสำคัญของผู้ที่จะเป็นผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย คือ ญาติผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคคลอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมที่จะเป็นผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวทางการดำเนินการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ได้ลำดับความสำคัญของผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรทางสาธารณสุข

สุข หรือผู้นำในชุมชนที่เชื่อถือได้(เช่น ผู้ใหญ่บ้าน พระ ครู ผู้จัดการโรงงาน อสม.) และสุดท้ายคือญาติผู้ป่วยที่เชื่อถือได้ ในส่วนของตัวแทนชุมชนและผู้ป่วย ก็เลือกให้ญาติเป็นผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย

หลังจากได้ข้อสรุปในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับของอำเภอ และนำไปปฏิบัติจริงได้ติดตามประเมินผล การดำเนินงาน พบว่า คลินิกวัณโรคได้จัดยาใส่ซอง (drug packet) สำหรับผู้ป่วยวัณโรคกินวันละซอง และได้นำเอาบัตรบันทึกการกินยาประจำครอบครัว ให้ผู้ป่วยบันทึกเมื่อผู้ป่วยกินยา แต่ระบบข้อมูลวัณโรคของอำเภอยังคงไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครบถ้วน และจากการติดตามการรักษาผู้ป่วยในชุมชนจำนวน 10 ราย ผู้ป่วย 4 ราย กินยาเอง อีก 6 รายญาติเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยกินแต่ไม่ได้สังเกตผู้ป่วยกินยา ผู้ป่วยหนึ่งในจำนวน 4 รายที่กินยาเอง นั้นให้เหตุผลว่าต้องการหายจากการป่วยเป็นวัณโรค ผู้ป่วย 1 รายที่กินยาเอง ได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่องตลอดการรักษาจนผู้ป่วยได้รับการรักษาหาย ซึ่งการติดตามของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกินยารักษาวัณโรคต่อเนื่อง และกินยาครบตามการรักษา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยขอเสนอข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยดังนี้

1 ระบบข้อมูลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคต้องทำให้ทันสมัยตลอดเวลา เพื่อให้ประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาผู้ป่วย อีกทั้งการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างคลินิกวัณโรค กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังสถานีนามัยที่มีผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ สถานีนามัยจะได้ออกติดตามผู้ป่วย

2 งานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องนิเทศงานวัณโรคอย่างสม่ำเสมอ และมีคุณภาพในการนิเทศ เพื่อให้การรักษาและควบคุมวัณโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ

3 การปรับเปลี่ยนหรือโยกย้ายผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ (DTC) เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน ควรส่ง DTC เข้ารับการฝึกอบรมจากงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นการเฉพาะราย เพื่อให้การปฏิบัติงานของ DTC เป็นไปด้วยความถูกต้อง และเกิดความเชื่อมโยงของงานควบคุมวัณโรค

4 ควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณเป็นค่าตอบแทน (Incentive) สำหรับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหาย หรือรักษาครบ เพื่อเป็นแรงเสริมให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง และพิจารณาการให้โทษสำหรับกรณีที่เจ้าหน้าที่ละเลยการติดตามผู้ป่วยวัณโรคให้ได้รับการรักษาหาย รักษาครบ

5 ควรกระตุ้นให้ประชาชนรับทราบถึงปัญหาความรุนแรงของวัณโรคและวัณโรคดื้อยาหลายขนานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ

บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. มปป. รายงานประจำปี 2532. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กรรณิกา ชมดี. 2524. "การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ : ศึกษา
เฉพาะกรณีโครงการสารภี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี",
วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กระทรวงสาธารณสุข. 2541. แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการควบคุม
วัณโรคตามแนวทางใหม่ประเทศไทยและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและ
บุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับเขตและจังหวัด. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กองสถิติ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2535. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2533
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองสถิติ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2536. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2534
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองสถิติ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2537. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2535
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองสถิติ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2538. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- กัญจนาศุภกรรยา. 2527 "การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน การศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านแห่งหนึ่งในแถบภาคเหนือตอนบน", วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาสังคมการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจน์สิริ เสรีรัตนนคร และคณะ. 2540. "การทดลองดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคใช้แผนการรักษา ระยะสั้น ภายใต้การดูแลการรับประทานยาโดยตรง" เอกสารเย็บเล่ม ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2540.
- จำเริญ บุญยรังษี และสายัณห์ แก้วเกตุ. มปป. TB การใช้ยุทธศาสตร์ DOTS ให้กว้างขวาง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เจริญ ชูโชติถาวร, ชาญณรงค์ สุดสามารถ, โสภา พรชัยพลทวี. 2540. "การติดเชื้อ Mycobacterium Kansasii ในผู้ป่วยโรคเอดส์ : รายงานผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย", วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 18(กค. - กย. 2540), 224 - 229.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. 2526. "การระดมประชาชนเพื่อพัฒนาชนบท", เศรษฐศาสตร์ปริทัศน์. 6, 270-275
- ชาติ จันทการบัณฑิต และกมลภรณ์ เสราดี. 2536. กระบวนการวิจัย : แนวทางการทำวิจัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นครสวรรค์ : สวรรค์วิถีการพิมพ์.
- ดวงจันทร์ รัตนมาลัย. 2539. "การใช้ยาและการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรครักษาด้วยระบบยา ระยะสั้น 4 จังหวัดในความรับผิดชอบของศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา", วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 18(เมย. - มิย. 2539), 103 - 119.
- เดชา เจริญมิตร และธีรวัฒน์ วลัยเสถียร. 2541. "การประเมินผลการดำเนินงานรักษาวัณโรค ด้วยวิธี DOTS ของ รพช. 2 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2540", วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา 4 (กพ. - พค. 2541), 38 - 54.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2527. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนารายงานการประชุม เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน นโยบายและกลวิธี. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์การศึกษา นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

นัสดา ศรียากัย, บัญญัติ ปริญญาพันธ์. 2540. "National Tuberculosis Programme (NTP) แผนงานวัณโรคแห่งชาติ", วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 18 (กค - กย. 2540), 231 - 242.

นิตยา ระวังพาล มปป. การรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยวิธี DOTS. เอกสารเย็บเล่ม.

นิรัช หุ่นดี, สายัณห์ แก้วเกต และยุทธิชัย เกษตรเจริญ. 2540. "แนวทางสำหรับการรักษา วัณโรคแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ในประเทศไทย", วารสารวิชาการสาธารณสุข. 6 (ม.ค. - มี.ค. 2540), 160 - 169.

นิตา ชูโต. 2538. การประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : หจก. พี.เอ็น. การพิมพ์.

บัญญัติ ปริญญาพันธ์ และชัยเวช นุชประยูร. 2536. "สถานการณ์ของวัณโรคในปัจจุบัน". วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 14 (มค. - มีค. 2536), 1 - 3.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. "การมีส่วนร่วมของชุมชน", วารสารสุขศึกษา. 8 (เมย. - มิย.) 65 - 70

ประวิทย์ เอี่ยมวิถีนิช และบุญเที่ยง พันธุ์สิวกานต์. 2541. "การศึกษามลการรักษาวัณโรค ปอดโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2539". วารสารวิชาการเขต 12. 9 (มค. - มีค. 2541), 7 - 16.

พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539. "รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอ็ดส์". วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพชรวรรณ พึ่งรัศมี และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. 2542. รายงานการทบทวนเอกสารทางวิชาการเรื่อง วัณโรค หัวข้อ การรักษาวัณโรคโดยมีผู้กำกับการบริหารยา เอกสารเย็บเล่ม

ไพรัตน์ เดชะรินทร์. 2527. "นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาในปัจจุบัน", การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุทธิชัย เกษตรเจริญ และคณะ. 2538. "การควบคุมกำกับการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคโดยสมาชิกในครอบครัว", วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 16 (ตค. - ธค. 2538), 273 - 249.

ยุทธิชัย เกษตรเจริญ. 2540. 10 คำถาม - คำตอบ สำหรับการรักษาวัณโรคภายใต้การสังเกตโดยตรง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ประจำปี 2540 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 16 ตุลาคม 2540.

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. 2526. หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อนุเคราะห์ไทย.

ศรีประภา ธนะพิมพ์ และวัลลภ ปายะนันท์. 2540. กลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรครายงานขององค์การอนามัยโลก เรื่องการระบาดของวัณโรค ปี 2539. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมบุญ ผ่องอักษร. 2529. "מצוראח געבן אין עקמית". 20 ปี ศูนย์วัณโรคเขต 12 จังหวัดยะลา. กรุงเทพฯ : อมรินทร์การพิมพ์.

สมศักดิ์ อรรถศิลป์. 2540. "ประเภทของผู้ควบคุมกำกับการกินยาและผลในการรักษาวัณโรคแบบมีผู้สังเกตโดยตรงภาคสนาม : กรณีศึกษาจังหวัดยโสธร", วารสารโรคติดต่อ. 4 (ตค. - ธค. 2540), 534 - 540.

สมอาจ วงษ์ขมทอง. 2536. "แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบดั้งเดิม", วารสาร
 สาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนา. 6 (ม.ค. - มีย. 2536), 23 -33.

สมัย กังสรว และคณะ. 2540. "การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วย
 ระบบยาระยะสั้นตามปกติและแบบมีฟี่เลี้ยงกำกับดูแล (DOTS)". วารสารวัณโรคและโรค
 ทรวงอก. 18 (มค. - มีค. 2540), 7 - 15.

ส่วนข้อมูลข่าวสาร สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2536. สถิติสา
 ธารณสุข พ.ศ. 2534 กรุงเทพฯ : มปท.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. มปป. รายงานประจำปี 2538. มปท.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. มปป. เอกสารประเมินผลงานสาธารณสุขจังหวัด
 พะเยา ปี 2539. มปท.

สิริลักษณ์ จันทร์มะ. 2541 "การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้าน
 มที่ได้รับการผ่าตัด". วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล
 ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สิริวรรณ เดียวสุรินทร์. 2542 "การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ
 และคอ". วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัย
 ชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุจินต์ ดาววีระกุล. 2527. "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนา
 หมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัด
 นครสวรรค์". วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุดิศา รัตนสมานาร. 2542 "การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 เลือดสมอง". วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัย
 ชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สุดศิริ หิรัญชอุณหะ. 2541 "การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง". วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา นิลเพชร. 2539. "ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติของชาวประมงพื้นบ้านชายฝั่งทะเลจังหวัดกระบี่และตรัง". วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เสนห์ จามริก และคณะ. 2524. นโยบายในการพัฒนาชนบท ชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. 2536. "การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล", วารสารพยาบาล. 42 (มค. - มีค. 2536), 16 - 31
- Albert Neher, et al. 1996. "Directly observed intermittent short-course chemotherapy in the Kathmandu valley". *Tubercle and Lung Disease*. 77 (1996), 302 - 307.
- China Tuberculosis Control Collaboration. 1996. "Results of directly observed short - course chemotherapy in 112842 Chinese patients with smear - positive tuberculosis", *The Lancet*. 347 (February 10, 1996), 358 - 836.
- David Wilkinson, Geraint R Davies. 1996. "Directly Observed Therapy for Tuberculosis in Rural South Africa 1991 through 1994". *American Journal of Public Health*. 86 (August 1996), 1094-1097.
- Fonaroff. 1983. "Community involvement in health system for primary health care", SHS / 83.6 WHO. Geneva.
- Kuaban C, et al. 2000. "Anti-tuberculosis drug resistance in the West Province of Cameroon". *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 4 (Apr.2000), 356.-360.

- Li-xing Zhang, Guan-quing Kan and Chang-wen Liu. 1989. "A model of fully Supervised chemotherapy for pulmonary tuberculosis in the Tuberculosis Control Programme in a rural area of China". *Bulletin of International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*. 64 (March 1989), 20 – 21.
- Michael D Iseman, David L. Cohn, John A. Sbarbaro. 1993. "Sounding Board Directly Observed Treatment of Tuberculosis". *The New England Journal of Medicine*. 328 (Feb 1993), 556 – 558.
- Peter Reason. 1994. "Three Approaches to Participative Inquiry", *Handbook of Qualitative Research*. Sage Publication Inc. : California.
- Stephen Kemmis and Robin McTaggart. 1990. *The Action Research Planner*. Third edition. Nation Library of Australia. : Australia.
- Wafaa El-Sadr, Frantz Medard and Vladimir Barthaud. 1996. "Direct Observed Therapy for Tuberculosis : The Harlem Hospital Experience, 1993". *American Journal of Public Health*. 86 (August 1996), 1146-1147.
- WHO. 1998 *WHO Report on the Global Tuberculosis Epidemic*. 1998. TB A Crossroads S.C.O.P.-S.A.D.A.G., Bellegarde : France.
- Wilkinson, Geraint R Davies and Catherine Connolly. 1996. "Directly Observed Therapy for Tuberculosis in Rural South Africa, 1991 through 1994". *American Journal of Public Health*. 86 (August 1996), 1094 – 1097.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แนวการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ป่วยวัณโรคปอด

วัตถุประสงค์

เพื่อทราบข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยในการดำเนินการโครงการวิจัย

1. บทเริ่มต้น

1.1 แนะนำตัว ทำความรู้จักกับผู้ป่วย ถามข้อมูลทั่วไป

1.2 อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1.3 ขออนุญาตจัดบันทึก และบันทึกเทปการสัมภาษณ์ อธิบายถึงเหตุผลของการจัดบันทึก และการบันทึกเทป

2. การรักษาวัณโรคในปัจจุบัน

2.1 ช่วยกรุณาเล่ารายละเอียดให้ฟังได้หรือไม่ว่า เมื่อหมอบอกว่าท่านป่วยเป็นวัณโรค ท่านทำการรักษาอย่างไร

2.2 สุขภาพของท่านปัจจุบันเป็นอย่างไร

2.3 ท่านกินยารักษาวัณโรคเวลาใด เก็บยาไว้ที่ใด กินยาสม่ำเสมอหรือไม่

2.4 ท่านรู้หรือไม่ว่าต้องกินยานานเท่าใด

2.5 ท่านกินยาแล้วมีอาการข้างเคียงหรือไม่

2.5 หมอบอกท่านว่าอย่างไรเกี่ยวกับการรักษา

3. การติดต่อของวัณโรค และการป้องกันการติดต่อ

3.1 ท่านคิดว่าโรคที่ท่านเป็นอยู่นี้ติดต่อผู้อื่นได้หรือไม่ อย่างไร

3.2 การป้องกันไม่ให้โรคนี้ติดต่อไปยังผู้อื่น เช่น คนในครอบครัว ลูกหลาน ท่านจะอย่างไร

3.3 ท่านคิดว่า การกินยาครบตามที่หมอสั่ง มีความสำคัญอย่างไร

4. ความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมโครงการ

- 4.1 เมื่อคนมาช่วยดูแลการกินยาของท่าน ท่านคิดอย่างไร
- 4.2 เมื่อมีคนมาช่วยดูแลการกินยาของท่าน ท่านคิดว่าควรเป็นใคร ทำไม
- 4.3 ท่านสนใจที่จะร่วมในโครงการหรือไม่

5. บทส่งท้าย

- 5.1 พูดคุยเรื่องอื่น ๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลายก่อนจบการสัมภาษณ์
- 5.2 ขอบขอบคุณผู้ป่วย
- 5.3 หาผู้ป่วย ยินดีเข้าร่วมโครงการ ให้ผู้ป่วยลงนามใบยินดีเข้าร่วมโครงการ
- 5.4 ลากลับ

แนวการสังเกต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสังเกตสถานการณ์ที่ปรากฏ ขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
2. เพื่อตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าร่วมโครงการ

แนวการสังเกต

1. สังเกตเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก โดยการสังเกตสถานที่เก็บยา การกินยา ให้สาธิตให้ดู
2. สังเกตปฏิกิริยา ของผู้เข้าร่วมโครงการ
3. สังเกตปฏิกิริยาโต้ตอบของญาติผู้ป่วย
4. สังเกตวิธีการปฏิบัติของผู้สังเกตการกินยา
5. สังเกตสีปัสสาวะของผู้ป่วย
6. สังเกตแบบบันทึกการกินยาของผู้ป่วย
7. นับจำนวนยาที่เหลือ
8. สอบถามถึงการแนะนำของผู้สังเกตการกินยา
9. สอบถามการไปตรวจรักษา ที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัด

แนวการสนทนากลุ่ม

“การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรักษาวัณโรค แบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ”

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวทางเบื้องต้นในการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ โดยชุมชน

1. บทขึ้นต้น

1.1 แนะนำตัว

1.2 อธิบายจุดประสงค์ของการจัดสนทนากลุ่ม

1.3 ขอให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นเต็มที่

1.4 ขออนุญาตจดบันทึก และบันทึกเทปการสนทนา อธิบายถึงเหตุผลในการจดบันทึกและการบันทึกเทป

1.5 ทำความรู้จักกับผู้ร่วมสนทนา แต่ละคน ทักทาย ถามชื่อ พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้ผู้ร่วมสนทนาเกิดความรู้สึกผ่อนคลายความตื่นตัวและเป็นการสร้างบรรยากาศของการสนทนาให้เป็นกันเองมากที่สุด

2. ความหมายของวัณโรค

2.1 มีคนบอกว่า วัณโรคเป็นโรคติดต่อได้ ท่านเชื่อหรือไม่เพราะอะไร ติดต่อทางใด

2.2 คนที่มีอาการแสดงลักษณะไหนที่เรียกว่าเขาเป็น “วัณโรค”

2.3 ถ้ามีคนเป็นวัณโรคในหมู่บ้าน แล้วเชื่อวัณโรคจะติดต่อไปยังผู้อื่นได้หรือไม่

3. อันตรายของวัณโรค

3.1 เชื่อหรือไม่ว่าวัณโรคทำให้ตายได้

3.2 ท่านรู้จักคำว่า “ดีดอยา” หรือไม่ ถ้ารู้จักช่วยบอกสาเหตุของการดีดอยาหรือวิธีป้องกัน

3.3 ถ้าในหมู่บ้านมีคนติดเชื่อวัณโรคดีดอยาจะเกิดปัญหาอะไร อย่างไร

4. การรักษาวัณโรค

4.1 หากไม่ต้องการให้เชื่อวัณโรคดีดอยา ผู้ป่วยควรปฏิบัติตัวอย่างไร

4.2 การที่จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคกินยาทุกวันจนครบจำนวนที่ต้องรักษาควรจะทำ

อย่างไร

5. การรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลกำกับ

5.1 ถ้าต้องการให้มีผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคผู้ที่จะเป็นผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วยควรเป็นใคร

5.2 ท่านจะมีวิธีใดในการคัดเลือกผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค โดยผู้สังเกตที่ได้รับการคัดเลือก ยินดีและให้ความร่วมมือที่จะเป็นผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย

5.3 เมื่อได้ผู้สังเกต การกินยาของผู้ป่วยแล้ว จะทำอะไรให้เขาบันทึกการกินยาประจำวันของผู้ป่วย

5.4 จะทำอะไรให้ผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย สามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยา หรือไม่อยากกินยา

5.5 ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ตามนัด

6. การติดตามการดำเนินงานของผู้สังเกตการกินยา

6.1 ท่านจะทำอย่างไรให้ทราบว่า ผู้สังเกตการกินยา ได้ทำการสังเกตการกินยาของผู้ป่วยจริง มีการแนะนำผู้ป่วยจริง และผู้ป่วยไปตรวจรักษาตามนัดจริง และผู้ป่วยกินยาจริง

6.2 บทบาทของท่านในการติดตามการสังเกตการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค ควรเป็นอย่างไร

7. บทส่งท้าย

7.1 พูดคุยเรื่องอื่น ๆ เกี่ยวกับหมู่บ้านตำบล เพื่อเป็นการผ่อนคลายก่อนยุติการสนทนา

7.2 ขอบขอบคุณผู้ร่วมสนทนา

7.3 เปิดเทพการสนทนาบางตอน ให้ผู้ร่วมสนทนาฟัง เพื่อสร้างความประทับใจ

7.4 มอบของที่ระลึก

7.5 ลากลับ

แบบพิจารณาเลือกสมาชิกเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

ผู้นำชุมชน ตำบล.....	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	บ้านหมู่ที่
1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6.....
7.....
8.....
9.....
10.....
11.....
12.....
13.....
14.....
15.....

แบบพิจารณาเลือกสมาชิกเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

อาศาศมัครสาธารณสุข ตำบล.....		
ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	บ้านหมู่ที่
1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6.....
7.....
8.....
9.....
10.....
11.....
12.....
13.....
14.....
15.....

แบบพิจารณาคัดเลือกสมาชิกเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

กลุ่มแม่บ้าน ตำบล.....	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	บ้านหมู่ที่
1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6.....
7.....
8.....
9.....
10.....
11.....
12.....
13.....
14.....
15.....

แบบบันทึกภาคสนาม

บันทึกการนิเทศติดตาม โครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ (DOTS) อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

บ้านหมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วยที่ติดตาม.....

บรรยายภาค	ข้อความ/กิจกรรม	Key word

ภาคผนวก ข.

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

สวัสดีครับ ผมนายรินทร์มย์ โกช่าง นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์จะศึกษาความเป็นไปได้ในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงดูแล กำกับ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการควบคุมป้องกันวัณโรค และนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ในการนี้ผมจะขอให้...(ชื่อผู้ป่วย)...เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผม หรือผู้ช่วยผู้วิจัย หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข จะมาติดตาม และสอบถามความเป็นอยู่ และการกินยาของ...(ชื่อผู้ป่วย)...ข้อมูลที่ได้จาก...(ชื่อผู้ป่วย)...จะเก็บไว้เป็นความลับ หากนำเสนอเป็นลายลักษณ์อักษร จะไม่นำรายชื่อ หรือข้อมูลอื่นใดที่จะทำให้...(ชื่อผู้ป่วย)...เสียหาย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และสังคมไปเขียนอย่างเด็ดขาด ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หาก...(ชื่อผู้ป่วย)...พิจารณาแล้วเห็นว่า การเข้าร่วมโครงการฯ ทำให้...(ชื่อผู้ป่วย)...เกิดความเสียหาย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และสังคม...(ชื่อผู้ป่วย)...มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือออกจากโครงการฯ โดยไม่มีข้อผูกพันใด ๆ ตลอดเวลา

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

รินทร์มย์ โกช่าง

ภาคผนวก ค.

การสร้างบัตรบันทึกการกินยาประจำครอบครัว

สร้างบัตรบันทึกการกินยาประจำครอบครัว จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดตามการดำเนินงานของคลินิกวัณโรค ถึงการใช้บัตรบันทึกการกินยาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบัตรที่ศูนย์วัณโรคเขต จัดสรรให้ รูปแบบของบัตรนั้น เป็นกระดาษแข็ง ขนาด กว้าง 11 เซนติเมตร จาว 15.5 เซนติเมตร พับครึ่งตามยาว ด้านปกหน้าเขียนข้อความ "ด้วยความปรารถนาดีจาก...." ด้านในซ้าย มีข้อความ "บัตรบันทึกการรับประทานยา เดือนที่ ผู้บันทึก 1.....2..... โปรดกาเครื่องหมายในวันที่กินยา" ด้านในขวา จะเป็นช่องสำหรับบันทึกการกินยา และ วันเดือนปี ส่วนปกหลัง เป็นข้อความปฏิบัติ พบว่าบันทึกการกินยาของผู้ป่วยนั้น ยังขาดข้อมูลที่ดีควรจะมีอีก คือ บันทึกผลของการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของ อสม. และ บันทึกผลการตรวจเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกวัณโรค นักวิชาการสาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ (District TB Coordinator DTC) ได้ปรับปรุงรูปแบบของแบบบันทึกดังกล่าวโดยเพิ่ม บันทึกการตรวจเยี่ยมของ อสม. และบันทึกการตรวจเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนั้นยังได้ขยาย ช่องบันทึกการกินยา ให้กว้างขึ้น เพื่อสะดวกต่อการบันทึก และการสังเกตเห็นได้ชัดเจน (ภาคผนวก) ก่อนนำไปใช้ได้นำเสนอต่อที่ประชุมหัวหน้าสถานีอนามัย เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบและแก้ไขเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการใช้งานมากที่สุด จากนั้นนำไปปรับปรุงตามที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็นชอบร่วมกัน แล้วจึงนำไปใช้จริง

เปรียบเทียบบัตรบันทึกการกินยาแบบเดิมกับบัตรบันทึกการกินยาประจำครอบครัว

บัตรบันทึกการกินยาแบบเดิม	บัตรบันทึกการกินยาประจำครอบครัว
<p>ปกด้านหน้า</p> <p>1. มีข้อความ "ด้วยความปรารถนาดีจาก....."</p>	<p>ปกด้านหน้า</p> <p>1. มีข้อความ "ด้วยความปรารถนาดีจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานีอนามัย....."</p> <p>2. ชื่อผู้ป่วย</p> <p>3. ชื่อผู้บันทึกการกินยาของผู้ป่วย</p> <p>4. ข้อปฏิบัติของผู้ป่วยที่กินยา</p> <p>5. ค่าเดือนระยะเวลาการรักษา และกำหนดวันรับยาต่อ</p>
<p>ด้านในซ้าย</p> <p>1. เดือนที่กินยา</p> <p>2. ชื่อผู้บันทึก</p>	<p>ด้านในซ้าย</p> <p>1. บันทึกการตรวจเยี่ยมของ อสม. ประกอบด้วย ครั้ง ที่ของการตรวจเยี่ยม วันเดือนปี สิ่งที่ตรวจพบ จำนวนของยาที่เหลือ</p>
<p>ด้านในขวา</p> <p>1. วันที่บันทึกการกินยา</p> <p>2. ค่าเดือนจำนวนเดือนคงเหลือสำหรับการกินยา</p>	<p>ด้านในขวา</p> <p>1. บันทึกการตรวจเยี่ยมของเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย ครั้งที่ของการตรวจเยี่ยม วันเดือนปี สิ่งที่ตรวจพบ จำนวนของยาที่เหลือ สีปัสสาวะ</p>
<p>ปกหลัง</p> <p>1. ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้กินยา</p> <p>2. ค่าเดือนให้นำบัตรบันทึกไปด้วยเมื่อไปตามแพทย์นัด</p>	<p>ปกหลัง</p> <p>1. บันทึกการกินยาของผู้ป่วยประจำวัน เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้เขียนวันที่ และเดือน ที่กินยา ผู้บันทึกกากบาททับวันที่กินยา</p>

ภาคผนวก ง.

ประเมินสถานการณ์ ก่อนวิจัย

ประเมินสถานการณ์วัณโรคจังหวัดพะเยา โดยจัดประชุมผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ทั้งระดับอำเภอและระดับจังหวัด ในวันที่ 18 พฤษภาคม 2541 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจาก โรงพยาบาลทั่วไป 2 คน โรงพยาบาลชุมชน 5 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย 1 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน ผู้วิจัย 1 คน และวิทยากรอีก 2 คน คือ พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และรศ.นพ. วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์ หัวหน้าหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานเชิญผู้เข้าร่วมประชุม และเชิญวิทยากรในการบรรยาย ในวันประชุม

พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ ได้นำเสนอวิชาการเรื่องวัณโรคกับการรักษาแบบมีที่เลี้ยงดูแลงำกับ รศ.นพ. วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์ ได้ชี้ให้เห็นภัยจากการคุกคามของวัณโรค ที่จำเป็นต้องรักษาให้หายขาดเพื่อไม่ให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR TB) ผู้เข้าร่วมประชุมมีความตื่นตัวในการที่จะควบคุมวัณโรคเพื่อไม่ให้เชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานดังที่นักวิชาการทั้งสองท่านนำเสนอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมวัณโรคระดับจังหวัดได้นำเสนอสถานการณ์วัณโรคของจังหวัดพะเยา พบว่า ปีงบประมาณ 2536 - 2540 พบอัตราความชุกของผู้ป่วยวัณโรคต่อ ประชากรแสนคน เท่ากับ 85.66, 86.72, 118.60, 135.91, 143.60 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า อัตราความชุกต่อ ประชากรแสนคน สูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 กำหนดไว้ไม่เกิน อัตรา 76 ต่อประชากรแสนคน นับว่าเป็นสถานการณ์ที่จำเป็นต้องเร่งแก้ไข ปัญหา จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่มีปัญหาการติดเชื้อ เอชไอวี ในลำดับต้น ๆ ของประเทศ ผู้ติดเชื้อเหล่านั้นเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้ออวัยวะอื่น ๆ อย่างเช่นวัณโรค หากเชื้อวัณโรคแพร่ไปสู่ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี แล้วจะทำให้ ยากต่อการควบคุมวัณโรคได้ และจากการอภิปรายในที่ประชุมพบว่า จังหวัดพะเยาได้ดำเนินการอบรมการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงดูแลงำกับ (DOTS) ไปแล้ว เมื่อ เดือน มกราคม 2541 แต่ไม่ได้ติดตามผลการดำเนินงาน จึงไม่ทราบผลการดำเนินงาน มี

สถานีนามัยเพียง 1 แห่งใน 1 อำเภอ ที่ได้ประสานงานกับโรงพยาบาลในการดำเนินการงานรักษาวัณโรคแบบมีพีแอลงดูแลกำกับ ใน 2 หมู่บ้าน

ภายหลังจากการจัดประชุมซึ่งมีการบรรยายให้ความรู้เรื่องความสำคัญของปัญหาวัณโรค และผลกระทบของวัณโรคต่อสังคม เศรษฐกิจ โดยนักวิชาการชี้ให้เห็นถึงปัญหาและความรุนแรงของวัณโรคที่จะเกิดขึ้น ในทางปฏิบัติไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของจังหวัดพะเยา จะเห็นได้ว่าแม้ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข จะได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) เพื่อใช้ในการปฏิบัติอีกทั้งยังได้จัดทำแนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายในการควบคุมวัณโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ได้กำหนดบทบาทของผู้รับผิดชอบในแต่ละระดับตั้งแต่ระดับ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล สถานีอนามัย ไว้ชัดเจนแต่ในทางปฏิบัติไม่ได้ปฏิบัติอย่างจริงจัง สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรวรรณ พึ่งรัมย์ และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ (2541) ซึ่งสรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน DOTS จากที่ประชุม DOTS ระดับภาค การประชุม RTC meeting และการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องปัญหาการปฏิบัติงาน DOTS ในพื้นที่ พบว่า เจ้าหน้าที่เห็นว่างานวัณโรคเป็น "งานฝาก" ขาดงบประมาณ ขาดสิ่งเสริมแรงจูงใจ เช่น เงินค่าตอบแทน ขาดการนิเทศงาน ขาดการประสานงานหรือการจัดระบบองค์กร เพื่อรองรับงาน DOTS ในพื้นที่

การเข้าร่วมประชุมและศึกษาดูงานวัณโรคจังหวัดเชียงราย ของผู้วิจัย

จากการร่วมประชุม "การประชุมวิชาการวัณโรคประจำปี 2542" 10 - 12 มีนาคม 2542 ณ โรงแรมริมกกกรีตอร์ท จังหวัดเชียงราย และศึกษาดูงานวัณโรคอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ของผู้วิจัยพบว่า จังหวัดเชียงรายได้ดำเนินการควบคุมวัณโรคอย่างเข้มข้นมาตั้งแต่ ปี 2539 นำโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ให้นโยบาย และติดตามอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องโดยการให้ผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัดรายงานสถานการณ์วัณโรค ต่อที่ประชุมกรรมการบริหารงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายเป็นประจำทุกเดือน และให้ละอำเภอผลัดเปลี่ยนกันรายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค โดยกลยุทธ์ DOTS ปัญหาอุปสรรค การแก้ไข รวมถึงความต้องการการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นอกจากนี้ยังร่วมมือกับองค์กรเอกชนคือสำนักงานวิจัยวัณโรคเชียงราย(สถาบันวิจัยวัณโรคแห่งประเทศไทยปุ่น) ทำการศึกษาวิจัยเป็นข้อมูลประกอบการดำเนินงานควบคุมวัณโรค

การดำเนินงาน DOTS ของจังหวัดเชียงรายที่ได้ผลมีหลายอำเภอ ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาดูงานที่อำเภอเวียงป่าเป้า ซึ่งมีวิธีการดำเนินงานควบคุมวัณโรค DOTS ดังนี้

1. ผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบเชื้อในเสมหะทุกรายจะได้รับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน ทุกวันผู้ป่วยจะเดินไปกินยาต่อหน้าพยาบาลที่ ที่ทำงานของพยาบาล (nurse station)เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยง หลังจากกินยาพยาบาลจะสอนผู้ป่วยถึงผลดีของการกินยาครบ และผลดีของการมีคนเฝ้าสังเกตการกินยา

2. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านโรงพยาบาลจะทำหนังสือส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานีอนามัย พร้อมทั้ง DOTS card เพื่อให้สถานีอนามัยติดตามผู้ป่วย และคัดเลือกผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่ คลินิกวัณโรค ทุก 2 สัปดาห์ ช่วงการรักษา 2 เดือนแรก ส่วนเดือนที่ 3 ขึ้นไปจะได้รับการติดตามทุก 1 เดือน

4. การติดต่อประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค และผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ ทำทุกรูปแบบทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้การเชื่อมโยงข้อมูลเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว

ผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค แบบ DOTS ของอำเภอเวียงป่าเป้า ในช่วง 1 เมษายน 2539 - 31 เมษายน 2541 พบว่าอัตราการรักษาหายขาดเพิ่มขึ้น จากปี 2539 - 2541 เป็นร้อยละ 79.92, 82.61 และ 88.88 ตามลำดับ ผู้ที่เป็นผู้ดูแลการกินยาเป็นเจ้าหน้าที่สถานี

อนามัย ร้อยละ 52.98 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ร้อยละ 15.67 ญาติ 21.64 อาสาสมัคร ร้อย
ละ 7.46 และอื่น ๆ อีก ร้อยละ 2.24 จะเห็นว่าที่อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จะทำ
DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.65)

ภาคผนวก จ.

ยาที่ใช้รักษาวัณโรค

ยาที่สำคัญที่ใช้ในการรักษาวัณโรคในปัจจุบันคือ

- ไอโซไนอะซิด(Isoniazid = H)
- ไรแฟมพิซิน(Rifampicin = R)
- ไพราซิनाไมด์(Pyrazinamide = Z)
- เอธามบูทอล(Ethambutol = E)
- สเตربتโตไมซิน(Streptomycin = S)

การใช้ระบบยารักษาวัณโรคในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ

ในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ จะมีระบบยาหลัก ๆ อยู่ 4 ระบบตามข้อเสนอแนะของ WHO

CAT.1 (2HRZE(S) / 4HR) ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ หรือผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมาก (เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคแพร่กระจาย วัณโรคเยื่อหุ้มหัวใจ วัณโรคของท่อน้ำเหลือง วัณโรคของไขสันหลัง วัณโรคของเยื่อหุ้มปอดทั้ง 2 ข้างหรือข้างใดข้างหนึ่งแต่เป็นมาก วัณโรคปอดเสมหะลบที่มีแผลโพรงหรือกินเนื้อปอดมาก)

CAT.2 (2SHRZE / 1HRZE / 5HRE) ใช้กับ Relapse (กลับเป็นซ้ำ) Failure (ล้มเหลว) หรือ Return after default (ขาดยาแล้วกลับมารักษา) ที่มีผลเสมหะบวก จะไม่ใช้ CAT.2 กับผู้ป่วยที่มีเสมหะเป็นลบเด็ดขาด

CAT.3 (2HRZ / 4HR) ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสมหะเป็นลบหรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ที่มีอาการไม่มาก เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง

CAT. (H alone หรือ Second line drug) ใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลว

หมายเหตุ ตัวเลขหน้าตัวอักษรหมายถึงจำนวนเดือนที่กินยา

ขนาดของระบบยาต่าง ๆ

CAT.1 (2HRZE(S) / 4HR) สำหรับผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 14 ปี)

น้ำหนักก่อนรักษา	ระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก					ระยะต่อเนื่อง (4เดือนหลังกินทุกวัน)	
	H (มก.)	R (มก.)	Z (มก.)	E (มก.)	S (มก.)	H (มก.)	R (มก.)
< 40 กก.	300	300	1000	800	500	300	300
40 – 50 กก.	300	450	1500	1000	750	300	450
> 50 กก.	300	600	2000	1200	1000	300	600

CAT.2 (2SHRZE / 1HRZE / 5HRE) สำหรับผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 14 ปี)

น้ำหนักก่อนรักษา	ระยะเข้มข้น 3 เดือนแรก					ระยะต่อเนื่อง (5เดือนหลังกินทุกวัน)		
	H (มก.)	R (มก.)	Z (มก.)	E (มก.)	S (มก.)	H (มก.)	R (มก.)	E (มก.)
< 40 กก.	300	300	1000	800	500	300	300	800
40 – 50 กก.	300	450	1500	1000	750	300	450	1000
> 50 กก.	300	600	2000	1200	1000	300	600	1200

CAT.3 (2HRZ / 4HR) สำหรับผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 14 ปี)

น้ำหนักก่อนรักษา	ระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก			ระยะต่อเนื่อง (4เดือนหลังกินทุกวัน)	
	H (มก.)	R (มก.)	Z (มก.)	H (มก.)	R (มก.)
< 40 กก.	300	300	1000	300	300
40 – 50 กก.	300	450	1500	300	450
> 50 กก.	300	600	2000	300	600

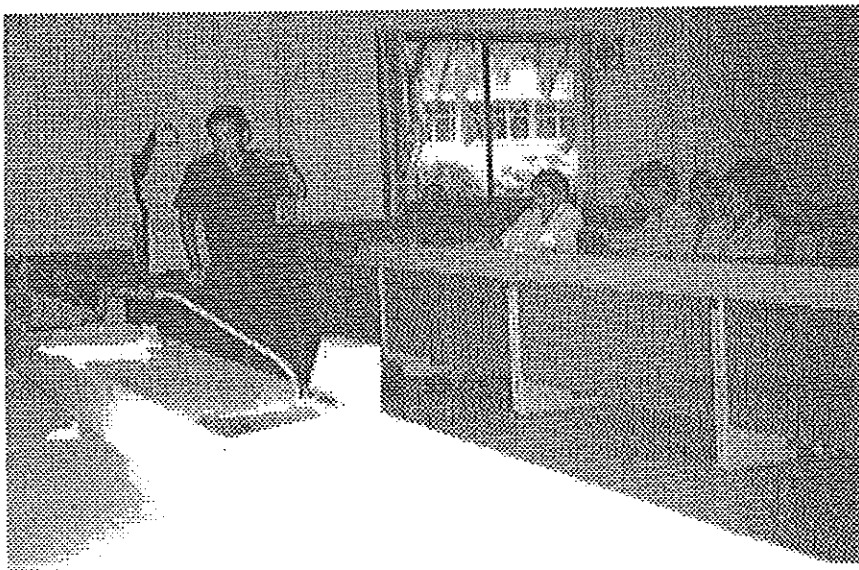
CAT. 1 (2SHRZ / 4HR) และ CAT.3 (2HRZ / 4HR) สำหรับเด็ก 0 – 14 ปี

น้ำหนักก่อนรักษา	ระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก				ระยะต่อเนื่อง (4เดือนหลังกินทุกวัน)	
	H (มก.)	R (มก.)	Z (มก.)	S (มก.)	H (มก.)	R (มก.)
5 – 10 กก.	50	75	250	250	50	75
11 – 20 กก.	100	150	500	500	100	150
21 - 30 กก.	200	250	1000	500	200	250

ภาพประกอบ 8 การจัดประชุมประเมินสถานการณ์โรค จังหวัดพะเยา



ภาพประกอบ 9 การจัดประชุมประเมินสถานการณ์โรค จังหวัดพะเยา



ภาพประกอบ 10 สันทนาการกลุ่ม



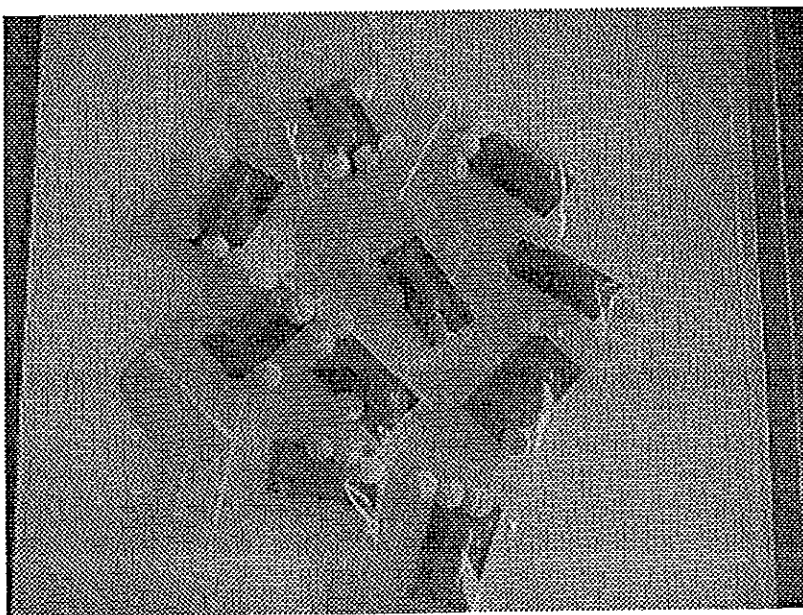
ภาพประกอบ 11 ประชุมชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ



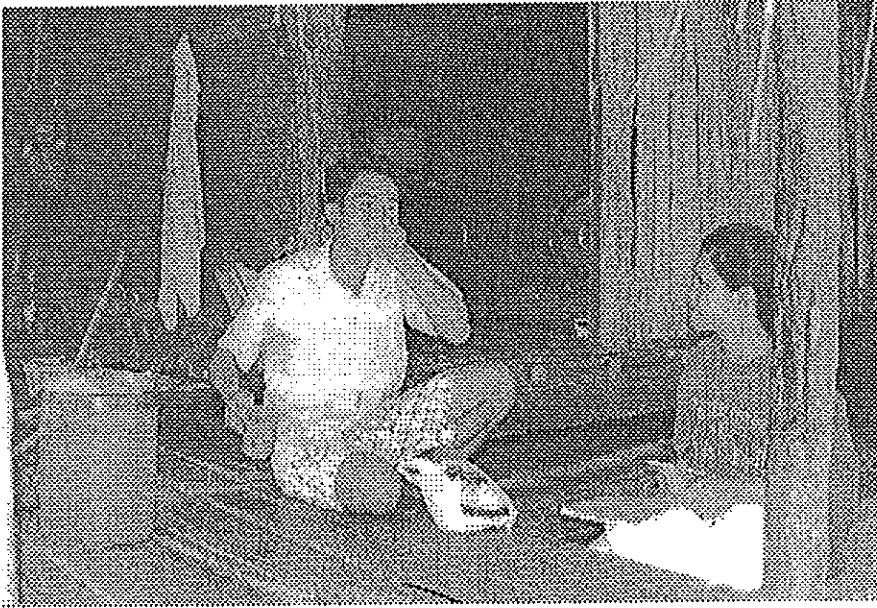
ภาพประกอบ 12 การจ่ายยาเป็นซอง แยกชนิดยา



ภาพประกอบ 13 ยาเป็นซอง (drug packet) สำหรับผู้ป่วยกินวันละซอง



ภาพประกอบ 14 เจ้าหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยทุกวันอาทิตย์ ตลอดการรักษา



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ

1. นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี
กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
2. แพทย์หญิงเพชรวรรณ พึ่งรัมย์
ศูนย์วัณโรคเขต 12 ยะลา
3. คุณจินตนา งามวิทยาพงษ์
นักวิจัยสำนักงานวิจัยวัณโรคเชียงใหม่ (สถาบันวิจัยวัณโรคแห่งประเทศไทย)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นายรื่นรมย์ โกช่าง

วัน เดือน ปี เกิด 20 เมษายน 2504

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	วิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคเหนือ พิษณุโลก	2524
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยมหิดล	2534
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การวิจัยและ พัฒนาระบบสาธารณสุข)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2544

ประวัติการทำงาน

ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	ปีที่ทำงาน
เจ้าหน้าที่สุขาภิบาล 1	สถานีอนามัยบ้านดงอินตา อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา	2524
นักวิชาการสาธารณสุข 3	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา	2535
นักวิชาการสาธารณสุข 6	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา	2540 – 2542
นักวิชาการสาธารณสุข 6	โรงพยาบาลเชียงคำ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา	2543 – ปัจจุบัน