

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

Developing a model for caring for multidrug-resistant tuberculosis patients in the community: A case study in Chumphonburi district, Surin province.

(Received: August 3,2024 ; Revised: August 17,2024 ; Accepted: August 18,2024)

นพดล พิมพ์จันทร์¹
Noppadol Pimchan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และMcTaggart เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) กลุ่มเป้าหมายในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และการพัฒนารูปแบบ จำนวน 15 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่จะทดลองใช้รูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ดูแลผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 6 คน ดำเนินการวิจัยที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – สิงหาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชนและการส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน 2) การรักษาด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า ต้องเป็นคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจและมีจำนวนมากกว่า 1 คน และใช้ระบบรายงานผ่านแอปพลิเคชัน 3) การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะกรณีที่มีปัญหาที่ยากและซับซ้อน จะดำเนินการด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของผู้ป่วยและในชุมชนตามบริบท และ 5) การมีระบบการนัดหมายบริการ การเยี่ยมบ้านโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามการรักษา ผลจากการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วย MDR-TB มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ผลการรักษาเมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน มีผลการเพาะเชื้อเชื้อเป็นลบติดต่อกัน 2 ครั้ง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =13.66, SD =1.05)

คำสำคัญ: วัณโรคดื้อยาหลายขนาน รูปแบบการรักษา ชุมชนมีส่วนร่วม

Abstract

This action research was conducted according to the ideas of Kemmis and McTaggart in order to develop a care model for MDR-TB patients in the community. The target groups were; 1) the target group for collecting qualitative data and development of the model, totaling 15 people and 2) a sample group that will try out the model, purposefully selected from caregivers of 6 MDR-TB patients. Research was conducted in Chumphon Buri District, Surin Province between October 2023 – August 2024. Quantitative data were collected from questionnaires, interviews and medical records. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis for qualitative data.

The results found that the model for caring for MDR-TB patients in the community has 5 steps: as follows: 1) developing the potential of public health officials and caregivers in terms of continuing patient care in the community and forwarding information both in the service facility and in the community 2) Directly observed therapy must be someone the patient trusts and has more than 1 person and use a reporting system through the LINE application. 3) Supporting patients and families, specially in cases where there are difficult and complex problems. It will be carried out using a case management model by multidisciplinary professionals and network partners in the community. 4) Managing the patient's household environment and in the community according to the context and 5) having a service appointment system; home visits using individual care plans and referring patients for treatment monitoring. Results from

¹ พร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์), Ph.D.(Public health) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

the model trial revealed that MDR-TB patients had good self-care behaviors. The treatment results after 6 months have passed with negative culture results 2 consecutive times. The overall caregiver's behavior for MDR-TB patients care is at a good level ($\bar{X}$ =13.66, SD =1.05).

Keywords; Multidrug resistant tuberculosis, Treatment model, Community participation

บทนำ

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant Tuberculosis; MDR-TB) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคดื้อต่อยาทั้ง Isoniazid (INH) และ Rifampicin (R) พร้อมกัน โดยอาจดื้อต่อยารักษาวัณโรคขนานอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้^{1,2} มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้น เนื่องจากการได้รับยาต้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ ซึ่งมักเกิดจากปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วย การรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานมีความยากกว่าวัณโรคชนิดไม่ดื้อยาและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงกว่าหลายเท่า ทำให้เกิดความกังวลมากขึ้นเกี่ยวกับการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องและผลกระทบด้านลบต่อระบบสุขภาพและอนามัยของประชากร จึงเป็นเรื่องสำคัญและได้รับความสนใจมากขึ้น³ มีรายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า MDR-TB มีการแพร่เชื้อ มีความเชื่อมโยงกับสายการวิวัฒนาการของเชื้อวัณโรค และผู้ป่วย การสอบสวนทางของผู้สัมผัสติดต่อจึงเป็นวิธีที่ใช้วัดการระบาดของวัณโรค และนำมาใช้เป็นแนวทางในการสอบสวนเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มเติมในกรณีที่เกิดการระบาดของวัณโรคและนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยเร็ว เพื่อควบคุมและป้องกันการระบาดได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว วัณโรคดื้อยายังคงเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุข การดื้อต่อยา INH และ R ซึ่งเป็นยากลุ่มแรก ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด 2 ชนิด เป็นเรื่องที่น่ากังวลมากที่สุดเพราะต้องได้รับการรักษาด้วยยาทางเลือกที่สอง ซึ่งต้องใช้ยาหลายชนิดที่มีราคาแพงและผลกระทบต่อร่างกายสูง⁴ ภาระของ MDR-TB ทั่วโลกค่อนข้างจะคงที่เป็นเวลากว่า 10 ปีมาแล้ว และการประมาณการการวินิจฉัยว่าเป็น MDR-TB ครั้งแรกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 3-4 และ

ผู้ที่เคยรักษาวัณโรคก่อนหน้านี้อยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 18-21⁵

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่า ในปี 2562 ทั่วโลกมีผู้ป่วย MDR-TB หรือดื้อยา Rifampicin (RR-TB) 465,000 คน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณ 1.2 ล้านคน⁶ และได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่าในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิด เป็น 150 ต่อประชากรแสนคน มีจำนวนผู้ป่วย หรือดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย ซึ่งคาดประมาณว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน⁷ สถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนานในจังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561- 2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 11 12 และ 17 ราย ตามลำดับ (อัตราป่วย 0.78, 0.86 และ 1.45 ต่อประชากรแสนคน)⁽¹⁾ และ ในปี 2564- 2566 พบผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 14 13 และ 6 ราย ตามลำดับ (อัตราป่วย 1.01, 0.94 และ 0.43 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ประกอบกับเป็นช่วงที่ทุกพื้นที่ได้เผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 อย่างหนัก จึงมีกิจกรรมการคัดกรองวัณโรคน้อยลง ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบผู้ป่วย MDR-TB และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR -TB) และ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) อย่างต่อเนื่อง⁸ และในต้นปี 2566 มีรายงานผู้ป่วย MDR-TB ขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่อง 3 ราย และเสียชีวิตระหว่างการรักษา 1 ราย เป็นผู้ป่วย MDR-TB ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ยากต่อการติดตาม

การรักษา เพื่อต่อการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาจน เกิดการเสียชีวิตขึ้น⁹ ผู้ป่วย MDR-TB ทุกรายที่พบเป็นวัยทำงานและถูกวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดมาก่อนแล้ว แต่ขาดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ย้ายถิ่นฐานบ่อย ส่งผลให้การติดตามเพื่อต่อการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาหรือการเป็นไปด้วยความยากลำบาก จนนำไปสู่การป่วยเป็น MDR-TB และบางรายขาดติดตามเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษา จนพัฒนาเป็น Pre XDR -TB และ XDR-TB หรือเสียชีวิตในระหว่างการรักษา¹

การรักษา MDR-TB นั้นต้องใช้ระยะเวลานาน โดยเฉพาะการรักษาแบบระยะยาวจะใช้เวลาในการรักษาอย่างน้อย 18 เดือน ต้องใช้ยาต้านวัณโรคที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อย 5 ชนิดในช่วงระยะเข้มข้น (Intensive phase) และอย่างน้อย 4 ชนิดในช่วงระยะต่อเนื่อง จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ให้การรักษา ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและผู้ใกล้ชิด ดังนั้น การดูแลรักษาวัณโรคดื้อยาทุกชนิดจะต้องเริ่มต้นจากตัวผู้ป่วยเอง และสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะหากกินยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ครบสูตรจะทำให้เชื้อดื้อยาพัฒนาไปมากขึ้น จึงจำเป็นต้องต้องมีผู้ทำหน้าที่กำกับให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าทุกวัน (Directly observed treatment; DOT) ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลจะขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลในระยะแรก เพื่อสังเกตการกินยา ผลข้างเคียงของยาอย่างน้อย 1 เดือนและจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์¹⁰ และดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคในพื้นที่ไปพร้อมกัน การทำความเข้าใจกับชุมชนไม่ให้เกิดการตีตรากับผู้ป่วยและความตื่นตระหนก นอกจากนี้ชุมชนก็อาจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน เช่นการดูแลทางด้านจิตใจ ซึ่งสำคัญไม่แพ้การรักษาทางด้านร่างกาย รวมถึงการช่วยเหลือทางสังคม เช่น การสร้างรายได้ การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้

ผลการรักษา MDR-TB ในพื้นที่ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น

ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทุกชนิดขึ้นทะเบียนรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 6 ปี (2561-2566) อีกทั้งยังมีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน โดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม หรือสร้างแบบแผนที่จะชักนำให้ผู้ป่วย MDR-TB ผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุขภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชนของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาและไม่มีเสียชีวิตเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด PAOR ของ Kemmis และ McTaggart¹¹ ดำเนินการวิจัยที่ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามขั้นตอนการวิจัยได้ดังนี้

1) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค 1 คน แพทย์ประจำคลินิกวัณโรค 1 คน พยาบาลคลินิกวัณโรค 1 คน ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 4 คน ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาโรงพยาบาลชุมพลบุรี 1 คน สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอชุมพลบุรี 1 คน ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2 คน ผู้นำชุมชน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน

2) การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือ ยาหลายขนาน โดยการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกคนและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย MDR-TB เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 6 คน ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้อ่านออก เขียนได้ ด้วยภาษาไทย 2) เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย MDR-TB และ 3) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึก ข้อมูลบริบทชุมชน แบบบันทึก และ แนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย MDR-TB แบบลิเคิร์ต 3 ระดับ จำนวน 14 ข้อ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB แบบลิเคิร์ต 3 ระดับ จำนวน 6 ข้อ ข้อมูลด้านการรักษาและผลลัพธ์ได้จากโปรแกรมเวชระเบียนผู้ป่วย โดยเครื่องมือในการวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน สำหรับแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย MDR-TB และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่เดียวกับพื้นที่วิจัย ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์คเท่ากับ 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2566- สิงหาคม 2567 มีขั้นตอนในการดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดของโรงพยาบาลชุมพลบุรี ส่งเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยา คัดเลือกชุมชนที่พบผู้ป่วย MDR-TB เพื่อเป็นข้อมูลนำใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งแจ้งกระบวนการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาลชุมพลบุรี รพ.สต.ไพรขลา รพ.สต.ยะวีก ตัวอย่าง (กลุ่มที่ 1) ที่เป็นภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรคเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย ระยะเวลา 6 สัปดาห์

2. ระยะการดำเนินการวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผนมีดังนี้ การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ MDR-TB การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในระดับตติยภูมิ พุติภูมิ ปฐมภูมิ และระดับชุมชน การประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วย การกำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม วางแผนดำเนินการต่างๆตามรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน โดยเน้นกิจกรรมการดูแลในครอบครัวและชุมชนที่พบผู้ป่วย MDR-TB เป็นหลัก ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และ จัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (A) ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 6 สัปดาห์เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน โดยใช้อำนาจประกอบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ และประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคคือยา เพื่อปรับใช้ในระดับชุมชน โดยมุ่งเน้นในด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ข้อปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วย การสร้างความร่วมมือของ

ชุมชนเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยผ่านเวทีสนทนากลุ่มย่อย ตามประเด็นการพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่าง ๆ ในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นสร้างความรู้ความเข้าใจ ลดความขัดแย้งและให้เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ซึ่งในการจัดประชุมกลุ่มย่อย ได้จัดขึ้นทั้งหมด 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 การพัฒนารูปแบบเลือกรูปแบบ และเตรียมความพร้อมการทดลองใช้รูปแบบ ครั้งที่ 2 นำเสนอการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสำหรับกลุ่มผู้ดูแล/DOT)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์(O) ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 6 เดือน เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน โดยทดลองใช้กับตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ในพื้นที่ตำบลไพรขลาและตำบลยะวิวก ติดตามให้คำแนะนำแก่ชุมชนตรวจสอบรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่าง ๆ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ข้อปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยและการให้ความร่วมมือของชุมชน ในช่วงการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ที่พัฒนาขึ้น ติดตามผลการรักษาระยะต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยเมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน สรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ(R) ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เป็นกิจกรรม ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ให้เหมาะสมตามแต่ละบริบทพื้นที่

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงประมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การตรวจสอบสามเส้า

(Triangulation) เพื่อความครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพร้อมที่จะดำเนินการวิจัยภายใต้หลักจริยธรรมพื้นฐานอย่างเคร่งครัด โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.15/2567

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน กรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2565 โรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่มากที่สุดคือ วัณโรค พบผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 81 71 63 69 และ 86 รายตามลำดับ (อัตราป่วย 114.17 100.07 88.80 97.15 และ 121.22 ต่อประชากรแสนคน) ในปี 2564-2565 ในพื้นที่ได้ประสบกับปัญหาโรคโควิด-19 อย่างรุนแรง ทำให้กระบวนการค้นหาผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วย วัณโรคในช่วงดังกล่าวลดความเข้มข้นลง ในด้านสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคคือยา พบบางงานวิจัยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกัน MDR-TB และ Pre XDR-TB ในพื้นที่ ตั้งแต่ปี 2561-2564 มีรายงานพบผู้ป่วย MDR-TB และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR -TB) และ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) อย่างต่อเนื่อง⁸ และในต้นปี 2566 มีรายงานผู้ป่วย MDR-TB ขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่อง 3 ราย และเสียชีวิตระหว่างการรักษา 1 ราย โดยเป็นผู้ป่วย MDR-TB ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งยากต่อการติดตามการรักษา⁹ คงเหลือผู้ป่วยผู้ป่วย MDR-TB ที่ยังรักษาอยู่ 2 ราย โดยผู้ป่วยทุกรายเป็นวัยทำงานและถูกวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดมาก่อนแล้ว แต่ขาดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ย้ายถิ่นฐานบ่อย ส่งผลให้

การติดตามเพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา หรือการเป็นไปด้วยความยากลำบาก จนนำไปสู่การป่วยเป็น MDR-TB และบางรายขาดติดตามเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษา จนพัฒนาเป็น Pre XDR -TB และ XDR-TB หรือเสียชีวิตในระหว่างการรักษา⁽¹⁾ ในด้านปัญหาการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน จากการสนทนากลุ่มและการทบทวนสถานการณ์โรคและวัณโรคที่อยู่ในพื้นที่ สรุปได้ว่า MDR-TB ยังคงพบปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาด้านผู้ป่วย (การปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา ภาวะเศรษฐกิจ ขาดรายได้ การเข้าถึงบริการ) ปัญหาด้านหน่วยงานให้บริการ (บุคลากรขาดองค์ความรู้ด้าน MDR-TB ระบบการดูแลแบบ DOT ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการติดตามประเมินผล) ด้านชุมชนและสังคม (ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลรักษาผู้ป่วย MDR-TB โดยเฉพาะ แรงสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือจากสังคม และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน) จึงเกิดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน มี 5 ขั้นตอน คือ

1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านวิชาการ องค์ความรู้เรื่อง MDR-TB การดูแลรักษาผู้ป่วย MDR-TB ที่ชุมชนอย่างต่อเนื่องเนื่องจากในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี พบผู้ป่วยวัณโรคคือยาทุกชนิดอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 6 ปี ประกอบกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้ได้มีการปรับปรุงตามความเหมาะสม อีกทั้งบุคลากรสาธารณสุขบางหน่วยงานมีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเฉพาะการทำ DOT แบบออนไลน์ การส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน การติดตามการรักษา MDR-TB อย่างใกล้ชิด จนกว่าการรักษาจะครบตามระยะเวลา โดยโรงพยาบาลชุมพลบุรี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพลบุรี

เป็นหน่วยงานดำเนินการเป็นระยะเวลา 1 วัน กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วย เนื้อหาประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การควบคุม กำกับการกินยา การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน การประเมินตรวจจับสถานการณ์เมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติ และการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน ดำเนินการโดย รพ.สต.ในพื้นที่

2) การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสนับสนุนการทำ DOT ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นผ่านระบบวิดีโอสื่อสาร ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นญาติผู้ป่วยแต่ต้องเป็นคนที่ถูกผู้ป่วยไว้วางใจ ที่มีโทรศัพท์แบบสมาร์โฟน และใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ ซึ่งอาจมีจำนวนมากกว่า 1 คน และในการปฏิบัติจริงผู้ป่วย MDR-TB แต่ละคนมีผู้ดูแล 3 คน คือ ญาติที่ไว้วางใจ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้การสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ และมีพยาบาลคลินิกวัณโรคคอยร่วมตรวจสอบ

3) การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะรายกรณีที่เป็นผู้ป่วย MDR-TB มีปัญหายุ่งยากและมีความซับซ้อน ทั้งด้านสุขภาพกาย ใจ เศรษฐกิจครัวเรือนและทางสังคม จะดำเนินการด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน จึงใช้กระบวนการสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ จิตใจ จากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มูลนิธิโรงพยาบาลชุมพลบุรี กองทุนในชุมชน และการระดมทุนช่วยเหลือจากชุมชน ทั้งการสนับสนุนเงินทุนเพื่อดำรงชีพ โดยในเบื้องต้นเป็นการสนับสนุนเงินคนละ 3,000 บาท มีการจ้างงานเพื่อให้ผู้ป่วยหารายได้ ในการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว จะดำเนินการด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง หากพบปัญหาที่ต้องการแก้ไขเร่งด่วน จะเป็นบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการร่วมกัน

4) การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของผู้ป่วยและในชุมชนตามบริบท โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยและชุมชนเป็นสำคัญ ได้แก่ การจัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านหรือที่ทำงานในสะอาด โปร่ง โล่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก การนำที่นอน หมอน มุ้ง ผีเสื้อแดด เสมอ ๆ และ รักษาบ้านเรือน/ที่ทำงานให้สะอาด และพยายามให้แสงแดดส่องถึง นอกจากนี้ชุมชนยังมีการจัดกิจกรรมทำความสะอาดบ้าน อาคาร หรือสถานที่อื่นๆ ครั้งใหญ่ประจำเดือน หรือในวันสำคัญเป็นประจำ

5) การมีระบบการนัดหมายบริการ พร้อมระบบการแจ้งเตือนการนัดหมายบริการ ซึ่งงานคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมพลบุรีจะประสานงานโดยตรงกับผู้ป่วยและ รพ.สต. ในพื้นที่ ช่วยติดตาม ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามการรักษา โดยมีการส่งต่อผู้ป่วย MDR-TB ไปที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งทางโรงพยาบาลชุมพลบุรีจะเป็นหน่วยที่นำส่งทุกครั้ง โดยกำหนดขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อ การโอนออก หรือการรับโอนเข้าผู้ป่วยMDR-TB และบริหารจัดการสิทธิของผู้ป่วย โดยคลินิกวัณโรคจะเป็นผู้ประสานทั้งภายในหน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยMDR-TB ที่ได้พัฒนาขึ้นทั้ง 5 ขั้นตอน ไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่วิจัยตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ พบว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ที่ชุมชน ได้จัดขึ้น 1 ครั้ง กลุ่มเป้าหมายทุกหน่วยงานให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมประชุม มีการประชุมกลุ่มย่อย 2 ครั้ง ทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ที่พัฒนาขึ้น ทั้งในส่วนบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีความเห็นชอบและตกลงใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วย 2 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วย 6 ราย ในพื้นที่ตำบลไพรขลาและตำบลยะวิก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วย MDR-TB อยู่ระหว่าง

การรักษาในระยะเข้มข้น และการประเมินผลการดำเนินการจะประเมินเมื่อการผู้ป่วยได้รับการรักษาครบ 6 เดือน ซึ่งพบว่า ส่วนผลการรักษาเมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน ผู้ป่วย MDR-TB มีผลการเพาะเชื้อเชื้อเป็นลบ ติดต่อกัน 2 ครั้ง จากการสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย MDR-TB พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำทุกครั้ง เลิกดื่มสุราและเลิกสูบบุหรี่ สวมหน้ากากอนามัยใช้ผ้าปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม จัดการเรื่องบ้านเสมอ น้ำลายได้ถูกต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ล้างมือบ่อยๆ ก่อนกินข้าว หรือ หลังจากเข้าห้องน้ำ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยรวมมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การออกกำลังกายยังมีอาการนอนไม่หลับ และมีความวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วย การเป็นภาระกับครอบครัวและขาดรายได้ ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย MDR-TB ของผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำคือการให้กำลังใจให้ผู้ป่วยกินยาครบตามกำหนดการรักษา และการจัดสถานที่ในบ้านผู้ป่วยให้สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก แดดส่องถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งคือ การตรวจสอบความถูกต้องของยาตามกำหนด และสามารถเป็นธุระในการไปรับยาของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยคือ ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาทุกเม็ดทุกมื้อ ทำการบันทึกการกินยาของผู้ป่วยวันโรคทุกวัน พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 83.33) ($\bar{X}$ = 13.66, SD = 1.05) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมทุกครั้งตามแผนปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ร่วมการวางแผนการดูแล การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

ร่วมกัน และยังมีการระดมทุนจากมูลนิธิ กลุ่มภาคี เครือข่าย และกองทุนในชุมชน มาช่วยเหลือด้าน เศรษฐกิจ และเสริมกำลังใจแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ อย่าง ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วย MDR-TB และครอบครัวมี กำลังใจในการรักษาและใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติ ไม่มีการตีตราทางสังคม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ การคืน ข้อมูลให้ชุมชน ผู้วิจัยได้มีการประชุมในชุมชน และ นำเสนอการวิจัยให้กับประชาชนในพื้นที่ทราบ นอกจากนี้ยังมีการคืนข้อมูลการวิจัยใน การประชุม เครือข่ายระดับวิทยาระดับอำเภอชุมพลบุรี ใน ประเด็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยชุมชนมีส่วนร่วม

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์ MDR-TB ในพื้นที่ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ตั้งแต่ปี 2560-2565 พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาอย่างต่อเนื่อง ทั้ง MDR-TB Pre XDR-TB และ XDR -TB ในปี 2565-2566 มี ผู้ป่วย MDR-TB ถูกวินิจฉัยและรักษาจำนวน 3 คน และเสียชีวิตระหว่างการรักษา 1 คน ยังรักษาอยู่ 2 คน ปัญหาที่พบในด้านการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน คือ ปัญหาด้านการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา ภาวะ เศรษฐกิจ ขาดรายได้ การเข้าถึงบริการ บุคลากรขาด องค์ความรู้ด้าน MDR-TB ระบบการดูแลแบบ DOT ยัง ไม่ต่อเนื่องและประสิทธิภาพ ขาดการติดตาม ประเมินผล ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล รักษาผู้ป่วย MDR-TB โดยเฉพาะ แรงสนับสนุนทาง สังคม การช่วยเหลือจากสังคม และการจัดการ สิ่งแวดล้อมในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{1,12} โดยบทบาทการดูแลรักษาในชุมชน ยังเป็น บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. เป็นหลัก ชุมชนยังให้ความร่วมมือน้อย กลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มีเพียง การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่แพทย์สั่งการไว้เมื่อ

ผู้ป่วยกลับมาพักรักษาที่บ้าน โดยมีพยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิกวัณโรคเป็นผู้ประสานงาน ส่วนใหญ่เป็น การโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วยในด้านการติดตามเยี่ยม และควบคุมกำกับการกินยา ซึ่งยังมีผู้ป่วย MDR-TB บางรายยังปฏิเสธการเข้าเยี่ยมในหมู่บ้าน ซึ่งปัญหา ดังกล่าวนี้นี้มีลักษณะเช่นเดียวกับการเฝ้าระวังและ ควบคุมโรคที่พบก่อนหน้านี้แล้ว¹ การดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการ ปฏิบัติที่ชัดเจน ในกรณีที่มีผู้ป่วยถูกวินิจฉัยวัณโรคหรือ MDR-TB และมีการรักษาในระยะเข้มข้นแล้ว จะมีการ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล ชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ปัญหาที่พบในระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาที่บ้านในระยะ เข้มข้นหรือระยะต่อเนื่องจนครบตามระยะเวลามี หลากหลายปัญหา ที่สำคัญคือปัญหาที่ผู้ป่วย MDR-TB เสียชีวิตระหว่างการรักษา ดังนั้นการพัฒนาแบบการ ดูแลผู้ป่วยMDR-TB ในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมา นี้ จึง มุ่งเน้นการจัดหารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อดูแล MDR-TB ในชุมชน โดยกระบวนการต่างๆ เป็นการดำเนินการ ร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. อบต. และ ประชาชนในชุมชน เป็นระบบตามขั้นตอน PAOR จึง เกิดรูปแบบการดูแล MDR-TB ในชุมชน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้าน วิชาการ องค์ความรู้เรื่อง MDR-TB การดูแลรักษาผู้ป่วย MDR-TB ที่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นที่การทำ DOT แบบออนไลน์ รวมทั้งพัฒนาการส่งต่อข้อมูลทั้งใน สถานบริการและในชุมชน การติดตามการรักษา MDR-TB อย่างใกล้ชิดจนกว่าการรักษาจะครบตามระยะเวลา ซึ่งการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานมี ความจำเป็นเนื่องจากวิทยาการด้านการรักษา MDR-TB มีการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัย อีกทั้งในพื้นที่มี การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรคอยู่เป็น ประจำ ทั้งนี้เพื่อเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและทำ ความเข้าใจในแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง 2) การรักษา

ผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา ต่อหน้า เน้นการทำ DOT ออนไลน์ร่วมด้วย โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีผู้ดูแล 3 คนและ จึงเลือกใช้แอปพลิเคชันไลน์ ผ่านระบบวิดีโอสื่อสาร ทุกครั้งที่มีการเตรียมยา นับเม็ดยาและรับประทานยาเสร็จสิ้น ซึ่งวิธีนี้ สะดวก แก่การติดตาม และผู้ป่วยรับประทานยาได้ครบ ทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹³ ซึ่งการติดตาม การรักษาด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อ หน้า ไม่จำเป็นต้องเป็นญาติผู้ป่วยแต่ต้องเป็นคนที่ ผู้ป่วยไว้วางใจ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. หรือเพื่อนบ้าน 3) การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะรายกรณี ที่เป็นผู้ป่วย MDR-TB มีปัญหายุ่งยากและมีความ ซ้ำซ้อน ด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยสห วิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน การดูแลผู้ป่วยวัณ โรคให้กินยารักษาต่อเนื่องจนหายป่วยจากวัณโรคนั้น จำเป็นต้องอาศัยการดูแลรักษาทั้งทางด้านมิติทาง การแพทย์ จิตใจและสังคม จากการศึกษา พบผู้ป่วย MDR-TB ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และมีฐานะยากจน ไม่มีงานทำเป็นประจำ มีรายได้พอเลี้ยงชีพวันต่อวัน ซึ่ง เป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยในการมารักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง เป็นปัญหาที่มีความละเอียดอ่อน และแตกต่างกันใน รายกรณี ซึ่งกิจกรรมนี้ต้องอาศัยความร่วมมือและความ จริ่งใจจากทุกภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหา เป็นไปตามแนวทางการช่วยเหลือทางด้านสังคม เศรษฐกิจสำหรับ ผู้ป่วยวัณโรค¹⁴ ที่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็น รูปธรรมคือการระดมทุนจากทุกภาคส่วน การบริจาค สิ่งของเพื่อการดำรงชีพ และการเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของผู้ป่วย และในชุมชนตามบริบท โดยต้องอาศัยความร่วมมือจาก บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยและชุมชนเป็นสำคัญ กิจกรรม นี้จะช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน ลดการแพร่เชื้อ¹⁵ และ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสุขวิทยาที่ดี ส่งผล ต่อผลการรักษา และ 5) การมีระบบการนัดหมาย บริการ พร้อมระบบการแจ้งเตือนการนัดหมายบริการ รวมทั้งในส่วนการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังชุมชนและ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบบการนัดหมายยังคงใช้หลาย ช่องทาง เช่น ไลน์กลุ่ม โทรศัพท์ การประสานผ่าน ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาตรงตามนัดหมาย โรงพยาบาล สามารถจัดระบบบริการทั้งยานพาหนะรับส่ง บุคลากร ยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างพร้อมและเพียงพอ หลังจากได้นำรูปแบบที่ไปทดลองใช้ พบว่า เมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน ผู้ป่วย MDR-TB มีผลการเพาะเชื้อเป็นลบ ติดต่อกัน 2 ครั้ง และมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การออกกำลังกาย ยังมีอาการ นอนไม่หลับ และมีความวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วย การเป็นภาระกับครอบครัวและขาดรายได้ ซึ่งทาง ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้พยายามให้ การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง จนครบกำหนด ระยะเวลา การรักษา ซึ่งเป็นความร่วมมือที่ดีจากทุกภาคส่วน และ ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรม的自我ดูแลผู้ป่วย MDR-TB ของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า โดยรวมพฤติกรรม的自我ดูแล ผู้ป่วย MDR-TB โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 13.66, SD = 1.05) จึงส่งผลต่อผลการรักษาเบื้องต้นที่ประเมินจาก การเพาะเชื้อเป็นลบ ติดต่อกัน 2 ครั้ง อย่างไรก็ตาม กิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ จะต้องปฏิบัติไป ควบคู่กับความร่วมมือของชุมชน และมีความต่อเนื่อง จึงจะก่อให้เกิดผลการรักษา MDR-TB ที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนารูปแบบและการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ที่พัฒนาได้ไปใช้ ยังเป็น เพียงกิจกรรมในวงรอบที่ 1 แต่ในการดูแลรักษา ยังคง ใช้เวลาต่อเนื่องอีกยาวนาน ดังนั้น บุคลากรทาง สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกระดับ และภาคีเครือข่ายที่ เกี่ยวข้องต้องให้ความร่วมมือกันอย่างจริงจัง มีการ ทบทวนแนวปฏิบัติอยู่เสมอ หากมีการเปลี่ยนแปลง บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีการทดแทนหรือ หมุนเวียนบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ทดแทนทันที ดังนั้นจึง

มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน
วัณโรค ทุกระดับ ให้มีความพร้อมเสมอ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน
เป็นรูปแบบที่นำไปปฏิบัติได้จริงและสามารถ
ประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดในชุมชน
ได้ และสามารถปรับลดขั้นตอนต่างๆ ตามความ
เหมาะสมในแต่ละบริบทชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ต้องขอ
ขอบพระคุณ นพ.กฤษดา วันดี ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลชุมพลบุรี แพทย์หญิงธมลวรรณ เปลี่ยน
มะณี และพยาบาลประจำคลินิกวัณโรค โรงพยาบาล
ชุมพลบุรี ที่ให้การอนุเคราะห์บุคลากร การเข้าถึงข้อมูล
และปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อ
การวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.โสภิต ชาติ, สุวรรณิ สิริเศรษฐิกิต, เกียรติชัย เอกา. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน
กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2564;28(3):109-20.
- 2.มนวิภา ธิยาพันธ์, สมเกียรติยศ วรรณ, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์. การดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด : การทบทวนวรรณกรรม.
วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(4):4-16.
- 3.World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
- 4.Nahid P, Mase SR, Migliori GB, Sotgiu G, Bothamley GH, Brozek JL, et al. Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis. An
Official ATS/CDC/ERS/IDSA Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2019;200(10):e93-e142.
- 5.World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.
- 6.World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. Geneva, Switzerland: WHO; 2020.
- 7.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-
resistant TB:XDR-TB) นนทบุรี: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2564 [15 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก:
<http://tbcmtailand.ddc.moph.go.th/>
- 8.มุกดา วิเศษ, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากโดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม.
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563;27(2):1-11.
- 9.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR-TB, MDR-TB, Pre-XDR, XDR-TB) จังหวัดสุรินทร์ ปี 2562-2566
สุรินทร์: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ; 2566 [เข้าถึงได้จาก: [https://surin.moph.
go.th/SPHO_Meeting_sys/upload/Files/59_1226_983_698395.pdf](https://surin.moph.go.th/SPHO_Meeting_sys/upload/Files/59_1226_983_698395.pdf)].
- 10.World Health Organization. WHO consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health
Organization; 2019.
- 11.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd^{ed}. Geelong,Victoria: Deakin University Press; 1988.
- 12.อรทัย ศรีทองธรรม, อมรรัตน์ จงตระกูลสมบัติ, อุบลศรี ทาบุตรดา, ศิริวรรณ อุทธา, ชุติมา ผลานันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
ขาดยาและการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการ
สาธารณสุข. 2560;16:S289-S98.
- 13.Ağca FD, Sürer Aİ, Beyaz GÇ. DOT-VOT Implementation of Tuberculosis Patients between 2012-2018. 2019;54(suppl
63):PA5281.
- 14.พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. การรักษาวัณโรค: DOT vs. VOT. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2561;12(1):43-7.
- 15.พาขวัญ วิษุเดช, ปริญญารณ ณะบุญปวง. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
ปอดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2563;3(3):64-77.