**หัวข้อการเสนอโครงร่างการจัดการความรู้**

**1. ชื่อเรื่อง** ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”

**2. ชื่อผู้รับผิดชอบ** นางสาวจรัสศรี ศรีเวียง พร้อมคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมูม่น

**บทคัดย่อ**

 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฎิบัติการ ( action research) การศึกษาครั้งนี้เพื่อสร้างชุมชนต้นแบบ ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”ภายใต้การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกิจกรรมเสวนาพาแลงในชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในประเด็นปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่พบ เป็นเครื่องมือในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมเรียนรู้ ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมรับผิดชอบจากที่คิดร่วมกัน เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ได้จริง และมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนและสังคม โดยมีการดำเนินการโดยใช้ชุมชนการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษาและจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาโรควัณโรค โดยใช้แบบประเมินแบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกเบาหวาน ICF3และแบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้ใกล้ชิดในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ICF4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพราะเจาะจง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 141 ราย กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน 32 รายและกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค 6 ราย แนวคิดทฤษฎีที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้คือ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) พัฒนาโดย ฟิชเบน และอัจเชน (Fishbein & Ajzen, 1975) มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลล้วนกระทำไปอย่างมีเหตุผล (reasonable) ทฤษฎีนี้สามารถเชื่อมโยงกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองและรับรู้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองจะช่วยให้มีสุขภาวะที่ดี ปราศจาก โรคภัย และมีอายุที่ยืนยาว ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองในทางที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น และทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดย เบรคเกอร์ (Becker,1974) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Sick role behavior) ซึ่งการลดการเกิดโรคตามทฤฏีความเชื่อสุขภาพ บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีค่าเชิงบวกมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ และแนวคิดทฤษฎิ เพนเดอร์ (Pender)ได้กล่าวถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้าย การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดย่อมขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะ ได้รับหรือผลลัพธ์หลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของ บุคคลจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นได้รับ หรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของ ผู้อื่นก็ได้ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผล ทางบวกต่อตนเอง ซึ่งการคาดการณ์ถึงประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจและช่วยเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรม อย่างต่อเนื่อง โดยการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ทั้งภายในแลภายนอก สำหรับข้อมูลที่ได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วนแล้ว จะนำมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม EXCEL และบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

 ผลพบว่าการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง มีระบบการติดตามการปฏิบัติหน้าที่ การประเมินผล และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถร่วมมือในการรักษาที่ถูกต้อง สำหรับในชุมชนมีระบบเครือข่ายการติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา มีระบบการคัดกรองผู้สัมผัสเชื้อ กลุ่มเสี่ยงโดยพยาบาลวิชาชีพในชุมชน ตลอดจนการพัฒนา อสม.DOT ดูแลติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการสร้างค่านิยมของครอบครัวและชุมชน สร้างมาตราการชุมชนให้เกิดชุมชนเข้มแข็งเป็นชุมชนต้นแบบ ลดวัณโรค ด้วย นโยบาย “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและดูแลรักษา” เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ลดการตาย และลดความเสี่ยงของการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจากผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยวัณโรคลดลงและผู้ที่ป่วยวัณโรคไม่กลับมารักษาซ้ำในรายเดิม

 จากการดำเนินงาน ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”การเข้าถึงบริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมได้มากขึ้น จึงควร ควรเผยแพร่รูปแบบการดำเนินงาน ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”ตามแนวทางการดำเนินงานให้กว้างขวาง และขยายผลการดำเนินงาน ในการแก้ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

**บทที่ 1**

**ที่มาและความสำคัญ**

 **ปัญหา/ความสำคัญ/สาเหตุ โดยย่อ**

 แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564 ระบุถึงสถานการณ์วัณโรคที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2558 องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) มีภาระโรควัณโรคสูง (TB) 2) มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ 3)มีวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง(MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าวมาโดยในแต่ละปีคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 120,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 12,000 ราย ขณะที่ปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จะพบประมาณปีละ 2,200 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 15,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 4,500 ราย จากผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค 73,756 ราย โดยมีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 77.6 จำเป็นต้องเร่งรัดความสาเร็จการรักษาให้ได้ตามเป้าหมายที่ร้อยละ 90 โดยเร่งรัดลดการตาย ลดการขาดยา และพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามผลการรักษา วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและยังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายๆ ประเทศทั่วโลก สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของเอดส์ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และแรงงานเคลื่อนย้าย ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค(Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชาการโลกภายในปี พ.ศ. 2578(2035)

 สถานการณ์โรควัณโรคผู้ป่วยขึ้นทะเบียน ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2558 – 2559 พบผู้ป่วยรายใหม่ คิดเป็นอัตราตรวจพบ (Detection rate) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย ร้อยละ 73.69, ร้อยละ 71.53 และ ร้อยละ 81.38 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค(มากกว่าร้อยละ 90)

 สถานการณ์วัณโรคของตำบลหมูม่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ ปี 2558 - 2560 จำนวน ร้อยละ 71.20 ร้อยละ 80.02 ร้อยละ 70.00 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค(มากกว่าร้อยละ 90 ) และยังมีผู้ป่วยด้วยโรควัณโรคเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่องๆจากปีที่ผ่านๆมา

 จากสถานการณ์ที่กล่าวมาทำให้ทราบปัญหาการติดเชื้อโรควัณโรคในพื้นที่ ที่มีอัตราเพิ่มขึ้นทุกๆปี และคนในชุมชนเอง มองเห็นว่าโรควัณโรค ที่เกิดขึ้น เป็นโรคที่น่ารังเกียจ และไม่ให้ความสำคัญในการดูแลรักษา ทั้งยังขาดความรู้ ขาดกระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคในชุมชน ให้ได้รับการดูแลที่ดีและเหมาะสมอย่างต่อเนื่องนั้น เป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน ต้องอาศัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นทัศนคติและองค์ความรู้ของญาติ ชุมชน ดังนั้นเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการงานวัณโรค โดยการสร้างเครือข่ายสุขภาพตำบลหมูม่น ในการขับเคลื่อนงานวัณโรคในชุมชน โดยประชาชนในพื้นที่สามารถคัดกรอง การประเมิน การเฝ้าระวัง การเข้าถึงบริการและรับการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีความคาดหวังว่าผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านมีความสามารถพึ่งตนเองและอยู่ร่วมในชุมชนได้ ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นวิธีการที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วย และป้องกันการเจ็บป่วยของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จนสามารถลดอัตราการติดเชื้อวัณโรคสำเร็จลงได้ในที่สุด

 ผู้ศึกษามุ่งหวังนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้แก้ปัญหาการขาดยาในพื้นที่ เพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค อันจะส่งผลให้ลดการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรค และเชื้อวัณโรคดื้อยาในพื้นที่ และเพื่อบรรลุ

เป้าหมาย ตามจุดเน้นและกรอบการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค ปี 2557 ถึงปัจจุบัน คือ “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”

**2.วัตถุประสงค์การศึกษา**

 เพื่อสร้างตำบลต้นแบบลด วัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”

**3.กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ดำเนินการ**

 1.ผู้ป่วยวัณโรค/ญาติ กลุ่มเสี่ยง และผู้สัมผัสโรค ในเขตตำบลหมูม่น 173 ราย

 2.ภาคีเครือข่ายในเขตตำบลหมูม่น 66 ราย

**4.กรอบแนวคิดการศึกษา**

**ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”**

* **พัฒนาภาคีเครือข่าย**
* **การมีส่วนร่วม**
* **ค้นหาผู้ป่วย**
* **รักษาให้หาย**
* **ความรู้ ความเข้าใจ**
* **การสนทนา พาแลง**
* **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

**ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา**

**5.คำถามการศึกษา**

1.เมื่อเกิด ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”ผู้ป่วยวัณโรคลดลงจากปีที่แล้วหรือไม่อย่างไร

 2.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยวัณโรคให้ถูกหลักและวิธีไม่ให้เสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยอีกได้หรือไม่

**6.นิยามศัพท์**

 **วัณโรค (Tuberculosis)** คือโรคติดต่อที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรง ซึ่งสามารถติดต่อกันผ่านทางอากาศได้ด้วยการหายใจ การจาม การไอ หรือการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ วัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้หากผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

 **ผู้ป่วยสงสัย (Suspected Case)** หมายถึง บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีอาการป่วย หรืออาการแสดง ที่มีอาการหลัก (Major Criteria) อย่างน้อย 1 อาการ คือ ไอเรื้อรังติดต่อกันมากกว่า 3 สัปดาห์ หรือไอมีเลือดปน และอาการรอง (Minor Criteria) อย่างน้อย 2 อาการ คือมีไข้ต่ำ ๆ อย่างน้อย 2 อาทิตย์ เหงื่อออกตอนกลางคืนประจำน้ำหนักลดมากกว่า 5 กิโลกรัม ใน 1 เดือน เบื่ออาหาร เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจขัด เจ็บแน่นหน้าอก มีต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต

 **ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed Case)** หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดหรือวัณโรคอื่น ๆ ตั้งแต่ ปี 2560 โดยมีอาการป่วยหรืออาการแสดงเข้าได้กับวัณโรค และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเสมหะบวกอย่างน้อยสองในสามครั้งหรือมีผลผิดปกติจากการแสดงภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่เข้าได้กับ

วัณโรคนิยามผู้ป่วยโรควัณโรคปอด หมายถึง บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้าเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่ง หรือบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ

ทางคลินิก แต่มีผลภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับโรควัณโรคปอด

 **ตำบลต้นแบบลดโรควัณโรค หมายถึง** ตำบลที่มีการจัดการวัณโรคแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชนไม่ให้เกิดการระบาดของโรคเพิ่มขึ้น

 **การมีส่วนร่วม หมายถึง** การมีส่วนในการสนับสนุนที่เป็นไปในรูปของผู้เข้าร่วมมีส่วนกระทำให้เกิดผลของกิจกรรมที่เข้าร่วมมิใช่เป็นผู้ร่วมคิดตัดสินใจหรือผู้ได้รับประโยชน์เท่านั้น

 **การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ DOT** หมายถึง การรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงคอยดูแลผู้ป่วย (DOT= Directly Observed Treatment) อสม. เป็นพี่เลี้ยงที่ดีสำหรับผู้ป่วยได้ พี่เลี้ยงมีหน้าที่ดังนี้

 - ดูแล กำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค พร้อมบันทึกการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค

 - ให้กำลังใจให้ผู้ป่วยกินยาครบตามกำหนดการรักษา

 - แนะนำการปฏบัติตนในการรักษาวัณโรค และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการใช้ผ้าปิดปาก - จมูก

 - สังเกต สอบถาม เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียง หรืออาการแพ้ยา

 - หมั่นย้ำเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น ความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยในความดูแล

 - รักษาความลับของผู้ป่วย ไม่นำเรื่องของผู้ป่วยไปพูดให้คนอื่นรู้

**พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง** เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในที่นี้คำว่าสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลาย หรือ พฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น

**6.ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 1.มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีคุณภาพด้วยระบบการดูแลแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

 2.เกิดความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

 3.อัตราป่วยด้วยโรควัณโรคลดลงจากปีที่แล้ว

 4.มีมาตรการของชุมชน ที่เป็นข้อตกลงและปฏิบัติเพื่อไม่เกิดโรควัณโรครายใหม่และไม่เกิดวัณโรคดื้อยา

**บทที่ 2**

**ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

 เป็นการวิจัยเชิงปฎิบัติการ ( action research) การศึกษาครั้งนี้เพื่อสร้างชุมชนต้นแบบ ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”ภายใต้การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกิจกรรมเสวนาพาแลงในชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในประเด็นปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่พบ เป็นเครื่องมือในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมเรียนรู้ ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมรับผิดชอบจากที่คิดร่วมกัน เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ได้จริง และมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนและสังคม โดยมีการดำเนินการโดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษาและจัดดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาโรควัณโรค มีแนวคิดทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

 2.แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

 3.

 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**1 ความรู้ทางวิชาการเรื่อง วัณโรค**

 **ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค**

 **1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรควัณโรค** วัณโรค เป็นโรคที่พบได้บ่อยทั้งคนในเมือง และชนบทโดยเฉพาะตามแหล่งสลัมหรือในที่ ๆ ผู้คนอยู่กันแออัดชาวบ้าน เรียกว่า ฝีในท้อง มักจะพบในเด็ก,คนแก่, คนที่เป็นโรคเอดส์ หรือเบาหวาน, โรคเอสแอลอี ที่ต้องกินยาเพร็ดนิโซโลนอยู่นาน ๆ, พวกที่ติดยาเสพติด, คนที่ร่างกายอ่อนแอจากการเป็นโรคอื่น ๆ มาก่อน เช่น หัด ไอกรน ไข้หวัดใหญ่,คนที่ตรากตรำงานหนักพักผ่อนไม่เพียงพอ, ดื่มเหล้าจัด, ขาดอาหาร ปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นวัณโรคแทรกซ้อนกันมาก และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัณโรคปอดที่เคยลดลง มีการแพร่กระจายมากขึ้น วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ทำให้มีการอักเสบในปอด ซึ่งในผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มักจะพบที่ปอด ในเด็กอาจเป็นที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย เช่น ต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมอง กระดูก

(เชิดเกียรติ แกล้วกสิกิจ, 2552)

 **1.1 สาเหตุ** เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis ซึ่งเป็น Acid fastbacillus (AFB) ย้อมติดสีแดง ซึ่งจะมีอยู่ในปอดของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา

 **1.2 การติดต่อ** วัณโรคปอดมักจะติดต่อโดยการสูดเอาละอองเสมหะขนาดเล็ก 1 – 3 ไมโครเมตร ที่มีเชื้อโรคอยู่ ของผู้ป่วยที่ไอจามหรือหายใจรด ซึ่งจะสูดเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปในปอดโดยตรง ละอองเสมหะที่มีขนาดเล็กนี้สามารถลอยอยู่ในอากาศได้นานเป็นวันเชื้อวัณโรคจะถูกทำลายได้ง่ายถ้าถูกแสงแดด และความร้อน ดังนั้นวัณโรคจึงมักแพร่ได้ง่ายในที่ร่มหรือบริเวณที่คับแคบ ในสถานที่อากาศมีการไหลเวียนน้อย เช่น ภายในบ้าน, ในห้องแอร์, หรือในที่แออัด ดังนั้นจึงมักมีประวัติสัมผัสใกล้ชิด เช่น นอนห้องเดียวกัน หรืออยู่บ้านเดียวกัน กับคนที่เป็น

โรค ส่วนการติดต่อโดยทางอื่นนับว่ามีโอกาสน้อยมาก ที่อาจพบได้ก็โดยการดื่มนมวัวดิบ ๆ ที่ได้จากวัวที่เป็นวัณโรค หรือโดยการกลืนเอาเชื้อที่ติดมากับอาหารหรือภาชนะ เชื้อจะเข้าทางต่อมทอนซิลหรือลำไส้ แล้วเข้าไปอยู่ในต่อมน้ำเหลือง ซึ่งบางครั้งอาจลุกลามเข้ากระแสเลือดไปยังปอดสมอง กระดูก ไต หรืออวัยวะอื่น ๆ ได้ผู้ป่วยมักจะได้รับเชื้อวัณโรคเข้าไปในร่างกายครั้งแรกในระยะที่เป็นเด็ก (บางคนอาจได้รับเชื้อตอนโตก็ได้) โดยไม่มีอาการแสดงแต่อย่างไร ยกเว้นบางคนอาจมีอาการของปอดอักเสบเล็กน้อยอยู่สักระยะหนึ่งแล้วหายไปได้เอง ร่างกายจะสร้างภูมิต้านทานขึ้นกำจัดเชื้อวัณโรค คนส่วนมากที่ได้รับเชื้อวัณโรคครั้งแรก จึงมักจะแข็งแรงเป็นปกติดี แต่อย่างไร

ก็ตาม เชื้อวัณโรคที่ยังอาจหลงเหลืออยู่บ้าง ก็จะหลบซ่อนอยู่ในปอดและอวัยวะอื่น ๆ นานเป็นแรมปี ตราบใดที่ร่างกายแข็งแรงดี ก็จะไม่เกิดโรคแต่อย่างไร แต่ถ้าต่อมา อาจเป็นเวลาหลายปี หรือสิบ ๆ ปี เมื่อร่างกาย เกิดอ่อนแอด้วยสาเหตุใดก็ตาม เชื้อที่หลบซ่อนอยู่ก็จะแบ่งตัวเจริญจนทำให้เกิดเป็นวัณโรคขึ้นได้ โดยไม่ต้องรับเชื้อมาจากภายนอกส่วนมากจะเกิดเป็นวัณโรคของปอดนอกจากนี้บางคนที่รับเชื้อวัณโรคเข้าร่างกายครั้งแรก เชื้ออาจจะลุกลามจนกลายเป็นวัณโรคในทันทีได้จนอาจกลายเป็นวัณโรคร้ายแรงได้ (อังกูร เกิดพานิช, 2549)

 **1.3 ระบาดวิทยา** เด็กมักจะได้รับเชื้อจากผู้ใหญ่ที่เป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ โดยเชื้อจะออกมากับการไอ จาม ทำให้เชื้อกระจายในอากาศ ในห้องที่ทึบอับแสง เชื้อวัณโรคอาจมีชีวิตอยู่ได้ถึง 1 สัปดาห์ ถ้าเสมหะที่มีเชื้อลงสู่พื้นที่ไม่มีแสงแดดส่อง เชื้ออาจอยู่ได้ในเสมหะแห้งได้นานถึง 6 เดือน เชื้อจะกระจายอยู่ในอากาศ และเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจเอาเชื้อเข้าไป บางครั้งเชื้ออาจผ่านจากแม่ไปยังลูกในท้องโดยผ่านทางรกได้ (กรมควบคุมโรค, 2551) ส่วนใหญ่โรคนี้จะเป็นกับเด็กที่มีฐานะยากจน อยู่ในชุมชนแออัด ผู้ที่ติดเชื้อแต่ไม่มีอาการ และตรวจไม่พบวัณโรคในปอดโดย X-rays จะทราบว่าติดเชื้อวัณโรคได้โดยการทดสอบทูเบอร์คิวลินจะให้ผลบวก ผู้ป่วยวัณโรคในผู้ใหญ่ส่วนใหญ่จะเคยติดเชื้อมาในระยะเด็ก ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดมีอาการของโรคได้แก่ การติดเชื้อในวัยทารก และในวัยหนุ่มสาว การสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ (ได้รับเชื้อเพิ่มขึ้น) ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยเฉพาะการติดเชื้อ HIVผู้ติดยาเสพติด และโรคขาดอาหาร (อังกูร เกิดพานิช, 2549)

 **1.4 ระยะฟักตัว** จากเมื่อแรกรับเชื้อจนถึงเมื่อให้ผลทดสอบทูเบอร์คิวลินเป็นบวกประมาณ 2-10 สัปดาห์ ระยะที่มีโอกาสเกิดอาการของโรคได้มากที่สุดคือ ในสองปีแรกหลังติดเชื้อโดยทั่วไปแล้วถ้าไม่ได้รับการรักษาเชื้อที่เข้าไปจะซ่อนตัวอยู่เงียบ ๆ โดยไม่ทำให้เกิดอาการของโรค ถ้าร่างกายอยู่ในสภาพที่แข็งแรงดี ถ้าสุขภาพทรุดโทรมลงหรือมีภาวะเสี่ยงต่างๆ เชื้อที่สงบนิ่งอยู่ก็จะออกมาทำให้เกิดอาการของโรคได้ ในระยะห่างจากการได้รับเชื้อเข้าไปเป็นเดือนหรือเป็นปีก็ได้

 **1.5 อาการและอาการแสดง** มักจะค่อย ๆ เป็นด้วยอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด อาจมีอาการครั่นเนื้อครั่นตัว หรือเป็นไข้ต่ำ ๆตอนบ่าย ๆ มีเหงื่อออกตอนกลางคืนต่อมาจึงมีอาการไอ ระยะแรก ๆ ไอแห้ง ๆ ต่อมาจะมีเสมหะ จะมีอาการไอมากเวลาเข้านอน หรือตื่นนอนตอนเช้า หรือหลังอาหาร อาการไอจะเรื้อรังเป็นแรมเดือน แต่บางคนอาจไม่มีอาการไอเลยก็ได้ ผู้ป่วยอาจรู้สึกแน่นหรือเจ็บหน้าอกโดยที่ไม่มีอาการไอ ในรายที่เป็นมาก จะหอบหรือไอเป็นเลือดก้อนแดง ๆ หรือดำ ๆ แต่น้อยรายที่จะมีเลือดออกมากถึงกับช็อกในรายที่เป็นน้อย ๆ อาจไม่มีอาการอะไรเลย และมักตรวจพบโดยบังเอิญจากการเห็น "จุด" ในปอดในฟิล์มเอกซเรย์บางคนอาจมีอาการเป็นไข้นานเป็นแรมเดือน โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ถ้าเกิดในเด็กอาการมักจะรุนแรงกว่าผู้ใหญ่ เพราะมีภูมิคุ้มกันน้อย อาจแพร่กระจายไปตามกระแสเลือด เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น กระดูกไต ลำไส้ ฯลฯ ส่วนใหญ่ของเด็กที่ติดเชื้อ จะไม่มีอาการของโรคเมื่อทดสอบทูเบอร์คิวลิน ได้ผลบวก (ซึ่งเป็นการแสดงว่าเด็กติดเชื้อวัณโรค) การตรวจ X-raysของปอดก็จะไม่พบความผิดปกติในระยะแรก ถ้าเด็กมีสุขภาพและภาวะโภชนาการดี โรคจะยังไม่เกิดขึ้นทันทีที่ได้รับเชื้อ อาการที่จะพบได้เร็วที่สุดประมาณ 1 - 6 เดือนหลังติดเชื้อ ที่จะพบได้บ่อย คือ มีต่อมน้ำเหลืองโตที่ขั้วปอด ที่คอ และที่อื่น ๆ แล้วจึงพบความผิดปกติที่ปอด และที่อวัยวะอื่น ๆ

 **1.6 อาการแทรกซ้อน** ที่สำคัญคือ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ฝีในปอด (Lung abscess)เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) ปอดแฟบ (Atelectasis) หลอดลมพอง ภาวะมีน้ำในช่องหุ้มปอดเยื่อบุช่องท้องอักเสบ วัณโรคต่อมน้ำเหลือง (พบบ่อยที่ข้างคอ อาจโตเป็นก้อนร่วมกับไข้เรื้อรัง หรือโตต่อกันเป็นสายเรียกว่า ฝีประคำร้อย) ไอออกเป็นเลือดถึงช็อก โลหิตเป็นพิษ ที่สำคัญคือภาวะขาดออกซิเจนและภาวะขาดน้ำซึ่งถ้าพบในเด็กเล็ก และคนแก่อาจทำให้ตายได้รวดเร็ว

 **1.7 การรักษา** ปัจจุบันมียารักษาวัณโรคที่ได้ผลดีหลายชนิด การรักษาจะให้ยาร่วมกันอย่างน้อย 3 ชนิด เพื่อลดอัตราการดื้อยา และเพิ่มประสิทธิภาพของยา ยาที่ใช้ได้แก่ Streptomycin Pyrazinamide Rifampin Isoniacid Ethambutol การรักษาจะได้ผลดี ถ้ามารับการรักษาเสียแต่ระยะเริ่มแรก และจะต้องกินยาอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และจะต้องดูแลให้พักผ่อนและให้อาหารที่มีโปรตีนสูงและมีไวตามิน เพื่อช่วยเพิ่มความต้านทานโรค การใช้ยารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพ

 **1.8 การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ DOTS**  หมายถึง การรักษาผู้ป่วยด้วยระบบยาระยะสั้นโดยมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาตลอดการรักษา ซึ่งเป็นกลยุทธที่ช่วยให้การควบคุมวัณโรคมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (WHO แนะนำ) สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่กินยา 6 เดือน , ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำกินยา 8 เดือน ดังนั้น

* การดูแลผู้ป่วยเรื่องการรักษาด้วยยาจะเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาล
* ส่วนผู้จะเพิ่มคุณภาพการรักษาว่าจะได้ผลจริงหรือไม่อยู่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย

**หลักในการรักษาวัณโรคให้ได้ผล**

1. ผู้ป่วยวัณโรคต้องขึ้นทะเบียนรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน
2. กินยาวัณโรคอย่างน้อย 6 – 8 เดือน
3. ต้องมีพี่เลี้ยงในการดูแลกินยาวัณโรคทุกวัน

**ปัญหาผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่กินยาไม่สม่ำเสมอ** เนื่องจาก

1. จำนวนเม็ดยาที่จะต้องกินมีจำนวนมาก
2. มีอาการแพ้ยา ซึ่งเกิดได้บ่อยโดยเฉพาะในช่วง 2 เดือนแรก
3. ระยะเวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยต้องกินยาติดต่อกันนานอย่างน้อย 6 เดือน
4. เมื่อผู้ป่วยกินยาประมาณ 2 เดือน ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นมาก จนคิดว่าตัวเองหายแล้ว และเลิกกินยาเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาวัณโรคได้

**เกิดอะไรขึ้นถ้าผู้ป่วยวัณโรคกินยาไม่สม่ำเสมอ**

1. มีระยะเวลาแพร่เชื้อให้คนอื่นๆ ในชุมชนได้นานขึ้น
2. มีอาการรุนแรงขึ้น และอาจตายจากการป่วยเรื้อรังได้
3. เชื้อวัณโรคจะกลายเป็นชนิดดื้อยา ทำให้ยากต่อการรักษาและควบคุมวัณโรค

**อาการสงสัยวัณโรค**

1. ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์
2. ไอแห้งๆ และ/หรือไอปนเลือด ร่วมกับมีเสมหะ
3. มีไข้ต่ำๆ อาจมีเหงื่อออกมากตอนกลางคืน
4. น้ำหนักลด ผอมลง
5. เบื่ออาหาร
6. อ่อนเพลีย
7. เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก

**ใครจะเป็นพี่เลี้ยงได้บ้าง**

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย
2. ผู้นำชุมชน เช่น อสม. พระ ครู ผู้ป่วยที่รักษาหายขาดแล้ว หรือเพื่อนบ้าน
3. สมาชิกในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร ญาติในครัวเรือนเดียวกัน

**หน้าที่ของผู้กำกับการกินยา**

1. จัดยาให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า (ควรเป็นเวลาตอนเย็น) วันละ 1 ซอง
2. บันทึกบัตรกำกับการกินยา โดยใช้เครื่องหมาย / ในวันที่กิน ใช้เครื่องหมาย x ในวันที่ไม่กินยา
3. สังเกตอาการผู้ป่วย ถ้าพบสิ่งผิดปกติ ให้แนะนำมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ไปโรงพยาบาล
4. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน งดสารเสพติดทุกชนิด
5. ให้กำลังใจผู้ป่วย
6. ประสานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน / สถานีอนามัย
7. เตือนให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะส่งตามกำหนด
8. แนะนำแก่ญาติ ชุมชน ให้เข้าใจถึงการควบคุมป้องกันโรค

 ถ้าหาก **“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้เป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาให้ผู้ป่วยด้วยตนเอง”** จะต้องไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 12 ครั้ง/คน ดังนี้

* + **ระยะเข้มข้นของการรักษา** (2-3 เดือนแรกจนกว่าจะตรวจเสมหะแล้วไม่พบเชื้อวัณโรค) เยี่ยมทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งจนครบ 8 ครั้ง โดยเยี่ยมครั้งแรกให้เร็วที่สุด (ผู้ป่วยกินยาไปแล้ว 2-3 วัน)
	+ **ระยะต่อเนื่องของการรักษา** (3-8 เดือนต่อมาจนครบแผนการรักษา) เยี่ยมทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง

**เหตุผลในการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข**

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว เจ้าหน้าที่ฯ สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้ในรายที่มีปัญหา และเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ถูกต้อง (ไม่อะลุ่มอล่วยไปในทางที่ไม่ถูกต้อง)
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นสภาพความเป็นจริง ประเมินสภาพแวดล้อม และสังเกตการปฏิบัติตัว เพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมถึงการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสม
3. ผู้ป่วยและญาติให้ความเชื่อถือ และเชื่อฟังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าสมาชิกในครอบครัว

**วิธีการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข**

1. สังเกตและสอบถามอาการทั่วไป อาการแพ้ยา/ฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการดังกล่าวให้ความช่วยเหลือ ดังตารางหน้าที่ 3 และให้กำลังใจผู้ป่วย
2. ตรวจนับซองยา เท่าจำนวนวันที่ใช้ไปหรือไม่ ตรวจ DOTS Card พร้อมเซ็นชื่อไว้
3. ตรวจดูสีปัสสาวะ ควรมีสีแดงส้ม (แสดงว่ามีการกินยา Rifampicin ควรดูตอนเช้า-เที่ยง)
4. แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ
	1. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ : ปิดปากเวลาไอ/จาม, ในช่วงระยะแพร่เชื้อควรนอนแยก, บ้วนเสมหะในกระโถน หากมีถุงพลาสติกรองรับควรนำไปฝังหรือเผา, เปิดประตู/หน้าต่างให้แสงแดดส่องถึง การระบายอากาศดี
	2. ความสำคัญของการกินยาทุกวัน และอันตรายของการกินยาไม่สม่ำเสมอ :- หากกินครบทุกวันอาการจะดีขึ้นภายใน 1 เดือนแต่เชื้อวัณโรคยังคงมีอยู่ในปอด จึงจำเป็นต้องกินยาให้ครบแผนการรักษา (นานกี่เดือน) เพื่อไปฆ่าเชื้อวัณโรคที่อยู่ในปอดให้หมด/รักษาหาย, หลังกินยาครบ 2 เดือนจะมีการตรวจเสมหะเพื่อติดตามผลการรักษาเบื้องต้น หากไม่พบเชื้อแล้วยาจะลดลงเหลือเพียง 2 ชนิด แต่ถ้าหากผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอเชื้อวัณโรคอาจจะดื้อต่อยาทำให้รักษาไม่หาย และแพร่กระจายเชื้อที่ดื้อต่อยาไปสู่ชุมชนหรือบุคคลอันเป็นที่รักได้ (ลูก ภรรยา พ่อ แม่ พี่ น้อง)
	3. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ : เน้นโปรตีนจากปลา, งดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา
	4. หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น เช่น โรคเบาหวาน ควรแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลควบคู่ไปด้วย
5. แนะนำการเก็บเสมหะแก่ผู้ป่วย โดยให้เก็บเสมหะในตอนเช้าหลังจากตื่นนอน และย้ำ/เตือนผู้ป่วยเรื่องกำหนดตรวจเสมหะ
6. ซักถามผู้สัมผัสร่วมบ้านและบ้านใกล้เคียง หากมีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์แนะนำให้มาตรวจคัดกรองวัณโรคที่โรงพยาบาล
7. เมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน **บันทึกผลการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึกฯ**

**การแก้ไข/รักษาอาการข้างเคียงเบื้องต้น**

 อาการแพ้ยาเกิดได้บ่อยโดยเฉพาะในช่วง 2 เดือนแรก

|  |  |
| --- | --- |
| **อาการ** | **การแก้ไข/การรักษา** |
| ผื่นคัน | - หยุดยาวัณโรคทุกตัว ส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาล |
| คันแต่ไม่มีผื่น หรือผื่นคันเล็กน้อย | - ให้ยาวัณโรคต่อไป- ให้ยาแก้คัน แก้แพ้ เช่น CPM , 0.1% TA cream , Calamine- นัดผู้ป่วยมาตรวจทุก 3 วัน |
| ตัวเหลือง ตาเหลือง | - หยุดยาวัณโรคทุกตัว ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที |
| วิงเวียน ตาลาย หูอื้อหรือหนวก | - หยุดยา Streptomycin ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที |
| ตามัว ตาบอดสี | - หยุดยา Ethambutol ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที |
| ชาตามปลายมือปลายเท้า | - ให้ยาวิตามินบี 6 100 mg./day |
| ปวดข้อ | - ให้ยา Paracetamol  |
| **อาการ** | **การแก้ไข** |
| ชัก ช็อก ไตวาย หลอดลมหดเกร็ง หนังลอก โรคจิต | - หยุดยาวัณโรคทุกตัว ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที |
| คลื่นไส้ อาเจียน | - ให้ยาวัณโรคต่อ- แนะนำให้กินยาหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน อาจให้ยาระงับการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น Domperidone |
| เบื่ออาหาร เจ็บกระเพาะ | - กินยาหลังอาหาร - ให้ยาลดกรด- ตรวจสอบขนาดของยา |
| ปัสสาวะสีแดง | - แนะนำผู้ป่วยว่าเกิดจากสีของยา ไม่เป็นอันตราย |

**2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม**

**1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ**

 **1.1 ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรม**

 พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกอย่างของสิ่งมีชีวิต ดังนั้น พฤติกรรมของคนจึงหมายถึงปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ทั้งสิ่งที่สมัครใจจะกระทำหรือละเว้นการกระทำ ทั้งนี้พฤติกรรมของบุคคลย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต

 **1.2 ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม**

 พฤติกรรมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งสาเหตุการเปลี่ยนแปลงอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น เปลี่ยนแปลงเองจากการเรียนรู้ตามวุฒิภาวะหรือระยะพัฒนาการ เปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับหรืออิทธิพลระหว่างบุคคล เปลี่ยนแปลงเพราะการลอกเลียนแบบ และ เปลี่ยนแปลงเนื่องจากบุคคลยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเอง มีความเหมาะสมตรงกับค่านิยม และแนวคิดของตนเอง ซึ่งสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างเช่น วุฒิภาวะหรือพัฒนาการ การเรียนรู้ ยาและสิ่งเสพติด พันธุกรรม เป็นต้น

 **1.3 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ**

 มนุษย์แสดงพฤติกรรมแตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยด้านสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม และเงื่อนไข ซึ่งสิ่งที่แสดงออก อาการ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางที่ดีและไม่ดี ถือเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งนั้น สำหรับพฤติกรรมที่ควรทราบเพื่อประกอบการพิจารณาสร้างเสริมสุขภาพมี ดังนี้

 **1)พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior**)พฤติกรรมสุขภาพ คือ แนวคิดเกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอก ได้แก่ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายใน ได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factors) ซึ่งมีความคิดความเชื่อ การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทัศนคติ และความคาดหวัง โดยในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า องค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนการให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน คือเป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งภายในและภายนอก ที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยจะขอยกตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ควรรู้ ดังนี้

 **1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior)** เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในที่นี้คำว่าสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลาย หรือ พฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น

 **1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self Care Behavior)** เป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่ง

บุคคล ครอบครัว ชุมชน ทำหน้าที่ดูแลตนเองนับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย

 **1.3 พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior)** เป็นพฤติกรรมที่เมื่อบุคคลปฏิบัติไปแล้ว

อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เกิดโรคหรือการบาดเจ็บ ตัวอย่างพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน พฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะโดยไม่เคารพกฎจราจร พฤติกรรมการเที่ยวหญิงบริการ หรือพฤติกรรมการเสพสารเสพติด เป็นต้น

 **1.4 พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior)** หมายถึง การปฏิบัติของ

บุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การสวมหมวกกันน็อก การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่ยวดยานพาหนะ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

 **1.5 พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior)** หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเมื่อรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วย ได้แก่ การถามบุคคลอื่นหรือผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับอาการของตน การเพิกเฉยการแสวงหาการรักษา การหลบหลีกจากสังคม เป็นต้น

 **1.6 พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (Sick role Behavior)** หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่น หรือ เป็นความ คิดเห็นของผู้ป่วยเอง

 จะเห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจาก การเรียนรู้ การรับรู้ ทัศนคติ ค่านิยม การเลียนแบบ และ การถูกบังคับ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ การปฏิบัติซึ่งเป็นพฤติกรรมทั้งด้านบวก (Positive behavior) และ ด้านลบ (Negative behavior) ซึ่งพฤติกรรมทางด้านลบเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่ยิ่งใหญ่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข

 **1.7 พฤติกรรมด้านลบที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ**ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยที่พบเห็บโดยทั่วไปในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นพฤติกรรมด้านลบ ในที่นี้จะกล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมทางด้านลบ ที่มีผลต่อสุขภาพที่สำคัญ ๆ ดังนี้ ได้แก่

 1) พฤติกรรมทางลบที่มีผลต่อการเกิดโรคติดต่อ เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

 2) พฤติกรรมทางลบที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารผิดหลักโภชนาการ และมีสารปนเปื้อน พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย และพฤติกรรม การขับขี่รถโดยไม่เคารพกฎจราจร เป็นต้น

 3) พฤติกรรมด้านลบที่เกิดจาการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสังคม และกระแสการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรม ทำให้ประเทศไทยมีการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น สิ่งที่ตามมาคือ มีการทำลายสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ เกิดมลพิษ มลภาวะทั้งในดิน น้ำ และอากาศ 4) พฤติกรรมด้านลบที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงจากการทำงาน เช่น พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคเกษตรกรรม พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคอุตสาหกรรม และ พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคบริการ สรุปแล้วจะเห็นว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีทั้งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก่อนและหลัง

การเกิดปัญหาสุขภาพ แต่พฤติกรรมที่สำคัญและจำเป็นต้องทำความเข้าใจให้มาก คือ พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติขณะยังมีสุขภาพดี ในขณะเดียวกันพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่ถือเป็นพฤติกรรมทางด้านลบที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ จำเป็นต้องรีบดำเนินการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ต้นเหตุ และเป็นการจัดการกับปัญหาสุขภาพแนวใหม่ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9

**3.แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง**

 **3.1 แนวคิดทฤษีส่งเสริมสุขภาพ แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model) Pender (1987)**

 Pender นักทฤษฎีทางการพยาบาล ได้พัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 เพื่ออธิบายและทานายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลทุกวัย เป็นแบบจำลองที่มุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล (Competence - or approach - orientedmodel) และเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง และได้ปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมาจนถึงปี ค.ศ. 2006 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจาลองดังนี้ (Pender et al., 2006; Pender, 1996 อ้างถึงใน สุรินธร กลัมพากร, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกาปั่นและขวัญใจ อานาจสัตย์ซื่อ, 2554)

 1. บุคคลแสวงหาภาวการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน

 2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง

 3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสาเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง

 4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

 5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

 6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต

 7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ ได้อธิบายถึงกระบวนการทาง ชีวจิตสังคม (Biopsychosocial process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการ ปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (Active role) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้อง เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Goal directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ เข้าไว้เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life style) ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพมีดังนี้ (Pender et al., 2006; Pender, 1996)

 1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) แต่ละบุคคลมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติมาก่อนซึ่งมีอิทธิพลทั้งโดยตรง และโดย อ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงของพฤติกรรมเดิมต่อพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพอาจเกิดจากการสร้างสุขนิสัยที่การกระทำนั้น ไม่ต้องใช้ความพยายาม และไม่ กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางดำเนินชีวิต ส่วนอิทธิพลโดยอ้อมนั้นเกิดจากการรับรู้ สมรรถนะของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ รับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ตลอดจน อารมณ์ที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้นตามแนวคิดของ (Bandura, 1997 อ้างถึงใน สุรินธร กลัมพากร และคณะ, 2554) ที่เชื่อว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเกิดจากการได้รับ ประโยชน์ตามที่คาดหวังจากพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำ ส่วนอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมจะ ถูกสะสมไว้ในความทรงจำ และต้องขจัดออกไป เพื่อให้การกระทาพฤติกรรมนั้นสาเร็จ พฤติกรรม ต่าง ๆ ที่ได้กระทำมักมีอารมณ์ต่าง ๆ เกิดร่วมด้วย จะเป็นอารมณ์ในทางบวกหรือทางลบที่เกิดขึ้น ก่อน ระหว่าง หรือหลังการกระทาพฤติกรรม จะบันทึกไว้เป็นความจำ พฤติกรรมเดิมมีอิทธิพลต่อ อารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและ โดยอ้อม ผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender et al., 2006) ได้แบ่ง ปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย เป็น ต้น ปัจจัยทางจิตได้แก่ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง แรงจูงใจในตนเอง การให้ความหมายคุณค่า เกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรมได้แก่ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เฉพาะ เช่น การรับรู้ว่าร่างกายแข็งแรง อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกาลังกาย แต่อาจไม่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น

 **3.2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior - specific cognition and affect)** ซึ่งปัจจัยด้านนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญและเป็นแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

 **1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action)** การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดย่อมขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะ ได้รับหรือผลลัพธ์หลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของ บุคคลจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นได้รับ หรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของ ผู้อื่นก็ได้ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผล ทางบวกต่อตนเอง ซึ่งการคาดการณ์ถึงประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจและช่วยเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรม อย่างต่อเนื่อง โดยการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ทาให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ทั้งภายในแลภายนอก การรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มความรู้สึกตื่นตัว และลดความรู้สึก อ่อนล้าที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนประโยชน์จากภายนอก ได้แก่ การได้รับรางวัลหรือการได้เข้า กลุ่มสังคมจากการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเริ่มต้น ปฏิบัติพฤติกรรม ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่าง ต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้ง โดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจานงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

 **2. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action)** การที่ บุคคลคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งอุปสรรคนี้อาจ เป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิดหรือมีอยู่จริงก็ได้ ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม การที่บุคคลรู้สึกยากลำบากที่จะเลิกพฤติกรรมที่ทาลาย สุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคจะเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลหลีกหนีที่จะ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลขาดความพร้อมและรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น ๆ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อย บุคคลก็จะมี โอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มากขึ้นด้วย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจานงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

 **3. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived self - efficacy)** การที่บุคคลรับรู้ถึง ทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ สมรรถนะของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติ พฤติกรรม เมื่อมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวกก็จะยิ่งรับรู้ สมรรถนะมากขึ้น ขณะเดียวกันยิ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูงเท่าใดก็ยัง รับรู้อุปสรรคน้อยลงเท่านั้น การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจานงและการรับรู้อุปสรรค ที่จะปฏิบัติ

พฤติกรรม โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองพัฒนามาจากปัจจัย 4 ด้าน คือ

 3.3.1 ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเองและได้รับการประเมินจากผู้อื่น

 3.3.2 ประสบการณ์ทางอ้อมโดยสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่น แล้วมาเปรียบเทียบกับตัวเอง

 3.3.3 การถูกชักจูงด้วยคาพูดของผู้อื่น ทำให้สามารถนาความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ประโยชน์

 3.3.4 สภาพร่างกาย เช่นความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ผ่อนคลายซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลตัดสินจากความสามารถของตน

 **3.3 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity - related affect)** บุคคลจะเกิดความรู้สึกทั้งขณะก่อน ระหว่าง หรือหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าอันเนื่องมาจากตัวพฤติกรรมนั้น ๆ การตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึกอาจมีระดับต่า ปานกลาง หรือรุนแรงก็ได้ และถูกกำหนดและเก็บเอาไว้ในความทรงจำอันจะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในภายหลัง การตอบสนองด้านความรู้สึกนึกคิดประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ สิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ การปฏิบัติพฤติกรรมเองหรือสิ่งแวดล้อมในขณะที่ปฏิบัติ อารมณ์ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมนี้จะส่งผลต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้า หรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางบวก เช่น รู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย มักถูกนามาปฏิบัติซ้า ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านลบ เช่น อึดอัด ไม่สบายใจ มักจะหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติ ในการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆอาจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวก และด้านลบ ดังนั้นการประเมินความรู้สึกของผู้ปฏิบัติขณะปฏิบัติ และหลังปฏิบัติจึงเป็นสิ่งสาคัญ

 **3.4 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)** เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเชื่อ และเจตคติของบุคคล ซึ่งความคิดนี้อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง ปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพรวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบอย่างมาตรฐานทางสังคมกาหนดมาตรฐานการกระทาที่แต่ละคนสามารถยอมรับ หรือปฏิเสธที่จะปฏิบัติได้ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการคงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบอย่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลยุทธ์ที่สาคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่ม หรือกระตุ้นการตั้งเจตจานงในการปฏิบัติ

 **3.5 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences)** การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทสามารถที่จะเอื้ออานวยให้เกิดพฤติกรรมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรวมการรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม ความสวยงาม ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนกิจกรรมของบุคคลที่ไปรวมกันอยู่ในสถานการณ์ที่นั้น ซึ่งจะเห็นได้ชัดในสวนสุขภาพที่มีผู้คนรวมกลุ่มในการออกกาลังกายกันมาก จะเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นการให้สัญญาณเตือนการปฏิบัติ เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่จะทาให้เกิดพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลโดยอ้อมจะผ่านเจตจานงในการปฏิบัติ

**4. ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome**)

 **4.1 เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions)** เจตจำนงในการปฏิบัติจะช่วยผลักดันให้บุคคลปฏิบัติในพฤติกรรมนั้น ๆ นอกจากมีความต้องการและความชอบอย่างอื่นที่เหนือกว่าเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยเป็นตัวกำหนดให้บุคคลลงมือกระทำเว้นเสียแต่เกิดความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่นซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือเป็นพฤติกรรมอื่นที่บุคคลชื่นชอบจนเปลี่ยนใจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ เจตจานงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิดซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการคือ การตั้งเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนด ณ เวลาและสถานที่ที่กำหนดเอาไว้โดยไม่คำนึงถึงสิ่งที่ตนเองชอบ และการหากลวิธีที่จะกระทำ และเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การตั้งเจตจำนงเพียงลาพังโดยปราศจากกลวิธีที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจแต่ไม่อาจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

 **4.2 ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate competing demands andpreferences)** หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เข้ามากะทันหันก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ ซึ่งความต้องการนั้นบุคคลควบคุมได้น้อยเนื่องจากขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เช่น มีงานต้องทำ ต้องดูแลครอบครัวอย่างกะทันหัน ส่วนสิ่งอื่นที่ชื่นชอบถือเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่มีพลังอำนาจให้บุคคลกระทำได้มากว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ เช่น เลิกไปออกกำลังกายแต่กลับไปซื้อของแทน เป็นต้น คนที่สามารถเอาชนะความต้องการและความชอบในขณะนั้นได้จะต้องรู้จักกำกับตนเอง มีระเบียบวินัยในตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการและการเลี้ยงดู

 **4.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health - promoting behavior)** พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจาลองสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสาเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทาหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย

**ภาพที่ 2 แบบจำลองแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987)**

 **Health Promotion Model Pender (1987)**

**2.2 แนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)**

 แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีค่าเชิงบวกมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิงสุวรรณ, 2536) ซึ่งต่อมาโรเซนสต๊อกได้สรุป องค์ประกอบพื้น ฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อ ง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974) ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

 **1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility**) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก ( Heinze, 1962; Elling et al.,1960)

 **2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)** เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำ ให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

 **3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits)** การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

 **4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)** การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

 **5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)**สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues)ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

 **6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)**ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

           3.2.6.1 ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

          3.2.6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

* + - 1. ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

 **7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)**แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทัศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

 **ภาพที่ 3 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ**

**3.ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned : TRA)**

 TRA เป็นทฤษฎีทางเจตคติที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมที่ควบคุมได้ด้วยตนเอง [Volitional (willful) Control] บุคคลที่มีเจตนา (Intention) จะกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง (Specific behavior) มาจาก 2 ปัจจัย คือ

 **1. เจตคติต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude toward behavior)**เจตคติต่อพฤติกรรมถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับผลกรรม และการประเมินคุณค่าของผลกรรมนั้น ตามทฤษฎีนี้ ถ้าบุคคลเชื่อว่าการทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลกรรมทางบวก (Positive outcome) เขาก็จะมีเจตคติในทางที่เห็นด้วยต่อพฤติกรรมนั้น ตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าถ้าทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับผลกรรมทางลบที่ไม่พึงปรารถนา (Negative outcome) เขาก็จะมีเจตคติไม่เห็นด้วย หรือต่อต้านพฤติกรรมนั้น

 **2. อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการทำพฤติกรรม (Subjective norms)**อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงถูกกำหนดโดยความเชื่อว่าบุคคลหรือ กลุ่มที่สำคัญ สำหรับเขาคิดว่าเขาควรทำ/ไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น และแรงจูงใจ ที่จะคล้อยตามบุคคลหรือกลุ่มบุคคลว่ามีมากน้อยแค่ไหนเนื้อหาในหนังสือมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned : TRA)ในรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประสบความสำเร็จด้วยมุมมองของทัศนคติ

 คนที่ประสบความสำเร็จเป็นผลจากการอบรมเลี้ยงดู เพราะสิ่งแวดล้อมในทางบวกมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดลักษณะทางพฤติกรรมในทางบวก ส่วนสิ่งแวดล้อมในทางลบก็จะนำไปสู่พฤติกรรมในทางลบนั่นเอง ความสำเร็จน่าจะเป็นผลมาจากลักษณะของจิตใจ และบุคลิกภาพที่เรียกว่าทัศนคติมากกว่าที่จะเป็นผลมาจากปัจจัยอื่นใด ทัศนคติและความเชื่อในทางบวก มันมีอยู่ทุกหนทุกแห่ง แต่จะมากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับว่าเราจะเลือกให้มันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตคุณหรือไม่ ดังนั้นเราจะเห็นว่าชัยชนะไม่ได้ติดตัวมาแต่เกิด แต่มันถูกสร้างขึ้นมาด้วยความเชื่อที่เป็นหัวใจสำคัญต่อการทำงานต่างหาก

 ความคิดเป็นที่มาของความสำเร็จ ความรุ่งโรจน์และความสุขทั้งปวงในโลกใบนี้ แต่อีกมุมหนึ่งความคิดก็เป็นบ่อเกิดของความล้มเหลว ความยากจนและความทุกข์ ซึ่งก็แล้วแต่ว่าเราเลือกที่คิดในแง่มุมใดเท่านั้นเอง และอีกสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของเราด้วยเช่นกันก็คือ นิสัย เพราะมันอาจจะเป็นผู้รับใช้ที่ดี และช่วยเราให้ไปถึงจุดหมายอันสูงสุดได้ แต่ขณะเดียวกันมันก็อาจเป็นนายที่เลวที่สุดที่จะทำให้เราไม่สามารถที่จะพบเจอกับความสำเร็จได้เลยก็เป็นได้ และนี่ก็คือผลของการคิดอย่างเป็นนิสัย นั่นเอง

 **การทำงานของจิตใจ**

กฎที่ใช้ควบคุมการทำงานของระบบความสำเร็จของมนุษย์เรา คือ ประกอบด้วยกฎพื้นฐานหลัก 1 ประการ และกฎพื้นฐานอีก 4 ประการด้วยกันดังจะนำเสนอต่อไปนี้

 1.กฎของเหตุและผล เป็นกฎพื้นฐานของจักรวาลซึ่งมีสาระสำคัญที่ว่าในการกระทำหรือเหตุการณ์ใดๆในชีวิตของคนเรามักจะมีเหตุผลและต้นเหตุที่ทำให้ทุกสิ่งทุกอย่างเกิดขึ้นเสมอ ดังนั้นหากเราอยากให้ชีวิตเราเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต เราก็ต้องเปลี่ยนวิธีคิดในปัจจุบัน โดยความคิดเหล่านั้นมักจะพัฒนาไปในทิศทางตามที่ใจเราต้องการเสมอ และในที่สุดแล้วเราก็จะประสบความสำเร็จและความรุ่งโรจน์ในชีวิตอย่างดีเลยที่เดียว

 2. กฎของการควบคุม หากสิ่งที่เราตัดสินใจจะรับผิดชอบมันแล้ว เราต้องมั่นใจว่าเราสามารถที่จะควบคุมมันได้เพราะเราต้องรับผิดชอบต่อผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆที่เราเองเป็นผู้กระทำ โดยตระหนักว่าหากเกิดความล้มเหลวในการควบคุมมันก็ต้องเกิดจากความผิดพลาดของตัวเราเอง ฉะนั้นเราต้องสามารถที่จะควบคุมจิตใจเราให้ได้เพื่อความสำเร็จในอนาคต

 3. กฎของความเชื่อ สิ่งใดก็ตามที่เรารับและเชื่อในตอนแรกจะกลายเป็นจริง ความเชื่อเป็นแรงผลักดันที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกของชีวิต เพราะความเชื่อจะมีผลต่อความคาดหวังของเราโดยเฉพาะความคิดหวังเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ถ้าเราหวังว่าผลของสิ่งนั้นจะเป็นบวก มันก็จะมีแนวโน้มที่จะเกิดผลในทางบวก แต่ถ้าเราหวังว่าผลของสิ่งนั้นจะเป็นลบ มันก็มีแนวโน้มว่าจะทำให้ผลมันเป็นลบ มันเหมือนกับสิ่งที่เราคิดเอาไว้เป็นคำพยากรณ์ที่ทำให้เกิดสมหวังในตัวเราเอง

 4. กฎแห่งการเน้น อะไรก็ตามที่เราเน้นและคิดถึงมากๆ จะเป็นจริงได้ โดยที่เราต้องมีการพัฒนาสิ่งที่เราเน้นและคิดถึงมากๆนั้นด้วยการทำให้เกิดเป็นรูปร่างขึ้นในใจเสียก่อน เพราะมันจะสามารถที่จะนำเราไปสู่จุดหมายได้เกินกว่าครึ่งทางเลยที่เดียว

 5. กฎของความดึงดูดใจ อะไรก็ตามที่เกิดขึ้นมาในจิตใต้สำนึกเราจะดึงดูดมันเข้าสู่ชีวิตและเราก็มักจะทำให้สิ่งที่เราได้สร้างเอาไว้ในใจตอนแรกให้กลายเป็นความจริงได้ เพราะ สิ่งที่เราสร้างขึ้นในจิตใจของเรานั้นมันทำให้เรามีความเชื่อมั่นที่จะเริ่มต้นและความมีอำนาจที่จะควบคุมมันด้วย

**3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

 **จินตนา แววสวัสดิ์ (2546)** ได้ศึกษา พฤติกรรมการเป็นพี่เลี้ยงของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค: กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรีพบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ค่านิยมในการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเป็นพี่เลี้ยงอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการเป็นพี่เลี้ยงเมื่อจำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยกลุ่มที่เกี่ยวข้องเป็นพ่อ แม่ ลูก มีพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่เป็นเครือญาติอื่นๆ ส่วนเพศ อายุและอาชีพไม่แตกต่างกัน การสนับสนุนทางสังคมและค่านิยมในการดำเนินชีวิตสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเป็นพี่เลี้ยงได้ร้อยละ 34.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ การสนับสนุนทางสังคม และค่านิยมในการดำเนินชีวิต สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตามหน้าที่และความเต็มใจในการปฏิบัติตามหน้าที่ในการเป็นพี่เลี้ยง ได้ ร้อยละ 29.5 และ 32.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001ตามลำดับ

 **สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2540)** ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคของศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาของศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ ปี 2539 จำนวน151 คน พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 57 และด้านที่ได้รับการสนับสนุนมากคือด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือยกย่อง ด้านเงินทอง สิ่งของหรือการให้บริการ แต่ด้านที่ได้รับการสนับสนุนน้อย คือ คือด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนคะแนนด้านความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.3 และพบว่าคะแนนการสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาวัณโรคของผู้ป่วย

 **สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, อริสรา ฤทธิ์งาม, ชรัญญากร วิริยะ, ตระกูลวงศ์ ฦๅชา, เจนจิรา เจริญการไกร, นิสากร กรุงไกรเพชร, สมสมัย รัตนกรีฑากุล** ได้ศึกษาเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมวัณโรค : กรณีศึกษานวัตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลวังน้าเย็น(พ.ศ. 2558)นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชื่อโครงการ “วัณโรค 4 days เอาอยู่” พัฒนาจากสภาพปัญหาของระบบบริการผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาลพบ ได้แก่ จานวนผู้รับบริการที่มากขึ้น การติดเชื้อของบุคลากรของโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่รับการรักษาพยายามฆ่าตัวตาย ลักษณะนวัตกรรมที่สาคัญ คือ มีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ลดจานวนวันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเหลือเพียง 4 วัน ในแต่ละวันจะมีแนวปฏิบัติของบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน รวมทั้งใช้เป็นแบบกากับ ติดตาม และประเมินผลการให้บริการที่เป็นรูปธรรม มีการนานวัตกรรมหลายอย่างร่วมให้บริการกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น การส่งต่อผู้ป่วยไปยังครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ ปรับระบบคิดให้เกิดความรับผิดชอบต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัคร บุคลากรสาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาล องค์กรปกครองท้องถิ่นและชุมชน ประสานงานนากองทุนต่าง ๆ มาสนับสนุนการใช้และให้บริการอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทาให้อัตราการรักษาหายเพิ่มขึ้น อัตราการป่วยซ้า อัตราตายลดลง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว สมาชิกในชุมชนและบุคลากรผู้ให้บริการ

 **พนิดา ว่าพัฒนวงศ์1, ชมพูนุช สุภาพวานิช1, อรรณพ สนธิไชย** ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำางานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำางานมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำางาน (r = 0.28, p < 0.01) ทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อวัณโรคจากการทำางาน,การรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูล, การรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับวัสดุ อุปกรณ์และการจัดการสภาพแวดล้อม และการได้รับคำาแนะนำาและการสนับสนุนจากผู้ร่วมงานหรือหัวหน้างานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำางานอย่างมีนัยสำาคัญทางสถิติ การให้ความรู้และส่งเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคแก่บุคลากรมีส่วนสำาคัญ ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงควรส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากร

 **กิตศราวุฒิ ขวัญชารี ส.ม. (วิทยาการระบาด)\*พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ ปร.ด. (วิทยาการระบาด)\*กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ ปร.ด. (สาธารณสุข**) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทยมี 10 ปัจจัย ได้แก่ 1) มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน 2)เคยสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค 3)ระดับ HbA1c ≥ 7.0% 4) เคยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 5) อาศัยในชุมชนแออัด 6) ดื่มแอลกอฮอล์ 7) สูบบุหรี่ 8) ระยะเวลาป่วย ≥10 ปี 9) รายได้ของผู้ป่วย < 5,000บาทต่อเดือน 10) มีความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผลพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย จากการศึกษาควรตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน เคยสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค มีระดับ HbA1c ≥ 7.0% เพื่อขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ได้รับการรักษาทันเวลาและลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนของประเทศไทย

**บทที่ 3**

**วิธีการดำเนินการศึกษา**

การศึกษาเรื่องตำบลต้นแบบ ลดวัณโลก “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”เป็นการวิจัยเชิงปฎิบัติการ ( action research) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาดังนี้

 3.1 รูปแบบการศึกษา

 3.2 ประชากรการศึกษา

 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ในการศึกษา

 3.5 ขั้นตอนการศึกษา

 3.6 แผนการดำเนินงาน

 3.7. ตัวชี้วัด

**3.1 รูปแบบการศึกษา**

 เป็นการวิจัยเชิงปฎิบัติการ ( action research) การศึกษาครั้งนี้เพื่อสร้างชุมชนต้นแบบ ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”ภายใต้การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกิจกรรมเสวนาพาแลงในชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในประเด็นปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่พบ เป็นเครื่องมือในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมเรียนรู้ ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมรับผิดชอบจากที่คิดร่วมกัน เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ได้จริง และมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนและสังคม โดยมีการดำเนินการโดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษาและจัดดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาโรควัณโรค

**3.2 ประชากรการศึกษา**

 1.ผู้ป่วยวัณโรค/ญาติ และผู้สัมผัสโรค 32 ราย

 2.กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตตำบลหมูม่น จำนวน 141 ราย

 2.ภาคีเครือข่ายในเขตตำบลหมูม่น 66 ราย

**3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

6.1 [แบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกเบาหวาน ICF3](http://www.kkpho.go.th/homes/files/ICF%203-DM_29Apr15%281%29.pdf)

 6.2 [แบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้ใกล้ชิดในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ICF4](http://www.kkpho.go.th/homes/files/ICF%204%20Household_contact-edit%2029Apr15%281%29.pdf)

**3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับข้อมูลที่ได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วนแล้ว จะนำมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม EXCEL และบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

**3.5 ขั้นตอนการศึกษา**

 **ขั้นเตรียมการ**

 1.แต่งตั้งคณะกรรมการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายการดำเนินงานจัดการวัณโรค

 - ค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค วัณโรค

 - วิเคราะห์ปัญหาระดับความสำคัญของปัญหา

 - วางแผนการจัดการความเสี่ยงและปัญหา โรควัณโรค ของชุมชนโดยชุมชน

 - ดำเนินการตามแผน/กิจกรรมลดเสี่ยงในชุมชน/กิจกรรมสัญญาใจดูแลวัณโรคโดยชุมชน “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”

 - สรุปผลการดำเนินงาน/ปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางแก้ไข

 2.ประชุมชี้แจงแนวทางในระดับพื้นที่ คืนข้อมูลสถานการณ์โรควัณโรค

 3.สร้างมาตราการและพันธะสัญญาในการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชน และทำ MOU หมู่บ้านต้นแบบลดโรควัณโรค

 **ขั้นตอนดำเนินการ**

 1. .ดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามระบบ DOTS คุณภาพ

 2. จัดกิจกรรมเสวนาพาแลงในชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในประเด็นปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่พบ

 3. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาโรควัณโรค ตามยุทธศาสตร์

 1.ค้นให้พบ ค้นหาผู้ป่วยให้เร็วขึ้น และวินิจฉัยด้วยเครื่องมือและแนวทางใหม่ๆ สำหรับกลุ่มเสี่ยง

 2.รักษาให้หาย โดยสหวิชาชีพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

 3.พัฒนาระบบและเครือข่าย ได้แก่ การติดตามประเมินผล มาตรฐานดำเนินงาน การควบคุมการติดเชื้อ และการป้องกันโรค

 4. ประชุมเชิงปฏิบัติการ อสม. และภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการโรควัณโรค

 5. ประชาสัมพันธ์ งานโรควัณโรเชิงรุกในชุมชนทางหอกระจายข่าววิทยุชุมชนจัดบอร์ดให้ความรู้เรื่องโรควัณโรค ในสุขศาลา รณรงค์เคาะประตูบ้านแจกแผ่นพับทุกหลังคาเรือน จำนวน 1,589 แผ่น

 6. ดำเนินการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรควัณโรคในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

 7. จัดบริการให้คำปรึกษาคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ ในสถานบริการระดับตำบล

 8. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาซับซ้อน และผู้ป้วยดื้อยา

 9. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็นผลการดำเนินงาน DOTS Meeting เพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จการ เสวนาหา แนวทาง มาตรการของชุมชน หมู่บ้านต้นแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อวัณโรค แบบบูรณาการ ในชุมชน

 10. คืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องในเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการ/กำนันผู้ใหญ่บ้าน และที่ประชุมประจำเดือนของอปท.

 11. สรุปผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการโรควัณโรคในชุมชน

**3.6.แผนการดำเนินงาน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **กิจกรรมหลัก** | **เป้าหมาย** | **ผลของกิจกรรม** |
| 1.ดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามระบบ DOTS คุณภาพ | -วิเคราะห์สถานการณ์และแจ้งเตือน แก่ทุกภาคส่วน-จัดทำ Spot map ย้อนหลัง 3 ปี-จัดตั้งคลินิกวัณโรคที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกวันอังคาร- การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ DOT  | - รายงานสถานการโรคทุกภาคส่วนในตำบลหมูม่นแป็นกรณีเกิดโรค- จัดทำ Spot map ย้อนหลัง 3 ปีที่รพ.สต. และสุขศาลา*-*จัดทำคลินิกวัณโรคที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกวันอังคาร-อสม.ผู้ดูแลผู้ป่วยออกติดตามการกินยาและแนะนำให้การรักษา |
| 2.ดำเนินการตำบลต้นแบบลดโรควัณโรค | -รณรงค์เคาะประตูบ้านแจกเอกสาร 1,589 แผ่น-จัดตั้งคณะกรรมการ TB ระดับตำบล-อบรมให้ความรู้คณะกรรมการ เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา - จัดกิจกรรมเสวนาพาแลงในชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในประเด็นปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่พบ- ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาซับซ้อน และผู้ป้วยดื้อยา | -รณรงค์เคาะประตูบ้านแจกแผ่นพับทุกหลังคาเรือน จำนวน 1,589 แผ่น-ได้คณะกรรมการ TB ระดับตำบลจำนวน 55 คน-อบรมให้ความรู้คณะกรรมการ เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาจำนวน 55 คน- มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบแต่งตั้งคณะทำงานระดับหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน จำนวน 11 คณะ- มาตรการของชุมชน ที่เป็นข้อตกลงและปฏิบัติเพื่อไม่เกิดโรควัณโรครายใหม่และไม่เกิดวัณโรคดื้อยา- ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาซับซ้อน และผู้ป่วยดื้อยา จำนวน 6 ราย และให้คำแนะนำการกินยา |
| **กิจกรรมหลัก** | **เป้าหมาย** | **ผลของกิจกรรม** |
| **ขั้นดำเนินงาน(ต่อ)**2.ดำเนินการตำบลต้นแบบลดโรควัณโรค | -อบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 141 คน-รณรงค์การตรวจคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง DM ,ผู้สัมผัสร่วมบ้าน,ผู้มีอาการเกิน 2 สัปดาห์ - ตรวจสอบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย | - อบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีผู้ร่วม 141 คน-รณรงค์การตรวจคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังDM ,ผู้สัมผัสร่วมบ้าน,ผู้มีอาการเกิน 2 สัปดาห์ โดยได้ดำเนินการแจกแผ่นพับ ความรู้เรื่องโรควัณโรค จำนวน 1,589 แผ่น( ทุกหลังคาเรือน )- พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 6 รายได้รับการเยี่ยมและขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ |
| 3.จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็นผลการดำเนินงาน DOTS Meeting เพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จการ | - Mr. TB หมู่บ้านละ 1 คน 11หมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายหมู่บ้านละ 5 คน | - Mr. TB หมู่บ้านละ 1 คน 11หมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายหมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 66 ราย |

**3.7 ตัวชี้วัด**

1.อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคใหม่อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคใหม่และถูกขึ้นทะเบียนในระบบ มากกว่าร้อยละ 90

 2. อัตราการรักษาวัณโรครายใหม่ มากกว่าร้อยละ 85

 3.อัตราการเกิดโรควัณโรครายใหม่ ลดลง

 4.มีมาตรการแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคละกลุ่มเสี่ยง

**บทที่ 4**

**ผลการศึกษา**

 เป็นการวิจัยเชิงปฎิบัติการ ( action research) การศึกษาครั้งนี้เพื่อสร้างชุมชนต้นแบบ ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”ภายใต้การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกิจกรรมเสวนาพาแลงในชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในประเด็นปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่พบ เป็นเครื่องมือในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมเรียนรู้ ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมรับผิดชอบจากที่คิดร่วมกัน เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ได้จริง และมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนและสังคม โดยมีการดำเนินการโดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษาและจัดดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาโรควัณโรค

**1.การคัดกรองโรควัณโรค**

 **1.การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ( ICF 3) ผู้มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหมูม่น 141 ราย**

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากร

 ส่วนที่ 2 การคัดกรองสัมภาษณ์ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค

 **2.แบบฟอร์มการตรวจผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ (ICF 4) 32 ราย**

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากร

 ส่วนที่ 2 ความสัมพันธุ์กับผู้ป่วยและลักษณะการสัมผัส/ ข้อบ่งชี้ที่สงสัยว่าป่วยเป็วัณโรค

**2.ข้อมูลการติดตามผู้ป่วยวัณโรค ด้วยระบบ DOTS**

 ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากร

 ส่วนที่ 2 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค

**3. มาตการแนวทางการดำเนินงานวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”โดยกิจกรรมสนทนาภาแลง**

**1.ข้อมูลทั่วไป การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ( ICF 3)**

**ตารางที 1** จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N= 141) จำแนกตาม ลักษณะทั่วไป

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (N=141) | ร้อยละ |
| เพศ |  |  |
|  ชาย | 28 | 19.86 |
|  หญิง | 113 | 80.14 |
| อายุ |  |  |
|  15 - 34  | 3 | 2.13 |
|  35 - 59 | 24 | 17.02 |
|  60 ปีขึ้นไป | 114 | 80.85 |
| ผู้ป่วยเบาหวาน |  |  |
|  รายใหม่ รายเก่า  | 5136 | 3.5596.45 |
|

|  |
| --- |
| **ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค**  |

 | 50 | 69.44 |
|  ไม่เคยรักษา | 138 | 97.87 |
|  เคยรักษา | 3 | 2.12 |

**1. ข้อมูลทั่วไป**

 จากการศึกษา จำนวนประชากรกลุ่มที่ศึกษา 141 คน คิดเป็นหญิง ร้อยละ 80.14 คิดเป็นชาย ร้อยละ 19.86 อายุกลุ่มเสี่ยงอยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80.85 รองลงมาอายุช่วง 35-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.02 และช่วงอายุ 15-34 ปีคิดเป็นร้อยละ 2.13 กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายเก่า มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 96.45 รายใหม่คิดเป้นร้อยละ 3.55 ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค ไม่เคยรับการรักษามากสุดคิดเป็นร้อยละ 97.87 และเคยรักษาคิดเป็นร้อยละ 2.12

 **ส่วนที่ 2 การคัดกรองสัมภาษณ์ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ( ICF 3)**

**อาการสงสัย**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ข้อมูลสุขภาพ ( N =141 ) | มี | ร้อยละ | ไม่มี | ร้อยละ |
| 1. ไอเรื้อรัง > 2 อาทิตย์ 0 0.00 141

  |  100 |
| 1. ไอมีเลือดปน 0 0.00 141
 |  100 |
|  |
| 1. ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับน้ำหนักลด 0 0.00 141 100
2. ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับเหงื่อออก 0 0.00 141 100

ผิดปกติ ตอนกลางคืน  |
| 1. การส่งต่อผู้มีความเสี่ยง 0 0.00 141 100
 |
|  |

 **ส่วนที่ 2 การคัดกรองสัมภาษณ์ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ( ICF 3)**

จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากลุ่มเสี่ยง ไอเรื้อรัง > 2 อาทิตย์ ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 , ไอมีเลือดปน ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับน้ำหนักลด ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 , ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับเหงื่อออกผิดปกติ ตอนกลางคืน ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 ,การส่งต่อผู้มีความเสี่ยง ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีอาการต้องสงสัยวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 100

**2. แบบฟอร์มการตรวจผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ (ICF 4) 32 ราย**

 **ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากรผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ (ICF 4)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (N=32) | ร้อยละ |
| เพศ |  |  |
|  ชาย | 18 | 57.38 |
|  หญิง | 14 | 43.75 |
| อายุ 0 - 5 10 – 14  | 112 | 3.1338.25 |
|  15 - 34  | 1 | 3.13 |
|  35 - 59 | 18 | 56.25 |
|  60 ปีขึ้นไป | 2 | 6.25 |
|

|  |
| --- |
| **ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค**  |

 |  |  |
|  ไม่เคยรักษา | 31 | 96.88 |
|  เคยรักษา | 1 | 3.13 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยลักษณะการสัมผัส |
|  ร่วมบ้าน 20 62.50 |
|  ใกล้ชิดอื่นๆ 12 37.50 |

 จากการศึกษา จำนวนประชากรกลุ่มที่ศึกษา 32 คน คิดเป็นชาย ร้อยละ 57.38 คิดเป็นหญิง ร้อยละ 43.75 อายุกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในช่วงอายุ 35 – 59 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.25 รองลงมาคืออายุช่วง 10 - 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.25 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 6.25 ช่วงอายุ 0 – 5 และ 15 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.13 ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค ไม่เคยรับการรักษามากสุดคิดเป็นร้อยละ 96.88 และเคยรักษาคิดเป็นร้อยละ 3.13 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยลักษณะการสัมผัส คิดเป็นร่วมบ้านมากสุด คิดเป็นร้อยละ 62.50 ใกล้ชิดอื่นๆคิดเป็นร้อยละ 37.50

 **ส่วนที่ 2 ข้อบ่งชี้ที่สงสัยว่าป่วยเป็วัณโรคผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ (ICF 4)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ข้อมูลสุขภาพ ( N =32 ) | มี | ร้อยละ | ไม่มี | ร้อยละ |
| 1. ไอเรื้อรัง > 2 อาทิตย์ 0 0.00 32 100 |
| 2. ไอมีเลือดปน 0 0.00 32 100 |
| 3. ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับน้ำหนักลด 0 0.00 32 1004.ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับเหงื่อออก 0 0.00 32 100ผิดปกติ ตอนกลางคืน |
| 5.การส่งต่อผู้มีความเสี่ยง 0 0.00 32 100 |

จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่สัมผัสร่วมบ้านสงสัยว่าป่วยเป็นวัณโรคผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อพบว่ากลุ่มเสี่ยง ไอเรื้อรัง > 2 อาทิตย์ ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 , ไอมีเลือดปน ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับน้ำหนักลด ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 , ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับเหงื่อออกผิดปกติ ตอนกลางคืน ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 ,การส่งต่อผู้มีความเสี่ยง ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีอาการต้องสงสัยวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 100

**2.ข้อมูลการติดตามผู้ป่วยวัณโรค ด้วยระบบ DOTS รายใหม่ 6 ราย**

 **ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากร**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (N=141) | ร้อยละ |
| เพศ |  |  |
|  ชาย | 4 | 66.66 |
|  หญิง | 2 | 34.00 |
| อายุ |  |  |
|  15 - 34  | 1 | 16.66 |
|  35 - 59 | 4 | 66.66 |
|  60 ปีขึ้นไป | 1 | 16.66 |
| ผู้ป่วยเบาหวาน |  |  |
|  รายใหม่ รายเก่า  ไม่มีโรคประจำตัว  | 0.0033 | 0.0050.0050.00 |
|

|  |
| --- |
| **ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค**  |

 |  |  |
|  ไม่เคยรักษา | 5 | 83.33 |
|  เคยรักษาประวัติการขึ้นทะเบียนการรักษา ขึ้นทะเบียน ยังไม่ขึ้นทะเบียน | 1 6  0  | 16.661000.00 |
|  |  |  |

 จากการศึกษา จำนวนประชากรกลุ่มที่ศึกษา 6 ราย คิดเป็นชาย ร้อยละ 66.66 คิดเป็นหญิง ร้อยละ 34.00 อายุกลุ่มเสี่ยงอยู่ในช่วงอายุ 35 – 59 ปีข มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.66 รองลงมาอายุช่วง 15 - 34 ปีและ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16. กลุ่มป่วยส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าและไม่มีโรคประจำตัว มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.00 ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค ไม่เคยรับการรักษามากสุดคิดเป็นร้อยละ 83.33 และเคยรักษาคิดเป็นร้อยละ 16.66

**ส่วนที่ 2 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ข้อมูลสุขภาพ ( N =6 ) | มี |  ร้อยละ |
| 1. ผู้ป่วยรับประทานยา รับประทานยาสม่ำเสมอ 6 100ลืมประรับประทานยา 0 0.00 |  |
| 2. สภาพแวดล้อม สะอาดปลอดโป่ง 4 68.00 ไม่สะอาดไม่ปลอดโป่ง 2 34.00 |  |
|  |
| 3.อาการหลังรับประทานยา  มีอาการ 5 85.00 ไม่มีอาการ 1 16.66 |
| 5.การส่งต่อผู้มีความเสี่ยง 0 0.00 |
|  |

 จากการศึกษาการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 100 สภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วย มีความสะอาดปลอดดป่ง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68 และรองลงมาคือไม่ค่อยสะอาดคิดเป็นร้อยละ 34 อาการหลังรับประทานยาของผุ้ป่วย มีอาการหลังรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 85 และไม่มีอาการคิดเป้นร้อยละ 16.66

**3. มาตการแนวทางการดำเนินงานวัณโรค** “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”โดยกิจกรรมสนทนาภาแลง



**บทที่ 5**

**สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**

**1. สรุปผลการประเมิน อภิปรายและข้อเสนอแนะ**

 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฎิบัติการ ( action research) การศึกษาครั้งนี้เพื่อสร้างชุมชนต้นแบบ ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”ภายใต้การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกิจกรรมเสวนาพาแลงในชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในประเด็นปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่พบ เป็นเครื่องมือในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมเรียนรู้ ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมรับผิดชอบจากที่คิดร่วมกัน เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ได้จริง และมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนและสังคม โดยมีการดำเนินการโดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษาและจัดดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาโรควัณโรค โดยใช้แบบประเมินแบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกเบาหวาน ICF3และแบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้ใกล้ชิดในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ICF4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพราะเจาะจง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 141 ราย กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน 32 รายและกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค 6 ราย ทำการวิจัยระหว่างวันที่ มกราคม 2561 – เมษายน 2561 เก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสัมภาษณ์ ที่มีโครงสร้าง จำนวน 3 ชุด 1.การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ( ICF 3) ผู้มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากรส่วนที่ 2 การคัดกรองสัมภาษณ์ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค2.แบบฟอร์มการตรวจผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ (ICF 4) ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากรส่วนที่ 2 ความสัมพันธุ์กับผู้ป่วยและลักษณะการสัมผัส/ ข้อบ่งชี้ที่สงสัยว่าป่วยเป็วัณโรค 2.ข้อมูลการติดตามผู้ป่วยวัณโรค ด้วยระบบ DOTSส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากรส่วนที่ 2 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค วิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

**2. ผลการศึกษา**

 **2.1 ข้อมูลทั่วไป**

 **1.การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ( ICF 3) ผู้มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหมูม่น 141 ราย**

 **ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากร**

 จากการศึกษา จำนวนประชากรกลุ่มที่ศึกษา 141 คน คิดเป็นหญิง ร้อยละ 80.14 คิดเป็นชาย ร้อยละ 19.86 อายุกลุ่มเสี่ยงอยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80.85 รองลงมาอายุช่วง 35-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.02 และช่วงอายุ 15-34 ปีคิดเป็นร้อยละ 2.13 กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายเก่า มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 96.45 รายใหม่คิดเป้นร้อยละ 3.55 ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค ไม่เคยรับการรักษามากสุดคิดเป็นร้อยละ 97.87 และเคยรักษาคิดเป็นร้อยละ 2.12

 **ส่วนที่ 2 การคัดกรองสัมภาษณ์ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค**

 จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากลุ่มเสี่ยง ไอเรื้อรัง > 2 อาทิตย์ ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 , ไอมีเลือดปน ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับน้ำหนักลด ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 , ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับเหงื่อออกผิดปกติ ตอนกลางคืน ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 ,การส่งต่อผู้มีความเสี่ยง ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีอาการต้องสงสัยวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 100

 **2.แบบฟอร์มการตรวจผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ (ICF 4) 32 ราย**

 **ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากร**

จากการศึกษา จำนวนประชากรกลุ่มที่ศึกษา 32 คน คิดเป็นชาย ร้อยละ 57.38 คิดเป็นหญิง ร้อยละ 43.75 อายุกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในช่วงอายุ 35 – 59 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.25 รองลงมาคืออายุช่วง 10 - 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.25 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 6.25 ช่วงอายุ 0 – 5 และ 15 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.13 ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค ไม่เคยรับการรักษามากสุดคิดเป็นร้อยละ 96.88 และเคยรักษาคิดเป็นร้อยละ 3.13 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยลักษณะการสัมผัส คิดเป็นร่วมบ้านมากสุด คิดเป็นร้อยละ 62.50 ใกล้ชิดอื่นๆคิดเป็นร้อยละ 37.50

 **ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและลักษณะการสัมผัส/ ข้อบ่งชี้ที่สงสัยว่าป่วยเป็นวัณโรค**

 จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและลักษณะการสัมผัส/ ข้อบ่งชี้ที่สงสัยว่าป่วยเป็นวัณโรคพบว่ากลุ่มเสี่ยง ไอเรื้อรัง > 2 อาทิตย์ ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 , ไอมีเลือดปน ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับน้ำหนักลด ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 , ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับเหงื่อออกผิดปกติ ตอนกลางคืน ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 ,การส่งต่อผู้มีความเสี่ยง ไม่มีอาการคิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีอาการต้องสงสัยวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 100

**2.ข้อมูลการติดตามผู้ป่วยวัณโรค ด้วยระบบ DOTS**

 **ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากร**

 จากการศึกษา จำนวนประชากรกลุ่มที่ศึกษา 6 ราย คิดเป็นชาย ร้อยละ 66.66 คิดเป็นหญิง ร้อยละ 34.00 อายุกลุ่มเสี่ยงอยู่ในช่วงอายุ 35 – 59 ปีข มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.66 รองลงมาอายุช่วง 15 - 34 ปีและ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16. กลุ่มป่วยส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าและไม่มีโรคประจำตัว มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.00 ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค ไม่เคยรับการรักษามากสุดคิดเป็นร้อยละ 83.33 และเคยรักษาคิดเป็นร้อยละ 16.66

 **ส่วนที่ 2 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค**

 จากการศึกษาการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 100 สภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วย มีความสะอาดปลอดดป่ง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68 และรองลงมาคือไม่ค่อยสะอาดคิดเป็นร้อยละ 34 อาการหลังรับประทานยาของผุ้ป่วย มีอาการหลังรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 85 และไม่มีอาการคิดเป้นร้อยละ 16.66

1. **สรุปผล**

 **1. การปรับระบบบริการสุขภาพ** โดยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง มีระบบการติดตามการปฏิบัติหน้าที่ การประเมินผล และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถร่วมมือในการรักษาที่ถูกต้อง สำหรับในชุมชนมีระบบเครือข่ายการติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา มีระบบการคัดกรองผู้สัมผัสเชื้อ กลุ่มเสี่ยงโดยพยาบาลวิชาชีพในชุมชน ตลอดจนการพัฒนา อสม.DOT ดูแลติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการสร้างค่านิยมของครอบครัวและชุมชนใน สร้างมตราการชุมชนให้เกิดชุมชนเข้มแข็งเป็นชุมชนต้นแบบ ลดวัณโรค ด้วย นโยบาย “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและดูแลรักษา” เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้า ลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ลดการตาย และลดความเสี่ยงของการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจากผู้ป่วย

 2. **การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ** จากการกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นนโยบายที่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดเครือข่ายในปฏิบัติงานมีความเข้าใจ ยอมรับ เกิดความร่วมมือ เชื่อมโยงระบบบริการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

 3. **การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ** โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในการควบคุมโรคไม่ให้แพร่กระจายไป การจัดพื้นที่ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว เพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่ต่าง ๆ และเพื่อความสะดวก รวดเร็วของบริการ เป็นการปรับสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

 4. **การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน** โดยการสร้างมาตรฐานการชุมชนในการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงให้ควบคุมเพื่อให้ผุ้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงอยุในชุมชนได้อย่างปกติสุข

 5. **การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล** เน้นการพัฒนาทักษะในผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัยจากเชื้อวัณโรค การกำจัดเสมหะที่ถูกต้อง การแยกใช้ภาชนะในการรับประทานอาหารและดื่มน้า ตลอดจนการรับประทานอาหารและยาอย่างถูกต้อง

 **6.การดำเนินงานตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”**

 1.ค้นให้พบ ด้วยการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคและผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อค้นหาผู้ป่วยและลดอัตราการแพร่การติดเชื้อลดอัตราการป่วยและเป็นการค้นหาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีค้นหาผู้ป่วยให้เร็วขึ้น และวินิจฉัยด้วยเครื่องมือและแนวทางใหม่ๆ สำหรับกลุ่มเสี่ยง

2.จบด้วยหาโดยสหวิชาชีพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

 3.พัฒนาระบบและเครือข่าย ได้แก่ การติดตามประเมินผล มาตรฐานดำเนินงาน การควบคุมการติดเชื้อ การป้องกันโรค และภาคีเครือข่ายคอยดูแล กลุ่มป่วยกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านเมื่อเกิดโรคขึ้นในหมู่บ้านและคอยให้คำแนะนำในการรักษา

**5.อภิปลายผล**

 จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าไม่มีอาการต้องสงสัยวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 100 จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีอาการต้องสงสัยวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 100 จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและลักษณะการสัมผัส/ ข้อบ่งชี้ที่สงสัยว่าป่วยเป็นวัณ พบว่าไม่มีอาการต้องสงสัยวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 100 จากการศึกษาการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 100 สภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วย มีความสะอาดปลอดโป่ง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68 และรองลงมาคือไม่ค่อยสะอาดคิดเป็นร้อยละ 34 อาการหลังรับประทานยาของผุ้ป่วย มีอาการหลังรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 85 และไม่มีอาการคิดเป้นร้อยละ 16.66 เนื่องจากการดำเนินงานตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา” ทำให้ลดโรควัณโรคในตำบลลงได้และเกิดความร่วมมือกับกับภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพเกิดการบูรณาการความร่วมมือในชุมชนเกิดมาตรการการดูแลสุขภาพลดวัณโรคในชุมชนได้ ซึ่งการลดการเกิดโรคตามทฤฏีความเชื่อสุขภาพ บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีค่าเชิงบวกมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้  และแนวคิดทฤษฎิ เพนเดอร์ (Pender)ได้กล่าวถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องนี้จะมีอยู่ประมาณ ร้อยละ 75 ของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่า ตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวนำมาใช้กับผู้ป่วยโดยให้มีระบบ DOTS ในการติดตามพฤติกรรมการกินยา การดุแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคที่มีพฤติกรรมที่ดีหายขาดและไม่กลับไปป่วยซ้ำ

**6.ข้อเสนอแนะ**

 จากการดำเนินงาน ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”การเข้าถึงบริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมได้มากขึ้น จึงควร ควรเผยแพร่รูปแบบการดำเนินงาน ตำบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา”ตามแนวทางการดำเนินงานให้กว้างขวาง และขยายผลการดำเนินงาน ในการแก้ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

**5. แผนพัฒนาต่อเนื่อง**

 1. จัดกระบวนการให้ความรู้ เพื่อแก้ไขความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยแก่ประชาชน และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อลดข้อจัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในชมชน

 2. พัฒนาระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น

**บรรณานุกรม**

 1. นพ.พงศ์เทพ ธีระวิทย์ หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบาบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รพ.รามาธิบดี วัณโรคปอด(Pulmonary tuberculosis) (2550) มหาวิทยาลัยบูรพา วิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของพี่เลี้ยง อำเภอระแงะจังหวัดนราธิวาส

2.นางนวรัตน์ เชียงสอน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขใน

การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

3.ประนอม นพคุณ. ผลของการสอนด้วยสื่อประสมตอความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่ วยวัณโรคปอด. ใน: ทา เนียบบทคัดย่องานวิจัย ปี ที่ 6 พศ.2551 สถาบันบา ราศนราดูร.บรรณาธิการ. การประชุมเสนอผลงานวิจยั บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต 30 กันยายน 2551 และ งานประชุมวิชาการประจา ปี 2551 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. กรุงเทพฯ: สา นักงาน พระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2551.

4.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาะรณสุข แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค พ.ศ. 2561

5.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โครงการวัณโรคตามคำรับรองปฎิบัติราชการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (2561)

6.สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร การพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมวัณโรค (2550)

7.สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาะรณสุข การสอบสวนการระบาดผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัวเดียวกัน ตำบลบางเตยอำเภอเมือง จังหวัดพังงา เดือนกุมภาพันธ์ – สิงหาคม 2554ปีที่ 42 ฉบับที่ 37: 23 กันยายน 2554

**ภาคผนวก**

**1.แบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกเบาหวาน ICF3**

****

**2 แบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้ใกล้ชิดในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ICF4**

