

การประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค
ในเขตสุขภาพที่ ๗

The Evaluation of TB drug care performance of Tuberculosis
patients in Health Region ๗

ภัทรียา พอจิต

อิทธิเดช ไชยชนะ

นิภาพร หาญพิทักษ์

งานเภสัชกรรม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

บทคัดย่อ

การศึกษาคั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค Pulmonary TB ในเขตสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๕ **วัตถุประสงค์เฉพาะ** ๑.เพื่อประเมินบริบท การประเมินการดำเนินงาน เพื่อพิจารณา หลักการและเหตุผล ความจำเป็น ที่ต้องดำเนินงาน เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องดำเนินงาน ประเด็นปัญหาและความเหมาะสมของเป้าหมายของการดำเนินงาน ๒.เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation:) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ความเหมาะสม และความพอเพียง ของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน ๓.เพื่อประเมินกระบวนการ(Process Evaluation) การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยด้านระบบยาวัณโรคของหน่วยบริการระดับอำเภอและการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ๔.เพื่อประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (Product Evaluation) ของหน่วยบริการระดับอำเภอและการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ๕.เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน การบริหารจัดการยาวัณโรค เพื่อการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับจังหวัด อำเภอ (สหสาขาวิชาชีพ) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับ รพสต. ภาคีเครือข่าย(ผู้นำชุมชน,อสม.,ญาติ ผู้ป่วยวัณโรคพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗ เก็บข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และศึกษาปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน และงานบริหารเภสัชกรรม ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผู้ประเมินเก็บข้อมูล ได้แก่ ๑.บริบทของการดำเนินงานวัณโรคด้านการบริหารจัดการด้านยา ๒.ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการด้านยา ๓.กระบวนการดำเนินงานวัณโรคด้านการบริหารจัดการด้านยา ๔. ผลผลิต/ผลลัพธ์ การดำเนินงานวัณโรคด้านการบริหารจัดการด้านยา โดยการทบทวนเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษา พบว่า ผลการประเมินสภาวะบริบท การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวัณโรค ดำเนินงานตามแนวทางแผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ และขยายไปถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อให้การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ มีการถ่ายทอดนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ ทางกองวัณโรค กรมควบคุมโรค ผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๗ โดยใช้กลไก Dot Meeting ๔ จังหวัด การประชุมผู้เชี่ยวชาญระดับเขตสุขภาพที่ ๗ การประเมินมาตรฐานงานวัณโรค และนิเทศติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗ การใช้กลไก พขอ.พื้นที่ที่มีปัญหาวัณโรค การเริ่มการดำเนินงานร่วมกันในเครือข่าย ในเขตสุขภาพที่ ๗ เช่น ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาลัย การผลักดันการถ่ายทอดนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ ยังพบว่า ๑.การค้นหาและการขึ้นทะเบียนรักษายังไม่ถึงเป้าหมาย ๒.การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ๓.การเข้าถึงการรักษาล่าช้าส่งผลต่อการรักษาและการเสียชีวิต ๔. การขาดยาเพิ่มสูงขึ้น ๒.**ผลการประเมิน**ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงานวัณโรคด้านยา ประกอบด้วย กองวัณโรคร่วมมือกับ สปสช. เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในด้านต่างๆรวมถึง ยาวัณโรค ในสิทธิประกันสุขภาพ ส่วนสิทธิเบิกได้จ่ายตรง และประกันสังคม ให้หน่วยบริการจัดซื้อเอง ส่วนสิทธิต่างดาวเบิกยาวัณโรคได้จากกรมควบคุมโรค มีความเหมาะสมและเพียงพอ บุคลากร ในส่วนของเภสัชกรที่รับผิดชอบงานวัณโรค หน่วยบริการมีผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการยาวัณโรคและบริหารเภสัชกรรมเพียงพอในการให้บริการในคลินิกวัณโรคแบบ One Stop service และการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยใน ในส่วนของการเยี่ยมบ้านยังมี

ปัญหาในบางพื้นที่ในการการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ปัญหาการบันทึกข้อมูลในการติดตามการเฝ้าระวังและติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยของยาวัณโรค ปัญหาในการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม aDSMs สาเหตุ เนื่องจากภาระงานของผู้ปฏิบัติงานมีมาก และเป็นโปรแกรมที่แยกออกมาจากโปรแกรม NTIP ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องลงข้อมูลในหลายโปรแกรม ๓.ผลการประเมินกระบวนการดำเนินงาน พบปัญหาด้านผู้ป่วยวัณโรค ด้านทีมดูแลรักษา ด้านระบบบริการ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ๔.การประเมินผลผลิตการกำกับดูแลและติดตามประเมินผลนโยบายฯ การติดตามผลการดำเนินงานวัณโรคเขตสุขภาพที่ ๗ รวบรวมข้อมูลจากระบบโปรแกรม NTIP มีการติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส ผ่านระบบ Line กลุ่มและการนำเสนอผลการดำเนินงานวัณโรครายไตรมาสในเวทีประชุม DOT Meeting

การศึกษาการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรค ข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเขตสุขภาพที่ ๗ เพื่อให้การรักษาที่ครอบคลุม (Treatment Coverage) การรักษาสำเร็จ (Success rate) เพิ่มสูงขึ้น อัตราการขาดยา และตายลดลง จากสภาพปัญหาและผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นในการศึกษาดังต่อไปนี้ ๑.ด้านระบบบริการ ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ไม่มีการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยแต่ละพื้นที่ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยวัณโรค โดยสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากภาระงานมาก พื้นที่ห่างไกล ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของญาติหรือ อสม.ในการกำกับติดตามการกินยา ขาดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case management) ๒.ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ขาดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับภาคีเครือข่าย และชุมชนขาดความเข้าใจในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน

คำสำคัญ: การประเมินผลด้านยาวัณโรค , การขาดยาวัณโรค

การประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค Pulmonary TB

ในเขตสุขภาพที่ ๗ ปี

นางภัทริยา พอจิต

นายอิทธิเดช ไชยชนะ

นางสาวนิภาพร หาญพิทักษ์

๑ ที่มาและเหตุผลเบื้องต้น

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มเป็นประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ภาวะวัณโรค(TB)สูง วัณโรคดื้อยาหลายขนาน(MDR-TB) สูง วัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) สูง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (sustainable development goals:SDGs) ให้บรรลุในอีก ๙ ปี (พ.ศ ๒๕๗๓) เป้าหมายคือ การยุติ การแพร่ระบาดของวัณโรค ผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคและขนาดปัญหา จากรายงานวัณโรคโลกปี พ.ศ ๒๕๕๙ (global tuberculosis report ๒๐๑๗) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง ๑๐.๔ ล้านคน (๑๔๐ ต่อแสนประชากร) จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต ๑.๗ ล้านคนซึ่งสูงมาก วัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB คาดว่าจะสูงถึง ๖ แสนคน คาดว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ ๔.๑๐ และผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อนร้อยละ ๑๙ ในจำนวนนี้เป็น MDR-TB ๔.๙ แสนคน

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ ๒๕๖๓ (WHO,Global TB report ๒๐๒๐) คาดประมาณทางระบาดวิทยาประเทศไทย มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ประมาณ ๑๐,๕๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๑๕๐ ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูง ๑๑,๐๐๐ ราย ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา RR/MDR-TB ๒,๕๐๐ ราย คาดประมาณว่า จะพบผู้ป่วยวัณโรค RR/MDR-TB เป็นร้อยละ ๑.๗ ในผู้ป่วยรายใหม่ และร้อยละ ๑๐ ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน

ผลการดำเนินงานในปี งบประมาณ ๒๕๖๒ มีผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน ๘๗,๗๘๙ ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา ร้อยละ ๘๔ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำนวน ๑๒๒๑ ราย ได้รับยา รักษา จำนวน ๑๐๙๕ ราย ผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เท่ากับ ร้อยละ ๘๕.๐ และในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค RR/MDR-TB เท่ากับร้อยละ ๕๔

ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ ๗ อัตราการรักษาสำเร็จ ปี ๒๕๖๑ จังหวัดกาฬสินธุ์,ขอนแก่น,,มหาสารคาม,ร้อยเอ็ด เท่ากับ ๘๗.๐,๘๕.๙,๘๖.๔,๘๑.๖ ปี ๒๕๖๒ เท่ากับ ๘๖.๗,๘๒.๔,๘๔.๖,๙๑.๓ ปี ๒๕๖๓ เท่ากับ ๘๓.๕,๗๙.๑,๘๐.๙,๙๑.๑ อัตราการรักษาสำเร็จมีแนวโน้มลดลงทุกจังหวัด และอัตราการขาดยา ปี ๒๕๖๑ จังหวัดกาฬสินธุ์,ขอนแก่น,,มหาสารคาม,ร้อยเอ็ด เท่ากับ ๒.๖,๔.๓,๑.๘,๑.๖ ปี ๒๕๖๒ เท่ากับ ๒.๕,๔.๗,๒.๓,๑.๘ ปี ๒๕๖๓ เท่ากับ ๒.๔,๔.๕,๒.๖,๑.๖ อัตราการขาดยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ภาพรวม ๒.๙,๓.๒,๓.๑

เป้าหมายการป้องกันควบคุมวัณโรค(ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๘) องค์การอนามัยโลกได้จัดทำยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค(End TB strategy) โดยกำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคไว้ในปี พ.ศ. ๒๕๗๘ โดยมีเป้าหมายดังนี้ ๑.ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า ๑๐ ต่อแสนประชากร ๒.ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงร้อยละ ๙๕ เทียบกับปี พ.ศ ๒๕๕๘ ๓.ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวได้รับผลกระทบค่าใช้จ่ายจากการดูแล

รักษาวัณโรค มาตรการป้องกันควบคุมวัณโรคที่สำคัญ คือการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ส่งเสริมการเข้าถึงระบบการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน เพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ปัญหาช่วงว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของอัตราการขาดยา ทำให้มีผลต่ออัตราการสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคลดลง

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานกว่าโรคทั่วไป การขาดความใส่ใจในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (Poor adherence) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญต่อประสิทธิภาพของการควบคุม เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการรักษา กองวัณโรคและองค์การอนามัยโลกจึง มีนโยบายให้ ๑.ดำเนินการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นโดยมีผู้ดูแลกำกับการบริหารยา (Directedly Observed Therapy-Short Course, DOTS) ๒ การทานยาอย่างต่อเนื่องและการสังเกตการณ์ทานยาทุกครั้งเป็นส่วนสำคัญของนโยบายนี้ แต่ในประเทศกำลังพัฒนา วิธีดังกล่าวยังคงมีความยากในการปฏิบัติ ๓ เนื่องด้วยอุปสรรคและต้นทุนในการดำเนินการที่สูง เมื่อคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกวันตลอดระยะเวลา ๖ เดือน ทำให้การดำเนินการ DOTS ไม่ประสบความสำเร็จในการลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเท่าที่ควร ในผู้ป่วยวัณโรคที่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ ทั่วโลก ประมาณร้อยละ ๒๐ เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ให้ความใส่ใจในการรักษาอย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้การรักษาใช้เวลานานมากขึ้น มีปัญหาการดื้อยา การกลับเป็นซ้ำ และการเสียชีวิต สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ให้ความใส่ใจหรือไม่ปฏิบัติตามกำหนดอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น เมื่อได้รับการรักษาไปแล้วระยะหนึ่งเมื่ออาการดีขึ้นจึงเริ่มไม่ให้ความสนใจอย่างต่อเนื่อง การลืมรับประทาน ยา ได้รับยาหลายชนิดพร้อมกัน ความเข้าใจผิดของผู้ป่วยต่อการรักษา มีอาการข้างเคียงจากการรับประทาน ยา จึงเลือกหยุดยาบางอย่างด้วยตัวเอง การที่ผู้ป่วยได้รับยาไปรับประทานเองที่บ้านเป็นจำนวนหนึ่ง จนกว่าจะถึงเวลามาโรงพยาบาลอีกครั้งตามวันนัด ซึ่งในระหว่างนั้นผู้ป่วยมักจะไม่สามารถติดต่อกลับมาที่โรงพยาบาลได้ การประเมินการให้ความใส่ใจในการรักษาของผู้ป่วย จึงสามารถทำได้เพียงการสอบถาม การนับเม็ดยาเมื่อเวลาที่ผู้ป่วยกลับมารับยาครั้งต่อไป การตรวจสอบการประวัติการนัดมาพบแพทย์ว่าตรงตามเวลานัดสม่ำเสมอหรือไม่ วิธีต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นวิธีการประเมินความใส่ใจของผู้ป่วยแบบปลายทาง(นายแพทย์ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,๒๕๖๑) สาเหตุสามัญที่ทำให้การรักษาวัณโรคไม่ประสบความสำเร็จ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในดานผู้ป่วย ผู้ให้บริการและการรักษา ดานผู้ป่วยเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง แมว่าโรงพยาบาลต่าง ๆ จะมี ความพยายามในการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา แต่ก็ยังประสบปัญหาหลายดาน ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น บุคลากรผู้รับผิดชอบโดยตรงมีจำนวนน้อย มีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถให้ ความรู้ที่ผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องทราบได้อย่างเต็มที่ รวมถึงการอธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะหายขาดจากโรค บุคลากรผู้รับผิดชอบใน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมีเพียง ๑-๒ คน ซึ่งต้องปฏิบัติหน้าที่ดานอื่น ๆ ด้วย จึงมีเวลาในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจำกัด โรงพยาบาลสนับสนุนสื่อต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย แต่ไม่มีโอกาสประเมินผลว่าผู้ป่วยได้ศึกษาหาความรู้จากสื่อที่ ได้รับมากน้อยเพียงใดและมีความเข้าใจหรือไม่ (ศาสตราจารย์ ดร.อะเคอี่ อุณหเลขกะ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๗ แห่ง,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,๒๕๖๔)

จากสภาพปัญหาและผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรค เพื่อมุ่งหวังให้ทราบประสิทธิผลในเรื่องของการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านระบบยาวัณโรค ในเขตสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๕ เพื่อใช้เป็นแผนดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรค ให้อัตราการขาดยาวัณโรค มีแนวโน้มลดลง จาก ปี พ.ศ ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในเขตสุขภาพที่ ๗ ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID ๑๙

๒. คำถามวิจัย

การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านระบบยาในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗ เป็นอย่างไร

๓. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค Pulmonary TB ในเขตสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๕

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อประเมินบริบท (Context Evaluation : C) การประเมินการดำเนินงาน เพื่อพิจารณา หลักการและเหตุผล ความจำเป็น ที่ต้องดำเนินงาน เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องดำเนินงาน ประเด็นปัญหาและความเหมาะสมของเป้าหมายของการดำเนินงาน

๒. เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation:I) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ความเหมาะสม และความพอเพียง ของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน

๓. เพื่อประเมินกระบวนการ(Process Evaluation) การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยด้านระบบยาวัณโรคของหน่วยบริการระดับอำเภอและการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย

๔. เพื่อประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน(Product Evaluation) ของหน่วยบริการระดับอำเภอและการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย

๕. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านยาวัณโรค เพื่อการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

๔. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ มีเนื้อหาครอบคลุม การดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรคในเขตสุขภาพที่ ๗ ดังนี้

๔.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

๔.๑.๑ ด้านเนื้อหาตามแนวทาง CIPP โมเดล ได้แก่

๑. การประเมินบริบท (Context Evaluation:C) เป็นการประเมินการดำเนินงาน เพื่อพิจารณา หลักการและเหตุผล ความจำเป็น ที่ต้องดำเนินงาน เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องดำเนินงาน ประเด็นปัญหาและความเหมาะสมของเป้าหมายของการดำเนินงาน

๒. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation:I) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ความเหมาะสม และความพอเพียง ของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา รวมทั้งเทคโนโลยี และแผนการดำเนินงาน

๓. การประเมินกระบวนการ(Process Evaluation:P) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินงานที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา หรือจัดทำแผนพัฒนาต่อไป และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลาทรัพยากร ที่

ดำเนินงาน และร่วมกับภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน โดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุก
ขั้นตอน

๔.การประเมินผลผลิต(Product Evaluation:P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับ
วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานหรือมาตรฐานที่กำหนดไว้

๔.๒ ขอบเขตด้านประชากร

ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับจังหวัด อำเภอ(สหสาขาวิชาชีพ) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับ รพสต.
ภาคีเครือข่าย(ผู้นำชุมชน,อสม.,ญาติ ผู้ป่วยวัณโรคพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗

๔.๓ ขอบเขตด้านเวลา สถานที่

ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม – เมษายน ๒๕๖๕ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗ (ขอนแก่น
มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์)

๔.๔ ขอบเขตด้านตัวแปร

๔.๔.๑ ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้าน
ผลลัพธ์

๔.๔.๒ ตัวแปรต้น ได้แก่ ๑.) ข้อมูลทั่วไป สถานการณ์ การระบาด ๒ ๒.) คุณลักษณะของกลุ่ม
ตัวอย่าง ๒.๑) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค(แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ รพสต.ที่
รับผิดชอบงานวัณโรค) ภาคีเครือข่าย(ผู้นำชุมชน,อสม.,ญาติ) ผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗ ได้แก่ เพศ
สถานภาพ ตำแหน่งการศึกษา อายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

นิยามที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกาย แต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการ
แบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรค อาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้

การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านยา หมายถึง กระบวนการติดตามการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านระบบยา เพื่อ
ดูการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา จนกระทั่งรักษาหาย

๕.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อใช้ในการวางแผนดำเนินงานป้องกัน เพื่อใช้เป็นแผนดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาและพัฒนา
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรค ให้อัตราการขาดยาวัณโรค มีแนวโน้มลดลง จาก ปี พ.ศ ๒๕๖๒ –
๒๕๖๔ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในเขตสุขภาพที่ ๗ ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID
๑๙

๑.เพื่อนำผลการศึกษาไปประเมินใช้ในการวางแผนดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาอย่างมี
ประสิทธิภาพ

๒. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้านยาวิณโรค ในเขตสุขภาพที่ ๗ เพื่อให้อัตราสำเร็จของการรักษาวิณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าร้อยละ ๘๘ และความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวิณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าร้อยละ ๘๘ ในปีต่อไป

บทที่ ๒

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการพัฒนางานประจำสู่งาน R๒R ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

๑.สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาวัณโรคของประเทศไทย

๒.ยุทธศาสตร์วัณโรค

๓.แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินแบบ CIPP Model

๔.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๕.กรอบแนวคิดการวิจัย

สถานการณ์วัณโรคและแนวโน้มปัญหา

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น ๑ ใน ๑๔ ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน สูงจากรายงานวัณโรคระดับโลกปี ๒๕๖๒ โดยองค์การอนามัยโลก (อ้างอิงจาก Global Tuberculosis Report ๒๐๑๙, WHO) ได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ ๑๐๖,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๑๕๓ ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๑๑,๐๐๐ ราย และพบผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง ๑๑,๐๐๐ ราย จากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยราย ใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน ๘๕,๐๒๙ ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียน รักษาร้อยละ ๘๐ (๘๕,๐๒๙/๑๐๖,๐๐๐) ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ๗,๑๓๐ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๐ ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวีซึ่งข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผู้ป่วยใหม่และ รักษาซ้ำมีผลการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา เพียงร้อยละ ๑๙ และผลสำเร็จการรักษาของ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เท่ากับร้อยละ ๘๔.๐ วัณโรคดื้อยาหลายขนาน จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปี ๒๕๖๒ คาดประมาณว่า ประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB) ๔,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๕.๗ ต่อประชากรแสนคน โดยพบ MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ ๒.๓ ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ ๒๔ ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษา วัณโรคมาก่อน จากรายงานพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำนวน ๑,๓๑๒ ราย ได้รับยารักษา จำนวน ๙๑๐ ราย และจากการที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้วัณโรคดื้อยา หลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ เพื่อใช้มาตรการทางกฎหมายสนับสนุนการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง มาก ทำให้ในปีพ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๒ มีการค้นพบและ รายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิด รุนแรงมาก จำนวน ๔๒ ราย (อ้างอิงจาก NTIP ณ วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒) วัณโรคในเรือนจำ ผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรคที่สำคัญ เนื่องจากมีการย้ายเข้า-ออก ของผู้ต้องขังตลอดเวลา ประกอบกับสภาพแวดล้อมในเรือนจำที่มีข้อจำกัดทั้งในด้านสถานที่และจำนวน ผู้ต้องขัง จึงง่ายต่อการแพร่เชื้อวัณโรค โดยเฉลี่ยจะมีอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป ๑๐ เท่า ใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เรือนจำและทัณฑสถาน ๑๔๓ แห่ง รายงานว่า มีผู้ต้องขังประมาณ ๓๔๐,๐๐๐ ราย พบผู้ป่วย วัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ๔,๓๓๘ ราย โดยมีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน ๔๐๙ ราย (อ้างอิงจาก NTIP ณ วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๒) วัณโรคแรงงานข้ามชาติและชายแดน ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและ บริเวณชายแดน เป็นปัญหาหนึ่งในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย เนื่องจากอุบัติการณ์วัณโรค ของประเทศ เพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดกับประเทศไทยสูงกว่าไทย ๒-๓ เท่า และที่ผ่านมามีแนวโน้มผู้ป่วย วัณโรค เพิ่มขึ้น ปี ๒๕๖๒ มีผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและบริเวณชายแดน จำนวน ๓,๖๘๖ ราย โดยมี ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน ๒๗๐ ราย (อ้างอิงจาก NTIP ณ วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๒)

เป้าหมายการป้องกันควบคุมวัณโรค (ปีพ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๘)

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยกำหนดเป้าหมาย ของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคไว้ในปีพ.ศ. ๒๕๗๘ โดยมีเป้าหมายดังนี้ ๑. ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า ๑๐ ต่อแสนประชากร ๒. ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงร้อยละ ๙๕ เทียบกับปีพ.ศ.๒๕๕๘ ๓. ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาวัณโรค (อ้างอิง: Stop TB Partnership, UNOPS “The Paradigm Shift – Global Plan to End TB ๒๐๑๖ – ๒๐๒๐”, ๒๐๑๕) สอดคล้องกับแนวทางของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปีด้านสาธารณสุข มุ่งเน้นการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการ บุคลากร และการบริหารจัดการ บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” มาตรการป้องกัน ควบคุมวัณโรคที่สำคัญ คือ เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรค พัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและทันสมัย ส่งเสริมการเข้าถึงระบบการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน เพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยเป้าหมายของมาตรการเพื่อการยุติวัณโรค ดังนี้ ๑) เร่งรัดการค้นหาและวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค และขึ้นทะเบียน รักษาให้มีความครอบคลุม (Treatment Coverage) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ ของจำนวนผู้ป่วยที่คาด ประเมินจากอุบัติการณ์ ๒) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกราย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการ ดูแล (Patient centered care) ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานวัณโรค

เพื่อให้ผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายที่สำคัญนี้จะส่งผลให้อุบัติการณ์วัณโรคลดลงอย่างรวดเร็ว เป้าหมายยุติวัณโรคได้ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์และมาตรการ จำนวน ๕ ยุทธศาสตร์ดังนี้ (อ้างอิง :แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) เพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรอง ในกลุ่มเสี่ยง

เป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับ การคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอก ร่วมกับเทคโนโลยีอณูชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานมีการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อที่ดีด้วยมาตรการ

๑.๑ เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้สัมผัสผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ต้องขัง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและ แรงงานข้ามชาติ

๑.๒ ค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีซึ่งอยู่ร่วม บ้านกับ ผู้ป่วยวัณโรคผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง

๑.๓ ขยายความครอบคลุมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาลและ ชุมชน ส่งเสริมการประเมินสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับการประเมินมาตรการ ทางโปรแกรม ส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อใน ครอบครัวและชุมชน

๑.๔ สนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการ วินิจฉัย การดูแลรักษา รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค เป้าประสงค์เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคลงร้อยละ ๕๐ ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๔ เมื่อ เทียบกับ พ.ศ. ๒๕๕๗

๒.๑ ส่งเสริมผู้ป่วยวัณโรคทุกรายทั้งผู้ใหญ่และเด็กให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุมด้วยสูตรยามาตรฐานและยาที่มีคุณภาพ

๒.๒ เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ทั้งด้านการวางแผนงานร่วมกัน การเร่งค้นหา การให้ยาป้องกันวัณโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้ยาด้าน ไวรัสในผู้ป่วย วัณโรคทุกรายที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย

๒.๓ ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการวัณโรคคือยา (Programmatic management of Drug-resistant TB: PMDT) ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค เป้าประสงค์เพื่อสร้างความเข้มแข็งในความเป็นผู้นำ และศักยภาพการบริหารจัดการ เชิงยุทธศาสตร์ของการป้องกันดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

๓.๑ พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลบนระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ที่ สามารถเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ ทั้งสำหรับหน่วยงานให้บริการ หน่วยงานสนับสนุน งบประมาณ หน่วยงานติดตาม ประเมินผล และหน่วยงาน ระดับนโยบาย ได้อย่างเป็นเอกภาพ

๓.๒ เพิ่มคุณภาพการพัฒนาบุคลากรด้านวัณโรคให้มีศักยภาพและแรงจูงใจในการ ดำเนินงานวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน เป้าประสงค์เพื่อสร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (Political commitment) ด้วยการระดมทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

๔.๑ มีคณะกรรมการให้เสนอทางวิชาการเพื่อขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการระดับชาติด้าน การต่อต้านวัณโรค พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔

๔.๒ ร่วมกับแผนงานโรคเอดส์และมาลาเรีย สร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ต่อเนื่องหลังจากการสนับสนุนของกองทุนโลกสิ้นสุดลง รวมทั้งพัฒนา ระบบสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ป่วยวัณโรคคือยา จากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และ ภาคประชาสังคม

๔.๓ ส่งเสริมการใช้กฎหมาย พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวัณโรคอย่าง เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมป้องกันดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค เป้าประสงค์เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะ แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการ ดำเนินงานวัณโรค รวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมสำหรับการพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ของพื้นที่

๕.๑ พัฒนาแผนวิจัย วัณโรคระดับชาติ (National Tuberculosis Research Roadmap) โดยการมีส่วนร่วม ของหน่วยงานผู้ให้ทุน หน่วยงานวิจัย และหน่วยงานสนับสนุน การวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ

๕.๒ ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม พัฒนารูปแบบการดำเนินงานวัณโรคอย่างเป็นระบบ และสามารถประยุกต์ใช้ขยายผลอ้างอิงในภาพรวมของเขตและประเทศ บทสรุปการประเมินแผนระยะกลางของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๖๐ -๒๕๖๒

บทสรุปการประเมินแผนระยะกลางของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้าน

วัณโรคระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๒ โดยเป็นการถอดบทเรียนจากแผนปฏิบัติการ ระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ที่มีเป้าประสงค์เพื่อ "ลดอัตราการ อุบัติการณ์ของวัณโรคลงร้อยละ ๑๒.๕ ต่อปีจาก ๑๗๑ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๕๗ ให้เหลือ ๘๘ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ เมื่อสิ้นปี ๒๕๖๔" และเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การยุติ วัณโรคที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก แผนปฏิบัติการนี้ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ สำหรับการประเมินแผนระยะกลางของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคระหว่าง ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสำเร็จของการนำแผนปฏิบัติการ ไปปฏิบัติประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบการกำกับติดตาม และ

ประเมินผลการดำเนินงาน ที่เป็นปัจจุบัน รวมถึงใช้เป็นเครื่องมือสำหรับคณะกรรมการในการควบคุม กำกับ ติดตามความ คืบหน้าและเป้าหมาย

แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ

๑. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

เป็นระเบียบวิธีวิจัยบนฐานแนวคิดที่ว่า มนุษย์แต่ละคนให้ความหมายแก่สิ่งที่พวกเขาพบเห็น แตกต่างกันไป ดังนั้น พฤติกรรมที่มนุษย์แสดงออก จึงเป็นผลจากประสบการณ์ การสังเกต และสิ่งที่พวกเขาใช้อธิบายโลกของเขา ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีความเป็นวิทยาศาสตร์ นักวิจัยเชิงคุณภาพจึงไม่พยายาม ค้นหากฎทางสังคมที่ควบคุมพฤติกรรมมนุษย์ แต่พยายามจะเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์จากมุมมองหรือทัศนะของแต่ละคน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ และสนใจที่กระบวนการ (Process) ที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์นั้นๆ แนวคิดนี้ตรงกันข้ามกับแนวคิดแบบปฏิฐานนิยมอันเป็นรากฐานของการวิจัย เชิงปริมาณที่มองว่า ปรากฏการณ์ทุกอย่างไม่ว่าเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ หรือทางสังคมล้วน มีความเป็นวิทยาศาสตร์เหมือนกัน คือ มีกฎเกณฑ์ มีเหตุผล ศึกษาได้ วัดได้ การวิจัยเชิงปริมาณ จึงเน้นที่การพยายามหาวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาค้นพบกฎทางสังคมเพื่ออธิบาย พฤติกรรมของมนุษย์ ที่มีลักษณะเป็นสากล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาความสัมพันธ์ของตัวแปรและ อธิบายสาเหตุและ ผลของพฤติกรรมต่างๆ ด้วยการเน้นที่ตัวปรากฏการณ์ (Product) จากแนวคิด ข้างต้น การวิจัยเชิงคุณภาพ จึงใช้วิธีการศึกษาแบบอุปมาน (Inductive Approach) หมายถึง การศึกษาโดยเริ่มต้นจากการเก็บข้อมูลพฤติกรรมแต่ละอย่าง แต่ละครั้ง เพื่อหาคำอธิบายพฤติกรรม เหล่านั้น ขณะที่การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้วิธีการศึกษาแบบอนุมาน (Deductive Approach) เริ่มต้นจาก การค้นหาหรือสร้างทฤษฎีที่เป็นสากล แล้วจึงนำทฤษฎีไปอธิบายปรากฏการณ์ แต่ละอย่าง

๒. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพให้ความสำคัญกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งหมายถึง ข้อมูลที่ไม่ใช่ตัวเลขเชิงปริมาณ แต่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะ รายละเอียดของเหตุการณ์ กระบวนการเกิด ปรากฏการณ์ หรือความคิดเห็นต่างๆ โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ๓ รูปแบบหลัก คือ การสัมภาษณ์ การสังเกต และการเก็บข้อมูลจากเอกสาร สำหรับการศึกษารูปแบบการสื่อสารมาตรการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบในพื้นที่ท่องเที่ยวสาธารณะพญา ๒ ผลงานวิจัย นำไปใช้ประโยชน์ อย่างเป็นรูปธรรม ได้กำหนดวิธีการ เก็บรวบรวมด้วย “การสัมภาษณ์เชิงลึก” (In-depth Interview) ซึ่งเป็นประเภทย่อยของวิธีการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ มีรายละเอียดดังนี้

๒.๑ ลักษณะสำคัญของการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์เป็นวิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้การสื่อสารด้วยคำพูด (Verbal Communication) เพื่อค้นหา คำตอบที่ต้องการ โดยการสัมภาษณ์ต่างๆไป อาจใช้พนักงานสัมภาษณ์ถามคำถามตามที่ระบุไว้ในแบบสอบถาม ทีละข้อ และจดคำตอบของผู้ตอบไว้ แต่สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ตั้งคำถาม เพื่อต้องการทำความเข้าใจภูมิหลัง ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ถูกสัมภาษณ์ มักเป็น การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างหรือกึ่งโครงสร้าง และใช้ คำถามปลายเปิด การตั้งคำถามและเนื้อหาการ สัมภาษณ์ไม่จำเป็นต้องเป็นแบบแผนเดียวกัน สามารถ ปรับเปลี่ยนไปได้ตามผู้ถูกสัมภาษณ์และคำตอบที่ได้ การสัมภาษณ์เชิงลึกจึงเป็นเป็นการค้นหาความเชื่อ และทัศนคติการมองปัญหาของผู้ตอบมากกว่าการมองหาตัว แปรอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ ข้อดีของการสัมภาษณ์เชิงลึกคือ ได้ข้อมูลที่ต้องการอย่างรวดเร็ว มีรายละเอียด มีโอกาสตรงตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น เพราะผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายข้อคำถามจนผู้ถูกสัมภาษณ์ เข้าใจ

ได้ รวมถึงมีความยืดหยุ่นในการเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่าวิธีการอื่นๆ แต่ข้อเสียของการ สัมภาษณ์คือ ข้อมูลไม่เป็นมาตรฐาน เพราะผู้สัมภาษณ์มีทักษะไม่เท่ากัน รวมถึงปัจจัยแวดล้อมของ ผู้ถูกสัมภาษณ์ อาทิ อารมณ์ ความไว้วางใจใจ เวลาในการสัมภาษณ์ เป็นต้น อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของ คำตอบที่จะได้รับ

๒.๒ ประเภทของการสัมภาษณ์

ประเภทของการสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น ๓ ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

๒.๒.๑ การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) เป็นการ สัมภาษณ์เพื่อค้นหาข้อมูลทั่วไป สภาพของปัญหา และความคิดเห็นต่อปัญหาโดยที่ผู้วิจัยไม่ได้มี ข้อก าหนดใดๆ ไว้ล่วงหน้า มักจะ ไม่มีการกำหนดเวลา ถามไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้ข้อมูลที่เพียงพอ ข้อดีคือ ทำให้การสนทนาเป็นธรรมชาติ มากกว่าวิธีการอื่นๆ ได้คำตอบที่ชัดเจน ตรงประเด็น สื่อสารได้ ตรงตามความคิดของผู้ตอบ แต่ก็มีข้อเสีย คือ ใช้เวลามาก ได้รับข้อมูลจำนวนมาก หลากหลาย ซึ่งบางอย่างไม่ตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษา รวมทั้งการ เปรียบเทียบข้อมูลทำได้ยาก เพราะไม่มีการ ควบคุมคำถามให้เป็นประเภทเดียวกัน

๒.๒.๒ การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) เป็นการสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยได้มีการ วางแผนไว้ล่วงหน้า เช่น กำหนดคำถาม กำหนดบุคคลที่จะให้ข้อมูล มีการจัดลำดับ คำถามให้เป็นแบบแผน เดียวกัน ข้อดีคือ ประหยัดเวลา และทำให้การถามคำถามมีแบบแผน ข้อมูลที่ได้มีมาตรฐาน สะดวกต่อการลง รัหส์และเปรียบเทียบ ขณะที่ข้อเสียคือเสียสภาพการพูดคุยตาม ธรรมชาติ เพราะว่าผู้สัมภาษณ์พยายามจำกัด วงของการสนทนา รวมทั้งผู้ให้สัมภาษณ์ถูกจำกัด ขอบเขตการให้ความคิดเห็นให้อยู่ภายใต้คำถามที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลอื่นๆ ที่ไม่อยู่ใน ประเด็นคำถาม หรือต่อยอดไปยังประเด็นอื่นๆ ได้

๒.๒.๓ การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) เป็นการ สัมภาษณ์ที่ผสม จุดเด่นของการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างและแบบมีโครงสร้างเข้าด้วยกัน โดยผู้วิจัยจะกำหนดแนวคำถาม สัมภาษณ์เฉพาะในประเด็นหลักๆ และในการสัมภาษณ์จริง ผู้วิจัยสามารถปรับเปลี่ยน เพิ่มเติม หรือลดข้อ คำถามในประเด็นย่อยๆ ได้ตามความเหมาะสม วิธีการเช่นนี้ทำให้การสัมภาษณ์มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยที่ ยังอยู่ภายใต้กรอบคำถามร่วมกัน ซึ่งสามารถทำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกันได้

๒.๓ การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ วอคคอต (Wolcott, ๑๙๘๘, อ้างถึงใน สุมาลี ไชยสุภารากุล, ๒๕๕๘, น.๒๒๒-๒๒๔) ให้ความหมาย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) คือ ผู้ที่นักวิจัยใช้เวลาด้วยอย่างมาก เนื่องจาก คนผู้นั้นมีท่าทีว่าจะเป็นผู้ที่มีความรู้ดีในเรื่องต้องการศึกษา และยินดีให้ข้อมูล โดยทั่วไปผู้ให้ข้อมูล สำคัญมักเป็นผู้ที่มีความรู้เฉพาะอย่างที่คนอื่นๆ ไม่มี ซึ่งผู้วิจัยมักสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลายๆคน เพื่อให้ ได้ข้อมูลด้านต่างๆ ตามความสนใจของผู้วิจัย โดยการเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยต้องกระทำด้วยความ รอบคอบ เพื่อหลีกเลี่ยงการเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ให้ข้อมูลไม่ถูกต้องหรือพยายามให้ข้อมูล ที่คาดว่าผู้วิจัย อยากรู้ได้ แทนที่จะให้ข้อมูลจากการมองปรากฏการณ์แบบคนใน (Emic) ของเขา ทั้งนี้ ผู้วิจัยต้องมีทักษะใน การแยกแยะข้อมูลเหล่านี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด

๑.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายปรากฏการณ์และ ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ โดย

เน้นการเข้าใจปรากฏการณ์จากทัศนะของ “คนใน” ซึ่งผู้วิจัยจะให้ ความสำคัญกับทั้งข้อมูลหน้าบ้าน คือ สิ่งที่ปรากฏให้เห็นเป็นผิวหน้าของเหตุการณ์ และข้อมูล หลังบ้าน คือสิ่งที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังเหตุการณ์นั้น (ชยันต์ วรรณภูมิ, ๒๕๓๗,อ้างถึงใน สุมาลี ไชยศุภรากุล ๒๕๕๘ : ๒๗๐-๒๗๒) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

๑.๑ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการเก็บข้อมูลมักดำเนินการควบคู่กัน เมื่อผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลบางส่วนมาบ้างแล้ว จะทำการวิเคราะห์ หากพบว่ามิข้อมูลส่วนใดขาดตกบกพร่อง ไม่เพียงพอ จะทำการเก็บข้อมูลในส่วนนั้นเพิ่มเติม รวมถึงเมื่อผู้วิจัยได้รับข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลบางคน แล้วพบว่า มีประเด็นคำตอบที่น่าสนใจ ผู้วิจัยอาจนำคำตอบเหล่านั้นมาใช้เป็นคำถามเพิ่มเติมสำหรับ ผู้ให้สัมภาษณ์คนอื่นๆ ได้

๑.๒ การลงรหัสข้อมูล เป็นการจัดหมวดหมู่ แยกประเภทข้อมูล โดยการจำแนก ข้อมูลตามประเภทของปรากฏการณ์ (Typology) และแบบแสดงความสัมพันธ์ (Taxonomy)

๑.๓ การเปรียบเทียบข้อมูล เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละคน ในระบบจำแนกประเภทระบบเดียวกัน อาทิ หากจำแนกประเภทตามประเด็นคำถามการเปรียบเทียบ คือการพิจารณาว่าผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลในประเด็นคำถามนั้นเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ๓.๔ การสร้างข้อสรุป ผู้วิจัยต้องสร้างข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลนั้น โดยโยงเข้ากับ กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้อธิบายหรือทฤษฎีที่นักวิจัยต้องการจะสร้างขึ้น

๒.การตรวจสอบข้อมูล

กรณีที่ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลากหลายรูปแบบ หรือเห็นว่าข้อมูลที่ได้รับความ หลากหลาย ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อมูลเพื่อหาความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้วิธีการที่เรียกว่าการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) หมายถึง การใช้วิธีการเก็บข้อมูลอย่างน้อย ๒ วิธีขึ้นไปในการศึกษาปัญหาเรื่องหนึ่ง และเปรียบเทียบข้อค้นพบที่ได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องมากที่สุด (Webb et al,๑๙๖๖, อ้างถึงใน สุมาลี ไชยศุภรากุล, ๒๕๕๘ : ๒๔๔-๒๔๖) โดยสามารถทำได้หลายวิธีดังนี้

๒.๑ การตรวจสอบทางทฤษฎี (Theoretical Triangulation) คือ การใช้ทฤษฎีหลายๆทฤษฎี หรือหลายแนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูลชุดเดียวกัน

๒.๒ การตรวจสอบทางข้อมูล (Data Triangulation) คือ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างหลายๆวิธีในกลุ่มประชากรเดียวกัน

๒.๓ การตรวจสอบทางผู้ศึกษา (Investigator Triangulation) คือ ใช้ผู้ศึกษาหลายๆคนในเหตุการณ์เดียวกัน เช่น ใช้ผู้สังเกตการณ์หลายๆคนในการทำงานภาคสนาม แต่ละคนอาจจะเก็บรายละเอียดของเหตุการณ์ และให้ความหมายของเหตุการณ์แตกต่างกัน ข้อดีของการตรวจสอบสามเส้า คือ ช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ด้วยการใช่วิธีการเก็บข้อมูลหลายๆวิธี และอาจใช้การตรวจสอบอื่นๆเช่น แหล่งข้อมูลและทฤษฎีร่วมด้วย เพื่อยืนยันความสอดคล้องกันของข้อค้นพบจากหลายๆ วิธีการสรุปผลช่วยให้ นักวิจัยมีความเชื่อมั่นในผลการศึกษามากขึ้น รวมทั้งช่วยลดความโน้มเอียงของการยึดติดกับวิธีการสำรวจหรือวิธีการเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งมากเกินไป แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ CIPP Model ขั้นตอนสำคัญของ การดำเนินโครงการคือ การประเมิน(Evaluation) เพื่อตรวจสอบว่าโครงการนั้นมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพตรงตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นกระบวนการที่ใช้ชี้วัดความสำเร็จของโครงการ รวมถึง การประเมินยังทำให้ผู้ดำเนินโครงการทราบจุดแข็ง จุดอ่อนใน การดำเนินการ ที่สามารถนำไปพัฒนาปรับปรุง ในการดำเนินงานต่อไปได้

การประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

๑.แนวคิดทฤษฎีของการประเมินผล

การประเมินผลมีความสำคัญในการดำเนินงาน ดำเนินกิจกรรมทุกประเภทไม่ว่าจะเป็นการประเมินผล การปฏิบัติงานทั้งองค์กร หรือการประเมินฝ่ายหรือกลุ่มงานจนกระทั่งการประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคล ต้องใช้ศาสตร์ และเครื่องมือทางการวัดผลมาใช้ทั้งสิ้น เพราะการประเมินเป็นกระบวนการที่จะทำให้ได้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจสำหรับผู้บริหารผู้ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการประเมิน โดยเฉพาะการประเมิน ความก้าวหน้าและผลผลิตของงาน ทำให้ผู้รับผิดชอบได้ทราบถึงผลการดำเนินงานทั้งจุดเด่น จุดด้อยรวมทั้ง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งข้อมูลสารสนเทศที่ได้นั้น จากการประเมินก่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนา โดยเฉพาะเกิดประโยชน์ต่อองค์กร เป็นการให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการ ทำหน้าที่ขององค์กร เช่น การประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสุขภาพ ของ กระทรวงสาธารณสุข

การประเมินผลการปฏิบัติงานดังกล่าวต้องใช้ศาสตร์การวัดผล(Measurement)และการประเมินผล (Evaluation) โดยการนำข้อมูลจากการวัดผล จากการใช้เครื่องมือต่างๆที่สอดคล้องต่อสิ่งที่ต้องการวัดผลเพื่อนำไปสู่การประเมินผลเป็นกระบวนการตัดสินใจคุณค่ากระบวนการปฏิบัติงานต่างๆอย่างระมัดระวัง ด้วยการนำสิ่งที่ประเมินเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด(Criteria)เป็นการพิจารณาหลักฐานสถานการณ์เพื่อกำหนดคุณค่าอย่างมีมาตรฐานแสดงถึงผลสัมฤทธิ์ ของกลุ่มหรือรายบุคคลเพื่อเป็นกระบวนการรวบรวมและเตรียมข้อมูล

ที่เป็นประโยชน์เพื่อช่วยในการตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับทางเลือก (Alternatives) ที่เป็นไปได้หลายทาง การประเมินเริ่มมาตั้งแต่ก่อนปี ค.ศ ๑๙๐๐ และมีการพัฒนาต่อเนื่องตามยุคสมัย มาจนถึงปัจจุบัน เห็นได้ว่า องค์กรและสถาบันต่างๆในประเทศ ได้ให้ความสำคัญกับการประเมิน การใช้ผลการประเมินทำให้การประเมิน ได้พัฒนามาอย่างยาวนานและต่อเนื่อง กูบาและลินคอล์น ได้เสนอการจัดยุคของการประเมิน ออกเป็น ๔ ยุค ดังนี้ ๑)ยุคการประเมินที่เน้นการวัด(Measurement-Orient) ๒)ยุคการประเมินที่เน้นความสำเร็จตาม วัตถุประสงค์(Objective-Oriented) ๓.ยุคการประเมินที่เน้นการตัดสินใจ(Judgment-Oriented) และ๔)ยุค การประเมินที่เน้นการเจรจาต่อรอง(Negotiation-Oriented) ในยุคที่ ๔ นี้การประเมินเป็นกระบวนการ ตอบสนองต่อข้อเรียกร้องความห่วงใยของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง(Stakeholder)ทุกฝ่าย โดยการสร้างการรับรู้ ความจริงร่วมกัน และการสร้างการยอมรับผลการประเมินที่พิจารณาคุณค่าหลายด้านรวมกัน บทบาทผู้ ประเมิน จึงเป็นผู้นำการอำนวยความสะดวกและประสานการเจรจาผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งการเตรียมประเด็นเจรจา การเก็บ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ การจัดทำรายงานที่ผู้เกี่ยวข้องสร้าง ผลการประเมินร่วมกัน เห็นได้ว่าแนวคิดทฤษฎีการประเมินในแต่ละยุคมีลักษณะสำคัญ และจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกัน การนำไปใช้ประ โยชน์แตกต่างกัน

๒.แนวคิดพื้นฐานของการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน การติดตามและประเมินผลเป็นกระบวนการสำคัญ กระบวนการหนึ่งเป็นกระบวนการจัดการองค์กร ที่วิลเลียมเอ โชรด(William A.Shrode)และแดนวอยซ์ จูเนียร์ (Dan Voicho.Jr)ได้ให้คำนิยามว่าการจัดการคือ กิจกรรมหรือกระบวนการสำหรับการประสานบูรณาการการใช้ทรัพยากร การบรรลุเป้าหมายขององค์กรโดยผู้คน ซึ่งคนจะใช้เทคนิคและข่าวสารในโครงสร้างขององค์กร ซึ่งคำจำกัดความนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่า การจัดการหมายถึง การปฏิบัติซึ่งอาศัยความรู้ของทฤษฎีองค์กรมาใช้

ให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร อาจเป็นผลผลิตบริการหรือความพึงพอใจ กระบวนการจัดการดังกล่าว ประกอบด้วย การวางแผน(Planning) การจัดองค์กร(Organizing) การเป็นผู้นำ และการประเมินผล (Evaluation) เห็นได้ว่าการวัดผลการปฏิบัติ (Performance Measurement) มีความสำคัญที่ผู้นำองค์กรต้องรู้ สถานองค์กรตามความเป็นจริง โดยการทราบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นด้วยการวัดผลปฏิบัติงาน การวัดผล การปฏิบัติงานขององค์กรที่มีประสิทธิภาพ ต้องเกิดจากการออกแบบที่เหมาะสม และการนำผลการดำเนินงานขององค์กร เป็นหน้าที่ของผู้นำองค์กรนำไปใช้อย่างไรให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการในอนาคต ผู้นำองค์กรในยุค ๔.๐ ต้องออกแบบการวัดผลการปฏิบัติงานขององค์กรได้ สามารถเอาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ไปใช้บริหารงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามหลักการวัดผลได้ ๒ ประเภท คือ ๑.การวัดผลทางอ้อม หมายถึง การวัดผลที่สามารถวัดคุณลักษณะที่จ้องการ โดยตรง เช่น การชั่งน้ำหนักทารกแรกเกิด ๒.การวัดผลทางอ้อม หมายถึง การวัดผลคุณลักษณะที่ไม่สามารถวัดได้ โดยตรง ต้องวัดโดยผ่านเครื่องมือ เช่น การวัดอุณหภูมิร่างกาย การวัดทัศนคติต่อการตรวจราชการ และนิเทศงานใหม่ การวัดผลทางอ้อมแบ่งออกเป็น ๓ ด้าน คือ ๒.๑ ด้านสติปัญญา(Cognitive Domain) เช่น การวัดความรู้ ของไวรัสโควิด ๑๙ วัดความคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น ๒.๒ ด้านความรู้สึกรู้สึก(Affective Domain) เช่น วัดความสนใจ วัดทัศนคติ ของประชาชนต่อผู้ติดเชื้อไวรัส ๑๙ วัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อการเป็นโรคไวรัสโควิด ๑๙ เป็นต้น ๒.๓ ด้านทักษะกลไก(Psychomotor Domain) เช่น การปฏิบัติงานในหน้าที่ ทักษะการปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ การวัดต้องใช้เครื่องมือในลักษณะของ Performance measurement เช่น การวัดผลการปฏิบัติงานบุคลากร ในองค์กรดังที่กล่าวไว้ ตัวเลขที่ได้จากกระบวนการวัดผลนำมาจัดระบบข้อมูลเข้าสู่กระบวนการประเมินผลแบ่งได้เป็น ๒ ประเภท คือการประเมินผลแบบของกลุ่ม และการประเมินแบบของเกณฑ์

๑)การประเมินแบบอิงกลุ่มเป็นการเปรียบเทียบคะแนนจากการวัดผลงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่น ๆ ที่ได้ทำในตัวชี้วัดเดียวกันหรือ OKRs เดียวกัน หรือได้ทำงานอย่างเดียวกัน นั่นคือเป็นการใช้เพื่อจำแนกหรือจัดลำดับบุคคลในกลุ่มการประเมินแบบนี้ มักใช้กับการประเมินเพื่อคัดเลือกเข้าทำงานหรือการคัดเลือกบุคคลเข้าสู่องค์กร หรือการปรับเปลี่ยนงาน

๒)การประเมินแบบของเกณฑ์เป็นการเปรียบเทียบคะแนนจากการวัดผลงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่งกับเกณฑ์หรือจุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้ เช่น การประเมินระหว่างการทำงานว่าผู้ปฏิบัติงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ของงานที่ได้กำหนดไว้หรือไม่

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ CIPP Model

ขั้นตอนสำคัญของการดำเนินโครงการคือการประเมิน(Evaluation) เพื่อตรวจสอบว่า โครงการนั้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตรงตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นกระบวนการที่ใช้ชี้ชัดความสำเร็จของโครงการ รวมถึงการประเมินยังทำให้ผู้ดำเนินโครงการทราบจุดแข็ง จุดอ่อนในการดำเนินการ ที่สามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงในการดำเนินงานต่อไปได้

สำหรับวิธีการประเมินมีด้วยกันหลายรูปแบบ โดยรูปแบบที่เป็นที่นิยมและได้รับการยอมรับรูปแบบหนึ่งก็คือ “CIPP Model” ซึ่งพัฒนาโดย แดเนียล สต๊ฟเฟิลบีม (Daniel Stufflebeam) เมื่อปี ๑๙๗๑ โดยมีแนวทางสำคัญคือการแบ่งแยกบทบาทการทำงานระหว่างฝ่ายประเมินกับฝ่ายบริหาร โครงการออกจากรั้ว

อย่างชัดเจน กล่าวคือ ฝ่ายประเมินมีหน้าที่ระบุ จัดทำ และนำเสนอข้อมูลให้กับ ฝ่ายบริหาร ขณะที่ฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียกหาข้อมูล และนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ประกอบการ ตัดสินใจ เพื่อดำเนินกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้อง การแบ่งแยกนี้ทำขึ้นเพื่อป้องกันปัญหาอคติในการประเมิน ซึ่งผู้บริหารโครงการอาจประเมินเข้าข้างตนเอง

รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model

สตีฟเฟิลบีม ได้กำหนดประเด็นการประเมินออกเป็น ๔ ประเภท ตามตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกของ “CIPP Model” ซึ่งมีรายละเอียด (Stufflebeam & Shinkfield, ๒๐๐๗ : ๓๓๔-๓๓๖) ดังนี้

๑.๑ การประเมินสภาวะบริบท (Context Evaluation : C) เป็นการประเมินก่อนการดำเนินการโครงการ เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการ ประเด็นปัญหา และความเหมาะสมของเป้าหมายโครงการ ซึ่งนำไปสู่การออกแบบโครงการแผนงาน โดยมีวัตถุประสงค์ของการประเมินดังนี้

๑. เพื่อให้คำนิยามบริบท/สภาพแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้อง

๒. ระบุจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด และการประเมินความต้องการของ กลุ่มเป้าหมาย

๓. จัดหาโอกาสที่จะตอบสนองความต้องการ

๔. วิเคราะห์/วินิจฉัย ปัญหาที่เกิดจากพื้นฐานความต้องการ

๕. ตรวจสอบเป้าหมายโครงการว่าสามารถตอบสนองความต้องการจาก การประเมินได้หรือไม่ สำหรับวิธีการประเมิน สามารถการวิเคราะห์ระบบการสำรวจตรวจสอบเอกสาร การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นที่ ๒ การพิจารณาการตรวจสอบการสัมภาษณ์ การทดสอบวินิจฉัยและการใช้ เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในด้านต่างๆ ดังนี้

๑. เป้าหมายเกี่ยวกับความต้องการร่วมกันและการใช้โอกาส

๒. การลำดับความสำคัญก่อนหลังของการจัดสรรเวลาและทรัพยากร

๓. จุดประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลง

๔. กำหนดมาตรฐานในการตัดสินผลลัพธ์

๑.๒ การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสมและ ความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา ฯลฯ รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์การประเมินดังนี้ ๑ เพื่อกำหนดและประเมินศักยภาพของระบบ แผนการของโครงการ การวางรูปแบบขั้นตอนกระบวนการ

๒. เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามกลยุทธ์ งบประมาณ และกรอบระยะเวลาที่กำหนด สำหรับวิธีการประเมิน ใช้วิธีการจัดทำรายการ วิเคราะห์ทรัพยากรบุคคล สิ่งของ แผนการแก้ไขปัญหา การจัดรูปแบบกระบวนการตามหลักความสัมพันธ์การปฏิบัติใช้จริง และทุนเศรษฐศาสตร์ โดยศึกษาจากงานวิจัยที่มีผู้ทำไว้แล้วหรือใช้วิธีการวิจัยนำร่องเชิงทดลอง (Pilot Trials) ซึ่งการประเมินนี้จะต้องมีการสำรวจสิ่งที่มี

อยู่เดิมก่อนว่ามีอะไรบ้างและตัดสินใจจะใช้วิธีการใด แผนการดำเนินงานแบบไหน หรือต้องใช้ทรัพยากรจากภายนอกหรือไม่

๑.๓ การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการ พัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ในการดำเนินการช่วงต่อไปให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ โดยมีการบันทึกไว้ เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่น หรือจุดแข็งและจุดด้อยของนโยบาย/แผนงาน/โครงการซึ่งมักจะไม่สามารถศึกษา ได้ภายหลังจาก สิ้นสุดโครงการแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์การประเมิน ดังนี้

๑.เพื่อระบุทำนายข้อบกพร่อง/ผิดพลาดในการจัดรูปแบบกระบวนการ การบรรลุ เป้าหมาย

๒.จัดหาข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจล่วงหน้าก่อนการปฏิบัติการ

๓.เป็นการเก็บบันทึกรายงานและตัดสินใจกรรมและขั้นตอนกระบวนการ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ สำหรับวิธีการประเมินจะติดตามควบคุมปัญหาอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นใน กระบวนการปฏิบัติการและเฝ้าระวังอุปสรรคที่ไม่ได้คาดไว้ รับรู้ข้อมูลเฉพาะเพื่อการตัดสินใจของโครงการ อธิบายขั้นตอนกระบวนการที่เกิดขึ้นจริงและต่อเนื่อง ดำเนินการเรื่องการปฏิสัมพันธ์และสังเกตการณ์ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โครงการและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องการประเมินกระบวนการนั้น เก็บบันทึกข้อมูลของข้อมูลขั้นตอนการดำเนินการจริง และนำมาใช้แปลผลสรุปต่อไป

๔.การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการหรือ มาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบเลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ อย่างไรก็ตาม การประเมินลักษณะนี้มีได้ให้ความสนใจต่อเรื่องผลกระทบ(Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการเท่าที่ควร โดยมีวัตถุประสงค์การประเมินเพื่อเปรียบเทียบ ผลที่เกิดขึ้นจากการทำโครงการกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เกณฑ์มาตรฐานของโครงการที่กำหนดไว้ แต่ต้นสำหรับวิธีการประเมินต้องมีการกำหนดเกณฑ์ชี้วัดและวัดผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ตามวัตถุประสงค์เป้าหมาย เปรียบเทียบผลกับเกณฑ์มาตรฐาน แปรผลโดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ/ความต้องการ/เป้าหมาย โดยพิจารณาทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และแปลความหมายถึงเหตุของสิ่งที่เกิดขึ้น สดักเฟิลบิม ยังได้นำเสนอประเภทของการตัดสินใจที่สอดคล้องกับประเด็น ที่ประเมิน ดังนี้

๑.การตัดสินใจเพื่อการวางแผน (Planning Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินสภาพแวดล้อมที่นำไปใช้ในการกำหนดจุดประสงค์ของโครงการให้สอดคล้องกับ แผนการดำเนินงาน

๒.การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้างของโครงการ(Structuring Decision) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากปัจจัยนำเข้าที่ได้นำไปใช้กำหนดโครงสร้างของแผนงาน และขั้นตอนของ การดำเนินการของโครงการ

๓.การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ (Implementation Decisions) เป็นการ ตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินกระบวนการ เพื่อพิจารณาควบคุมการดำเนินการให้เป็นไปตาม แผน และปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

๔.การตัดสินใจเพื่อทบทวนโครงการ (Recycling Decisions) เช่น การตัดสินใจ เพื่อใช้ข้อมูลจากการประเมินผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นเพื่อพิจารณาการยุติ/ล้มเลิก หรือขยาย โครงการที่จะนำไปใช้ในโอกาสต่อไป

๕.บทบาทการประเมินผลตามรูปแบบ CIPP Model ความต้องการสารสนเทศโดยเน้นการปรับปรุงของแบบจำลอง CIPP ความสอดคล้องในการวางแผนและแนวทางการดำเนินงานของการพัฒนา ก่อเป็นรูปแบบบทบาทของบริบท ปัจจัย นำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร

ทฤษฎีและโมเดลการประเมิน

เยาวดีรางชัยกุลวิบูลย์ศรี (๒๕๔๒, หน้า ๙๖ - ๑๐๓) กล่าววิวัฒนาการของการพัฒนา แนวคิด และเทคนิควิธีการประเมินจนถึงยุคของการประเมินเป็นวิชาชีพ ทำให้ความก้าวหน้าของศาสตร์แขนงการประเมินมีหลักการที่ชัดเจนมีความเป็นระบบตลอดจนนักประเมินหลายท่านได้พัฒนารูปแบบที่เรียกกันว่า “แบบจำลอง” หรือ “โมเดล” (Model) ขึ้นหลายรูปแบบ จนทำให้ แนวคิดและหลักการเหล่านั้นสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างกว้างขวาง เมื่อพิจารณาลักษณะของ “รูปแบบ” หรือ “แบบจำลอง” หรือ “โมเดล” แล้วจะเห็นๆได้ว่า “โมเดล” ไม่เพียงแต่เป็นแบบจำลอง ภาพหรือความคิดเท่านั้น แต่ยังมีสื่อสารรวมทั้งแนวคิดหลักการตลอดจนปรากฏการณ์ในเชิงสัมพันธ์อย่างเป็นระบบอีกด้วย ดังนั้น การกำหนดโมเดลที่เป็นระบบ และมีหลักการที่สมเหตุสมผลจะทำให้การวางแผนการทำงานต่างๆ เขาใจได้ง่ายขึ้น ในศาสตร์ของการประเมินก็เช่นเดียวกัน นักการประเมินได้เสนอแนวคิด และโมเดล ที่ช่วยให้สามารถทำการประเมินได้ดีขึ้น จนกล่าวได้ว่า “รูปแบบ” หรือ “โมเดล” การประเมินนี้สามารถที่จะถือว่าเป็นทฤษฎีการประเมินก็ได้เพราะมีลักษณะของความสมเหตุสมผลบนพื้นฐานของข้อตกลงเบื้องต้นในเชิงทฤษฎีเช่นกัน นอกจากนี้ “รูปแบบ” การประเมินยังสามารถเป็นที่เขาใจและนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงปฏิบัติได้ ตามโครงการต่างๆทำให้สามารถสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆให้กับศาสตร์ของการประเมินจะเห็นได้ว่ารูปแบบการประเมินได้แพร่หลายไปอย่างกว้างขวาง นักประเมินมีความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการประเมินเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อช่วยการตัดสินใจความต้องการและคุณภาพของโครงการต่างๆ การเลือกรูปแบบการประเมิน ซึ่งบ่งชี้ว่าเมื่อเป็นทฤษฎีการประเมินแล้ว ย่อมจะต้องมีการตรวจสอบถึงคุณภาพด้านความเป็นไปว่าปราศจากอคติหรือไม่มีความตรงของการประเมิน และวิธีการประเมินที่มีความเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด การประเมินผลโครงการที่อิงทฤษฎีการประเมิน ควรมีลักษณะของความเป็นวิทยาศาสตร์ ๒ ประการคือ มีการใช้วิธีวิทยาเชิงทฤษฎีในการตัดสินใจคุณค่าของโครงการ มีการวิเคราะห์เนื้อหา เชิงทฤษฎีกระบวนการประเมินต้องมีรูปแบบที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบ ขั้นตอนของกระบวนการประเมินต้องมีความสอดคล้องที่สมเหตุสมผลในเชิงทฤษฎีที่ยอมรับได้ รวมทั้งต้องมี ความชัดเจนในการอธิบายธรรมชาติของการประเมินด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคอำเภออุษุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษ การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคอำเภออุษุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษโครงการย่อยคืองานบริบทที่เหมาะสมมากตาม ปัจจัยนำเขามีกความพร้อมมากตามกระบวนการมีการปฏิบัติมากและตามผลผลิต มีคุณภาพมากมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในภาพรวมอยู่ในระดับมากผลการเปรียบเทียบการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาพบ วาพฤติกรรมดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผลการจัดกิจกรรมปฏิบัติการทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น การพยาบาลที่เนนครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเป็นหัวใจสำคัญเป็นการดึงครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันใกล้ชิดกันดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกันการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งเสริมให้การรักษาประสบผลสำเร็จผู้ป่วยและครอบครัวมีจิตใจเข้มแข็งพึ่งพาตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี (อนุพันธ์ ประจำ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๔)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลานอำเภอเมือง

จังหวัดนครราชสีมา ผลการ วิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมของบุคลากรในการพัฒนา ตั้งแต่ ๑.การร่วมรับรู้ นโยบายและการกำหนดแผนงาน ส่วนผู้รับผิดชอบงานวินิจฉัยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีส่วนร่วม ในการนำปัญหาเป็นโอกาสในการพัฒนางาน ๒.ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและ ผู้รับผิดชอบงาน ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้ผู้ปฏิบัติ งาน ได้แนวทางที่ ชัดเจนรวมถึง แนวทางในการส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งระบบการนัดหมาย การ ติดตาม เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรค ในชุมชน ซึ่งพบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงแรกนั้นมีความสำคัญมาก ในการรักษา ๓.ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในครั้งนี้ประกอบไปด้วย ๓.๑ การมีนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่ นโยบายระดับประเทศ ระดับเขต ระดับจังหวัดและ ระดับพื้นที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ๓.๒ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค รวมถึงมีระบบ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีแพทย์ ผู้รักษา และทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้ความชำนาญให้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและส่งผล ให้เพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคได้กิติกรรมประกาศขอขอบคุณผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองพะลาน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำงานวิจัยสำเร็จด้วยดี (มานพ ผสม พย , วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาปีที่ ๕ ฉบับที่ ๔ ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๓)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทุกันยาต้านวัณโรคไม่ถูกต้องในผู้ป่วยคือยา ผู้ป่วยที่มีภาวะคือยาวัณโรค หลายขนานจำนวน ๔๕ คน พบว่าส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี (ร้อยละ ๓๗.๘) มีสัดส่วนเพศชายและเพศ หญิงใกล้เคียงกัน ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับประทุกันยาถูกต้องถึงร้อยละ ๘๖.๗ เมื่อศึกษาถึงปัจจัย ทางสังคมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรม การรับประทุกันยาพบว่าตัวแปรต่างๆ ในหัวข้อการสนับสนุนทางอารมณ์มี ความสัมพันธ์กัน ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อควบคุมตัวแปรอื่นได้ รวมถึงมีความสัมพันธ์ กับตัวแปรทัศนคติด้วย โดยพบว่าตัวแปรสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ มาก ที่สุด พบว่า กลุ่มที่ทำแบบทดสอบได้คะแนนในช่วงร้อยละ ๗๐-๗๙.๙ มีผลที่ทำให้ลดการรับประทุกันยาที่ไม่ ถูกต้องถึงร้อยละ ๙๙.๓ ($p = 0.02, 95\% CI = 76.4\% - 99.9\%$) เมื่อยังไม่ควบคุมปัจจัยอื่น ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรม การรับประทุกันยาที่ถูกต้องในผู้ป่วยที่คือยาวัณโรคหลายขนานมี ความสัมพันธ์กัน ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลโดยการควบคุมปัจจัยต่างๆ ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อ คำถามมีความสัมพันธ์กัน นอกจากนี้สาเหตุของการคือยาวัณโรคหลายขนาน อาจไม่ได้เกิดจากปัจจัยทาง สังคม หรือทัศนคติเท่านั้น โดยอาจเกิดจากชนิดของเชื้อที่มีการกลายพันธุ์โดยรับเชื้อจากกลายพันธุ์จาก ภายนอกประเทศ การกำกับติดตามการรับประทุกันยา อาจต้องศึกษาลักษณะทางพันธุกรรมของผู้ป่วยร่วม ด้วย (ชาติชาย กิตยานันท์, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, ๒๐๑๘)

การประเมินประสิทธิผลการใช้ระบบ CARE-call ในการติดตามการรับประทุกันยาเพื่อเพิ่มความ สม่าเสมอในการรับประทุกันยาและลดอัตราการขาดยาวัณโรค ด้วยบริบทของประเทศไทยที่ยังขาดแคลน บุคลากร รวมถึงอุปสรรคอื่นๆ และต้นทุนในการดำเนินการที่สูง ทำให้การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นโดยมี ผู้ดูแลกำกับ (DOTS) ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ มูลนิธิวิจัยวัณโรคและโรคเอดส์ ได้พัฒนาระบบติดตามการ รับประทุกันยาของผู้ป่วยในแบบเรียลไทม์ ด้วยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทางระบบมือถือมา ใช้ร่วมกับกล่องยาอิเล็กทรอนิกส์ที่ประดิษฐ์ขึ้น (ระบบ CARE-call) ทั้งนี้เพื่อใช้เตือนผู้ป่วยให้รับประทุกันยา แจ้งเจ้าหน้าที่กรณีผู้ป่วยไม่เปิดกล่อง และสร้างช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ด้วยการ โทรเข้า-ออกผ่านกล่องยา เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบ CARE-CALL ผลการศึกษาเบื้องต้นของ อาสาสมัครที่ทราบผลการรักษาแล้วนั้น พบว่า กลุ่มที่ใช้ระบบ CARE-call มีอัตราความสม่ำเสมอในการ รับประทุกันยาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่อัตราการรักษาสำเร็จเป็นร้อยละ ๘๘.๒ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย

ของประเทศที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ ๘๕ และพบการขาดการรักษาเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานเดิม ระบบ CARE-call บรรลุวัตถุประสงค์ในการสร้างช่องทางการติดต่อสื่อสาร เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยโทรหาเจ้าหน้าที่ผ่านกล่องยาเป็นการขอคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและอาการแพ้ยา ในราคาต้นทุนเฉลี่ยต่อรายตลอดการรักษาที่ต่ำกว่าที่กองทุนโลกสนับสนุนการทำ DOT ประมาณ ๔ เท่า ผลการศึกษาเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครมีความพึงพอใจในการใช้ เนื่องจากข้อดีของระบบหลายประการ เช่น การมีเสียงเตือน การมียาบรรจุใส่ซองให้รับประทานรายวัน การมีช่องทางให้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ผ่านกล่อง จากผลการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีความเชื่อมั่นว่าระบบ CARE-call จะสามารถแก้ปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา และสร้างช่องทางติดต่อสื่อสารให้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ด้วยต้นทุนที่ต่ำ ซึ่งเหมาะกับบริบทของประเทศไทยที่มีผู้ป่วยวัณโรคเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เพื่อให้อัตราการรักษาสำเร็จและอัตราการขาดยาเป็นไปตามเป้าหมายในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ระบบนี้ยังคงต้องมีการพัฒนาให้มีความเสถียรและมีหน้าที่การใช้งานที่ครอบคลุม เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ได้อย่างครบถ้วนยิ่งขึ้น (ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ,๒๕๖๑)

การพัฒนาและการประเมินผลรูปแบบการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคสมหะพบเชื้อภายในจังหวัดศรีสะเกษ เป็น การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิผลของการเปลี่ยนของสมหะพบเชื้อ สิ้นสุด ๒-๓ เดือนแรก ในรูปแบบการติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคสมหะพบเชื้อแบบ ๒-๒-๒ ผล การกำกับสามารถช่วยเพิ่มอัตราการเปลี่ยนจากสมหะพบเป็นสมหะลบมากถึงถึง ๑.๒๐ เท่า ของการกำกับติดตามแบบปกติ (RRad=๑.๒๐,๙๕%CI:๑.๑๒-๑.๒๘ P-Value:๐.๐๒๒๗) ดังนั้นในพื้นที่อัตราอุบัติการณ์วัณโรคสูง ควรมีการทำ DOT แบบ ๒-๒-๒ ไปใช้ในการติดตามการกินยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน (วันชัย เหล่าเสถียรกิจ พ.บ,ร.บ.มวารสารการแพทย์ ปีที่ ๔๔ ฉบับที่ ๒ มีนาคม-เมษายน ๒๕๖๒)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคคือยาหลายขนาด(ฉกร จันทนะ พย.ม การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) พบว่าทัศนคติต่อวัณโรคคือยาหลายขนาดและการรักษา การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายได้ และความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคคือยาหลายขนาดอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ระยะเวลา ชนิดของยา จำนวนเม็ดยา จำนวนมื้อยา อาการข้างเคียงของยา ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ ความสะดวกในการรอรับบริการ และความถี่ของการนัดตรวจรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา รักษาวัณโรคคือยาหลายขนาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษามีประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ พยาบาล ควรให้ความรู้ และเน้นการปรับทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับวัณโรคคือยาหลายขนาดและการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอควบคู่ ไปกับการสนับสนุนทางสังคมและอำนวยความสะดวกในการเดินทางมารับบริการเพื่อเพิ่มอัตราการรักษาหายของวัณโรคคือยาหลายขนาด

การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรค โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งจากเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน พัฒนาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ รพสต.เป็นผู้จัดการในการวิเคราะห์ สถานการณ์ วางแผนการดำเนินการ ประเมินผล โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตัวเอง รูปแบบเป็นการพัฒนาระบบการประสานส่งต่อเครือข่ายโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการติดตามดูแลผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ ๑.การดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักการร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ คุณภาพคลินิก มีคุณภาพมากขึ้น ดังนั้นควรขยายผลโดยการกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล การวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหา มีการนิเทศติดตามประเมินผลการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ ๒.การดำเนินงานควบคุมวัณโรคที่มี

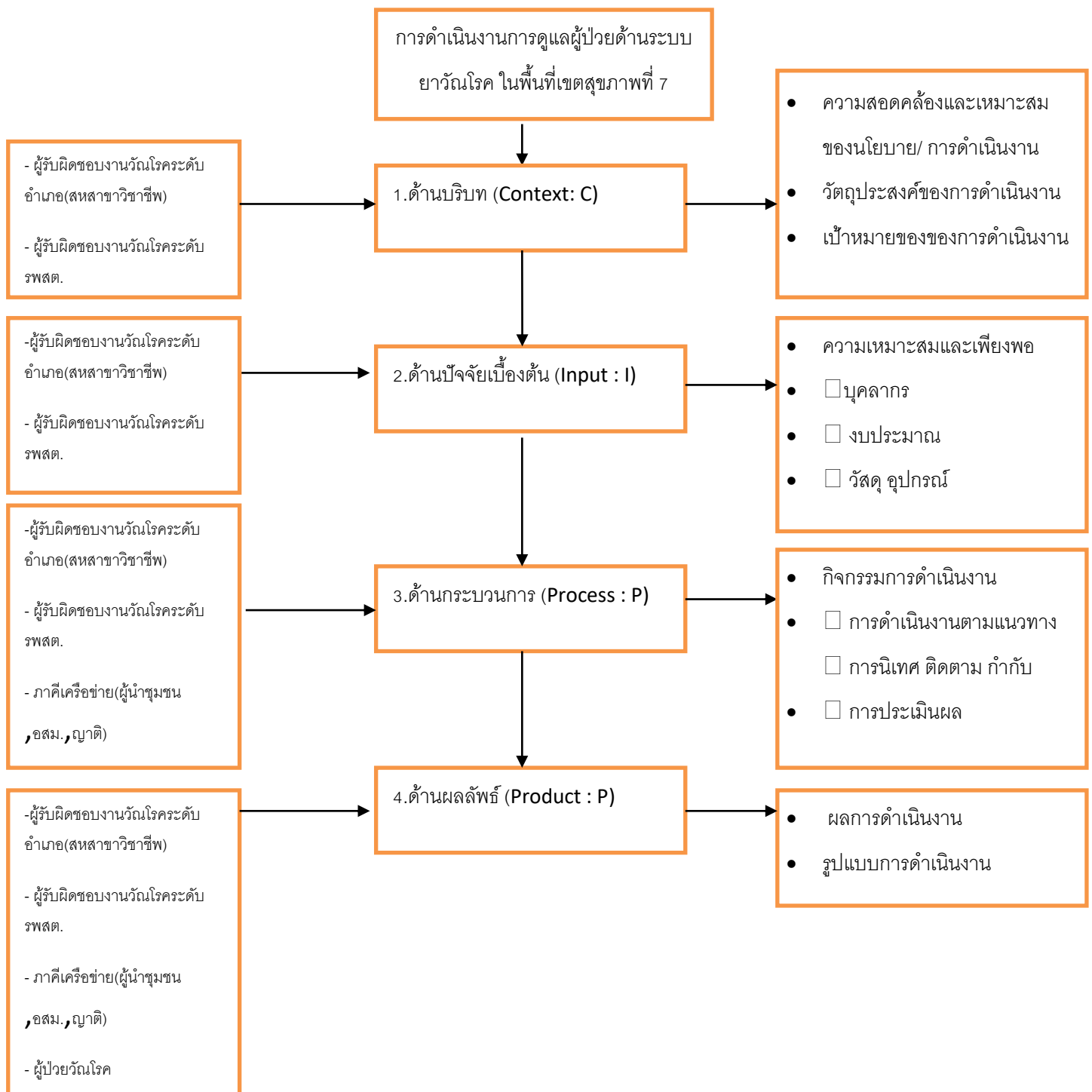
ประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วย ทีมผู้ดูแลรักษาและภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเป็นหลักในการดำเนินงาน ดังนั้นต้องมีกิจกรรมการดำเนินงานที่ต่อเนื่องผ่านรูปแบบการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมวัณโรคระดับ/ตำบล(อภิชน จินเสวก พ.บ.อ.ว. Journal of Health Science, ๒๐๒๑)

๔.กรอบแนวคิด

ผู้ให้ข้อมูล

รายละเอียดการประเมิน

สิ่งที่ประเมิน



บทที่ ๓
วิธีดำเนินการวิจัย

๓.๑.รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อประเมินรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านยาในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้แนวทาง CIPP โมเดล

๓.๒ กรอบการประเมิน

วัตถุประสงค์/CIPP	เครื่องมือ	ผู้ให้ข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูล
๑.การประเมินบริบท (Context Evaluation : C) การประเมินการดำเนินงาน เพื่อพิจารณา หลักการและเหตุผล ความจำเป็น ที่ต้องดำเนินงาน เพื่อพิจารณา หลักการและเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องดำเนินงาน ประเด็นปัญหาและความเหมาะสมของเป้าหมายของการดำเนินงาน	แบบประเมินและแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) บริบทการดำเนินงาน	-ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับอำเภอ(สหสาขาวิชาชีพ) - ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับ รพสต. - ภาศึเครือข่าย(ผู้นำชุมชน,อสม.,ญาติ)	เพื่อศึกษาบทบาทด้านการสนับสนุนนโยบาย/แผนงานโครงการ/การสนับสนุนด้านการดำเนินงาน
๒.การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation:I) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความพอเพียง ของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ เวลา รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน	แบบประเมินในด้านปัจจัยนำเข้า และแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) ปัจจัยนำเข้า	- ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับอำเภอ(สหสาขาวิชาชีพ) - ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับ รพสต. - ภาศึเครือข่าย(ผู้นำชุมชน,อสม.,ญาติ)	เพื่อปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ ทั้งด้าน นโยบาย/หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ/ทรัพยากรที่ใช้ในแผนงาน / งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์สื่อ โสตฯ สิ่งอำนวยความสะดวก / ที่ ส น บ ส นุน ก า ร ดำเนินงาน
๓.การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation:P)เป็นการประเมิน เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินงานที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา หรือจัดทำแผนพัฒนาต่อไป และเป็น การตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากร ที่ดำเนินงาน และ	แบบประเมินในด้านกระบวนการดำเนินงาน	- ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับอำเภอ(สหสาขาวิชาชีพ) - ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับ รพสต. - ภาศึเครือข่าย(ผู้นำชุมชน,อสม.,ญาติ)	เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานในภาพรวมทั้งหมด ทั้งจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบ และภาศึเครือข่ายที่เข้ามามีบทบาทร่วมดำเนินการ

ร่วมกับภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน โดยมี การบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน			
๔. การประเมินผลผลิต Product Evaluation:P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานหรือมาตรฐานที่กำหนดไว้	แบบประเมินในด้านผลลัพธ์	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับอำเภอ(สหสาขาวิชาชีพ) - ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับ รพสต. - ภาคีเครือข่าย(ผู้นำชุมชน,อสม.,ญาติ ผู้ป่วยวัณโรค 	เพื่อศึกษาผลลัพธ์ ของรูปแบบการดำเนินงาน

๓.๓. ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

๓.๓.๑ ประชากรศึกษา

ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับจังหวัด อำเภอ(สหสาขาวิชาชีพ) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับ รพสต. ภาคีเครือข่าย(ผู้นำชุมชน,อสม.,ญาติ ผู้ป่วยวัณโรค

๓.๓.๒ กลุ่มตัวอย่าง และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อตอบวัตถุประสงค์ในการประเมิน โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านยาในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น และใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นค้นหาปัจจัย

สนับสนุนและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียดการคัดเลือกพื้นที่สำหรับการประเมิน

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยประยุกต์ใช้แนวทาง CIPP โมเดล ดังนี้

การคัดเลือกพื้นที่ในการประเมินผู้ประเมินคัดเลือกพื้นที่ ในการประเมินแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกพื้นที่ ดังต่อไปนี้

(๑) เขตสุขภาพที่ ๗ โดยคัดเลือกอำเภอในเขตจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๗ ร่วมกับผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมวัณโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔

อำเภอที่ได้รับการคัดเลือกประกอบด้วย:

๑.อำเภอที่ติดตามอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ได้แก่ รักษาสำเร็จ เสียชีวิต ขาดยา สิ้นส่วนอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำที่สุด

๒.อำเภอที่ติดตามอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ได้แก่ รักษาสำเร็จ เสียชีวิต ขาดยา สัดส่วนอยู่ในเกณฑ์สูงสุด

(๓) จังหวัด คัดเลือกอำเภอในเขตสุขภาพในข้อ (๒) จังหวัดละ ๔ อำเภอ รวมทั้งสิ้น ๑๖ อำเภอ ๔ จังหวัด

สำหรับการวิเคราะห์บริบท ความสอดคล้อง ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับจังหวัด ๑ คน ระดับอำเภอ จำนวน ๑ คน เกษีษกรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน ๑ คน ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับ รพสต. จำนวน ๑ คน ผู้นำชุมชน จำนวน ๑ คน อสม./ญาติ จำนวน ๑ คน ผู้ป่วยวัณโรค ๑ คน

การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ และศึกษาปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน และงานบริหารเภสัชกรรม ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผู้ประเมินเก็บข้อมูล ได้แก่ ๑ บริบทของการดำเนินงานวัณโรคด้านการบริหารจัดการด้านยา ๒.ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการด้านยา ๓.กระบวนการดำเนินงานวัณโรคด้านการบริหารจัดการด้านยา ๔.ผลผลิต/ผลลัพธ์ การดำเนินงานวัณโรคด้านการบริหารจัดการด้านยา โดยการทบทวนเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึก มี รายละเอียดดังนี้

๑.การทบทวนเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและนโยบายหรือแผนงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางเวชปฏิบัติ คู่มือการดำเนินงาน นโยบาย หรือแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เอกสารประกอบการประชุม การประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เป็นต้น

๒.การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ประเมิน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๕ การสัมภาษณ์ผู้ประเมิน คัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะจง (purposive Sampling) ซึ่งประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับจังหวัด ระดับอำเภอ เกษีษกรระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่ รพสต.ที่รับผิดชอบงานวัณโรค ผู้นำชุมชน อสม./ญาติ รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรค ตามข้อ ๑ และคัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์เพิ่มเติม หากได้รับคำแนะนำจากผู้ให้สัมภาษณ์(Snowball Sampling) สำหรับการคัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคใช้วิธีการคัดเลือกแบบบังเอิญหรือตามความสะดวก (convenience sampling) โดยขอคำแนะนำจากผู้ประสานงานการประเมิน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลแต่ละแห่งในการเลือกผู้ป่วยวัณโรค ที่ยินดีเข้าร่วมการประเมินด้วยความสมัครใจ

หน่วยงาน	จำนวน(คน)
สาธารณสุขจังหวัด	๔
โรงพยาบาล/รพสต.	๔๘
ผู้นำชุมชน	๑๖
อสม./ญาติ	๑๖
ผู้ป่วยวัณโรค	๑๖

๒.การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกถูกบันทึกเสียงในรูปแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวถูกแปลงเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ(Verbatim) หลังจากนั้น ถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) และจัดหมวดหมู่ ข้อมูลตามกรอบแนวคิดการประเมิน

ผลผลิต/ผลลัพธ์	ข้อมูลที่เก็บ	แหล่งข้อมูล/วิธีเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูล
การประเมินบริบทของ การดำเนินงาน การดูแล ผู้ป่วยวัณโรคด้านยา	นโยบาย/ การ ดำเนินงาน ความสอดคล้องและ เหมาะสมของนโยบาย/ การดำเนินงาน วัตถุประสงค์ของการ ดำเนินงาน เป้าหมายของการ ดำเนินงาน	การทบทวนเอกสารและ การสัมภาษณ์เชิงลึก	วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)
๒.๒ ปัจจัยนำเข้าการ ดำเนินงาน การดูแล ผู้ป่วยวัณโรคด้านยา	สถานการณ์และปัจจัย สนับสนุนหรืออุปสรรค ในการดำเนิน การให้บริการ ผู้รับบริการและบริบทใน พื้นที่ ความเหมาะสมและ เพียงพอ บุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์	การทบทวนเอกสารและ การสัมภาษณ์เชิงลึก	วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)
๓.ก ะ บ ว น ก า ร ดำเนินงาน การดูแล ผู้ป่วยวัณโรคด้านยา	ขั้นตอนการให้บริการ กิจกรรมการดำเนินงาน การดำเนินงานตาม แนวทาง <input type="checkbox"/> การนิเทศ ติดตาม กำกับ การประเมินผล	การทบทวนเอกสารและ การสัมภาษณ์เชิงลึก	วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)
๔.ผลผลิต/ผลลัพธ์ การ ดำเนินงาน การดูแล ผู้ป่วยวัณโรคด้านยา	ผลการดำเนินงาน รูปแบบการดำเนินงาน	ฐานข้อมูลจากโปรแกรม NTIP	สัดส่วนอัตราความสำเร็จ ของการรักษา เสียชีวิต และ ขาดยา

๓.๔ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย สำหรับการดำเนินงานวิจัยผู้วิจัยได้ดำเนินงานวิจัย เก็บข้อมูลการวิจัย ดังนี้
๓.๔.๑ ประเมินบริบท ความสอดคล้องของการดำเนินงาน เพื่อ วิเคราะห์บริบท ความสอดคล้องของนโยบาย

และแผนการดำเนินงานในระดับหน่วยงานผู้รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อให้ได้สภาพความสอดคล้องของแผนงานตามนโยบายสำคัญของหน่วยงานหลัก

๓.๔.๒ ประเมินปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การประเมินสภาพความพร้อมการดำเนินงาน ทั้งเรื่อง งบประมาณ สถานที่ กำลังคน สื่อสนับสนุน หรือรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านระบบยาวิธโรค

๓.๔.๓ ประเมินกระบวนการ ได้แก่ วิธีการดำเนินงานตามบทบาทของแต่ละหน่วยงาน

๓.๔.๔ ประเมินผลลัพธ์

๓.๕.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม และแบบโครงสร้างคำถามในการทำประชุมเชิงปฏิบัติการ(work shop)ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสร้างโดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

๓.๕.๑ ศึกษาวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำราเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถาม แบบโครงสร้างคำถามและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

๓.๕.๒ ศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา สภาพปัญหาและรูปแบบของการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวิธโรคด้านยา

๓.๕.๓ สร้างแบบสอบถาม แบบประเมิน ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ และขอบเขตของการวิจัย

๓.๕.๔ นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

๓.๕.๕ ปรับปรุงข้อคำถามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

๓.๕.๖ นำเครื่องมือไปทดลองใช้

๓.๕.๗ นำผลการทดลองใช้มาปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๓.๕.๘ จัดพิมพ์เครื่องมือวิจัยฉบับสมบูรณ์

เครื่องมือแต่ละแบบได้กำหนดประเด็นเพื่อรวบรวมข้อมูลดังนี้

๑. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

กรอบประเมิน	กลุ่มเป้าหมาย	ลักษณะแบบสอบถาม
<p>๑. การประเมินบริบท (Context Evaluation : C)</p> <p>การประเมินการดำเนินงาน เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็น ที่ต้องดำเนินงาน เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็น ที่ต้องดำเนินงาน ประเด็นปัญหา และความเหมาะสมของเป้าหมายของการดำเนินงาน</p>	<p>ผู้รับผิดชอบงานวิธโรค ระดับ จังหวัด อำเภอ และรพสต.จำนวน ๕๒ คน</p>	<p>แบบสัมภาษณ์/ แบบสอบถาม</p>
<p>๒. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation:I) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความพอเพียง ของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน</p>	<p>ผู้รับผิดชอบงานวิธโรค ระดับ จังหวัด อำเภอ และรพสต.จำนวน ๕๒ คน</p>	<p>แบบสัมภาษณ์/ แบบสอบถาม</p>
<p>๓. การประเมินกระบวนการ(Process Evaluation:P)เป็นการประเมิน เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินงานที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา หรือจัดทำแผนพัฒนาต่อไป และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลาทรัพยากร</p>	<p>ผู้รับผิดชอบงานวิธโรค ระดับ จังหวัด อำเภอ และรพสต ผู้นำชุมชน อสม/ญาติ ผู้ป่วย.จำนวน ๑๐๐ คน</p>	<p>แบบสัมภาษณ์/ แบบสอบถาม</p>

ที่ดำเนินงาน และร่วมกับ ภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม ร่วม ในการดำเนินงาน โดยมีการบันทึกไว้เป็น หลักฐานทุกขั้นตอน		
๔.การประเมินผลผลิต Product Evaluation:P) เป็นการประเมินเพื่อ เปรียบเทียบผลผลิตที่เกิด ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของ การดำเนินงาน หรือ มาตรฐานที่กำหนดไว้	ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ระดับ จังหวัด อำเภอ และรพสต ผู้นำชุมชน อสม/ญาติ ผู้ป่วย.จำนวน ๑๐๐ คน	แบบสัมภาษณ์/ แบบสอบถาม

๑.๑.แบบตรวจสอบรายการทบทวนเอกสาร นโยบาย เอกสาร รายงานการประชุม และคำสั่ง
คณะกรรมการวัณโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพ

๑.๒.แนวคำถามสัมภาษณ์

๑.๒.๑ เจาะลึกเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริหารจัดการยาผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย การจ่ายยา
กระบวนการ การติดตาม การนัด การเก็บรักษา โดยใคร เป็นอย่างไร การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการยา
ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑.๒.๒ แนวคำถาม การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงาน ดูแลผู้ป่วยวัณโรค เรื่องการ
บริหารจัดการยาวัณโรค ของ ภาคีเครือข่าย

๑.๒.๓ แบบตรวจสอบรายการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมสำหรับสังเกตพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยเรื่อง
การบริหารจัดการด้านยา ของผู้ดูแล อสม.ผู้นำชุมชน และ จนท.สาธารณสุข

๒ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง
ประสบการณ์การดำเนินงานวัณโรค

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายประกอบด้วยความ
สอดคล้องและเหมาะสมของนโยบาย/ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรค ด้านวัตถุประสงค์ เป้าหมาย
ของการดำเนินงาน

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการดำเนินงานระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายประกอบด้วยความ
เหมาะสมและเพียงพอบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้

ตอนที่ ๔ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานระดับอำเภอและภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยกิจกรรม
การดำเนินงานตามแนวทางการนิเทศ ติดตาม กำกับ การประเมินผล

ตอนที่ ๕ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานระดับอำเภอและภาคีเครือข่าย

๓ การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านระบบยาในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗ นักวิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบ งานวัณโรคระดับจังหวัด ระดับอำเภอระดับตำบล ในเขตสุขภาพที่ ๗ ผู้นำชุมชน อสม/ญาติ และผู้ป่วย ใน ๑๖ อำเภอ จังหวัดละ ๔ อำเภอ

๔.การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความถี่ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

บทที่ ๔

ผลการศึกษา

การประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านระบบยาในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗ เพื่อประเมิน ดานกระบวนการ(Process Evaluation) ประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (Product Evaluation) และ ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน การบริหารจัดการยาวัณโรค เพื่อการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยด้านระบบยาวัณโรคของหน่วยบริการระดับอำเภอและการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย มุ่งศึกษาในประชากรเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในระดับจังหวัด อำเภอ(สหสาขาวิชาชีพ) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับ รพสต. ภาคีเครือข่าย(ผู้นำชุมชน,อสม.,ญาติ ผู้ป่วยวัณโรคพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗

การศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค Pulmonary TB ในเขตสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๕ วัตถุประสงค์เฉพาะ ๑.เพื่อประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยด้านระบบยาวัณโรค ๒. เพื่อประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน(Product Evaluation) ของหน่วยบริการระดับอำเภอและการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ๓.เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน การบริหารจัดการยาวัณโรค เพื่อการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

โดยเสนอผลการดำเนินโครงการตามลำดับคือ

๑.ผลการวิจัย

๑.๑ ปัจจัยด้านประชากร

ประชากรที่จะศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในระดับจังหวัด อำเภอ(สหสาขาวิชาชีพ) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับ รพสต. ภาคีเครือข่าย(ผู้นำชุมชน,อสม.,ญาติ ผู้ป่วยวัณโรคพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗

ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด จำนวน ๑๐๐ คน แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มผู้ดูแล/รักษาผู้ป่วยวัณโรค จำนวน ๘๔ คนดังต่อไปนี้ ๑.ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับจังหวัด ๔ คน ๒.ระดับอำเภอ/รพสต ๔๘ คน เพศชาย ๙ คน (ร้อยละ ๑๘.๗๕) เพศหญิง ๓๙ คน (ร้อยละ ๘๑.๒๕) ๓.ผู้นำชุมชน ๑๖ คน ๔.อสม/ญาติ ๑๖ คน กลุ่มที่ ๒ เป็นผู้ป่วยวัณโรค ๑๖ คน **ดังตารางที่ ๑**

ตารางที่ ๑ จำนวน ร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวินโรคในระดับจังหวัด
อำเภอ(สหสาขาวิชาชีพ) ผู้รับผิดชอบงานวินโรคระดับ รพสต. ภาควิชาเครือข่าย(ผู้นำชุมชน,อสม.,ญาติ ผู้ป่วยวิน
โรคพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน (บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม./ญาติ ๘๔ คน)		
๑. เพศ		
ชาย	๒๖	๑๙
หญิง	๕๘	๘๑
๒. อายุ = ๔๒.๑๒ ปี	ต่ำสุด ๒๙ ปี	สูงสุด ๖๕ ปี
๓. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	๓๐	๓๕.๗
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	๕๐	๕๙.๕
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	๔	๔.๘
๔.สถานะ:		
โสด	๒๔	๒๘.๖
สมรสคู่	๕๓	๖๓.๑
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	๗	๘.๓
๕.อาชีพหลัก:		
ก่อสร้าง	๑	๑.๒
รับจ้าง	๑๔	๑๖.๖
เกษตรกรกรรม	๑๓	๑๕.๕
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	๓	๓.๖
รับราชการ	๕๒	๖๑.๙
อื่นๆ	๑	๑.๒

๖.โรคประจำตัว

ไม่มี/สุขภาพแข็งแรง	๔๕	๕๓.๖
มีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง	๓๙	๔๖.๔

ผู้ป่วยวัณโรค (๑๖ คน)

๑. เพศ

ชาย

๙

๕๖.๓

หญิง

๗

๔๓.๗

๒. อายุ = ๕๑.๘ ปี ต่ำสุด ๓๘ ปี สูงสุด ๖๗ ปี

๓. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา

๙

๕๖.๓

มัธยมศึกษาต้น/ปวช

๖

๓๗.๕

ปวส/ปริญญาตรี

๑

๖.๒

๔.สถานะ:

โสด

๒

๑๒.๕

สมรสคู่

๑๔

๘๗.๕

หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

-

-

๕.อาชีพหลัก:

ก่อสร้าง

๒

๑๒.๕

รับจ้าง

๕

๓๑.๓

เกษตรกรรม

๓

๑๘.๖

พ่อบ้าน/แม่บ้าน

๕

๓๑.๓

รับราชการ

-

-

อื่นๆ

๑

๖.๓

๖.โรคประจำตัว

ไม่มี/สุขภาพแข็งแรง	๕	๓๑.๓
มีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง(โรคเบาหวาน,ความดันโลหิตสูง ,Old TB,ไทรอยด์,ลูคีเมีย และจิตเวช)	๑๑	๖๘.๗

การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เขตสุขภาพที่ ๗ มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค ประมาณ ๗,๕๓๖ ราย พบว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ตรวจพบและขึ้นทะเบียน จำนวน ๖,๕๗๕ ราย (อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ ๘๖.๖) และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB จำนวน ๗๕ ราย (อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ร้อยละ ๔๑.๔) ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ยังไม่เข้าถึงการบริการดูแลรักษาหรือเข้าถึงล่าช้า ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูง อัตราความสำเร็จของการรักษาไม่บรรลุตามเป้าหมาย เกิดการแพร่กระจายเชื้อ วัณโรคให้แก่บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน ส่งผลต่ออุบัติการณ์วัณโรคสูงในเขตสุขภาพที่ ๗ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเร่งรัดการตรวจค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB) และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB (Treatment Coverage) และลดอัตราการเสียชีวิต(Dead rate) เพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษา(Success rate)

๑.การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงานและนโยบายหรือแผนงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๑ เขตสุขภาพที่ ๗ ดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยใช้แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ (NTP): National Tuberculosis Control Programme Guideline,Thailand ๒๐๒๑

๑.๒ แผนงานป้องกันควบคุมวัณโรค เป้าหมาย(Goals) อุบัติการณ์วัณโรคของเขตสุขภาพที่ ๗ ลดลง

มาตรการ	หน่วยงานระดับเขต			หน่วยงานระดับพื้นที่		
	ค้นหา(Detect)	รักษา (Treat)	ป้องกัน (Prevent)	ค้นหา(Detect)	รักษา (Treat)	ป้องกัน (Prevent)
กิจกรรมหลัก	<ul style="list-style-type: none"> - ขับเคลื่อนนโยบาย เร่งรัดการตรวจวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง - เร่งรัดวินิจฉัย LTBI - สนับสนุน การประกันคุณภาพและจัดตั้ง Central lab TB and LTBI - กำกับติดตามการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย TB,MDR/RR 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการรักษา ติดตาม ประเมินผลการรักษา ผู้ป่วย TB,MDR/RR ตาม แนวทางการป้องกัน ควบคุมโรค - สนับสนุนกลไก พขอ. คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ให้คำปรึกษาการรักษา ระดับเขตและระดับ จังหวัด - เร่งรัดรักษาติดเชื้อวัณโรคแฝงในกลุ่มผู้สัมผัส ,HIV - สนับสนุนการใช้ยาใหม่ สำหรับการรักษาผู้ป่วย TB,MDR/RR 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการบริหาร จัดการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อวัณโรค ในสถานบริการ สาธารณสุขและชุมชน - ประเมินคุณภาพการ บริการ ป้องกันดูแล รักษาวัณโรค ของรพ. และเรือนจำ - สื่อสารข้อมูลข่าวสาร สุขภาพเพื่อเพิ่มความตระหนัก รอบรู้ด้านวัณโรคให้แก่ประชาชน - ส่งเสริมสนับสนุนการ วิจัยและนวัตกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - เร่งรัดการตรวจวินิจฉัย วัณโรคด้วยวิธีการตรวจ ด้วยวิธีการอณูชีววิทยา การทดสอบความไวต่อยา วัณโรค - เร่งรัดวินิจฉัย LTBI โดยการตรวจ IGRAs,TST - ติดตามการขึ้นทะเบียน รักษาผู้ป่วย TB,MDR/RR .ในโปรแกรมNTIP 	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลรักษา และ ติดตามประเมิน ผลการรักษา ผู้ป่วย TB,MDR/RR ตาม แนวทางการ ป้องกันควบคุมโรค (NTP)ทั้งหน่วยงาน ภาครัฐและเอกชน - รักษาติดเชื้อวัณโรคแฝงในกลุ่มผู้ สัมผัส,HIV/AIDs - รักษาผู้ป่วยวัณโรค วัณโรคดื้อยา โดยผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ในการร่วมคัดกรอง ค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรค - บริหารจัดการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อวัณโรคใน สถานบริการสาธารณสุขและ ชุมชน - สื่อสารข้อมูลข่าวสาร สุขภาพ เพื่อเพิ่มความตระหนัก รอบรู้ด้านวัณโรค ให้ประชาชน - ส่งเสริมสนับสนุนการวิจัย และนวัตกรรม
Quick Win	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน		
	- อัตราความครอบคลุม	- อัตราความครอบคลุม	- อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนวัณโรครายใหม่	- อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนวัณโรคราย		

<p>การขึ้นทะเบียนวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๒๒</p> <p>- อัตราความครอบคลุม การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณ โรค MDR/RR ค ร้อยละ ๑๗.๕</p>	<p>การขึ้นทะเบียนวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๔๔</p> <p>- อัตราความครอบคลุม การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณ โรค MDR/RR ค ร้อยละ ๓๕</p>	<p>และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๖๖</p> <p>- อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR ค ร้อยละ ๕๒.๕</p>	<p>ใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๘</p> <p>- อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR ค ร้อยละ ๗๐</p> <p>- อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดทราย ใหม่ ร้อยละ ๘๘</p>
--	--	--	--

ตัวชี้วัดความสำเร็จ:

1. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (treatment coverage) เป้าหมายร้อยละ 88

1.1 ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรองวัณโรคโดย อสม. นำเข้าสู่ระบบการคัดกรอง เป้าหมาย 100 %

2. อัตราความสำเร็จของการรักษา (Success rate) เป้าหมายร้อยละ 88

3. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน/ วัณโรคดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB treatment coverage) เป้าหมายร้อยละ 70

การกำกับติดตาม

1. กำกับติดตามเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา เชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่ของจังหวัด ทุกอำเภอ วางแผนการดำเนินงาน/กำกับ โดยกำกับติดตามผ่านกลไกต่างๆ ทุกเดือน ผ่านคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการ Noc- TB, คณะกรรมการ Service plan , กลไก พขอ., คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญวัณโรคเขต 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เป็นต้น

2. สรุปและรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานให้กับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่นการประชุม กวป/ผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น สรุปรายงานประจำเดือน /One Page รายเดือน ผ่านระบบ NTIP เป็นต้นและคืนข้อมูลผลการดำเนินงานให้กับพื้นที่ในการดำเนินงาน ต่อไป

3. กำหนดพื้นที่นำร่องในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงที่มีอัตราการค้นหาต่ำ อัตราผู้ป่วยวัณโรคสูงและอัตราการตายสูง และอัตราความสำเร็จของการรักษาต่ำ ในการวางแผนการดำเนินงาน

4. ประชุมกำกับ ติดตาม ทบทวนและวางแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ (DOT Meeting) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ผ่านระบบ VDO Conference

5. การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

6. บูรณาการการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในเรื่องความร่วมมือกับโรคติดต่อที่สำคัญอื่น ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7. การประชุมถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค Pulmonary TB ในเขตสุขภาพที่ ๗

๑. ผลการประเมินสถานะบริบท (Context Evaluation : C) การประเมินการดำเนินงาน เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็น ที่ต้องดำเนินงาน เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องดำเนินงาน ประเด็นปัญหาและความเหมาะสมของเป้าหมายของการดำเนินงาน ความสอดคล้องและเหมาะสม

ของนโยบาย/ การดำเนินงาน แนวทางการดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุม วัณโรคของจังหวัดใช้แนวทางตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท และแผนปฏิบัติการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทาง การควบคุม วัณโรคประเทศไทย เป็นแนวทางหลักในการขับเคลื่อนแผนงานวัณโรคให้บรรลุตามเป้าหมาย ของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค

๑.๑ การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค : ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการระดับอำเภอ ระดับตำบล การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมไปถึงการบริหารจัดการยาวัณโรค สาธารณสุขจังหวัด ดำเนินงานตามแนวทางแผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ และขยายไปถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อให้การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ โดยในด้านการบริหารจัดการด้านยา จะเกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์ใน ข้อที่ ๒ เรื่องลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค เป้าประสงค์เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคลงร้อยละ ๒๕ ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๕ เมื่อเทียบกับ พ.ศ. ๒๕๖๒ ด้วยมาตรการ ดังนี้ ๑ ส่งเสริมผู้ป่วยวัณโรคทุกรายทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอครบถ้วน ด้วยสูตรยามาตรฐานและยาที่มีคุณภาพ ๒ เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ ทั้งด้านการวางแผนงานร่วมกัน การเร่งค้นหา การให้ยาป้องกันวัณโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วย วัณโรคทุกรายที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ๒.๓ ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (programmatic management of drug-resistant TB : PMDT) ให้ครอบคลุมภายใต้ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๘ ผลการดำเนินงานผลสำเร็จ (Success rate)ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละ ๗๐.๙ จำแนกรายจังหวัด ดังต่อไปนี้

จังหวัด	ขึ้นทะเบียน	รักษาสำเร็จ		เสียชีวิต		ขาดยา	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กาฬสินธุ์	๒๘๒	๒๒๐	๗๘.๙	๒๘	๑๐.๐	๒๑	๗.๕
ขอนแก่น	๔๔๘	๒๖๐	๕๙.๙	๘๐	๑๘.๔	๖๖	๑๕.๒
มหาสารคาม	๒๔๖	๑๘๕	๗๗.๑	๘	๓.๓	๓๙	๑๖.๓
ร้อยเอ็ด	๒๖๑	๑๙๐	๗๕.๑	๒๖	๑๐.๓	๒๐	๗.๙
เขตสุขภาพที่ ๗	๑๒๓๗	๘๕๕	๗๐.๙	๑๔๒	๑๑.๘	๑๔๖	๑๒.๑

๑.๒ การถ่ายทอดนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ ทางกองวัณโรค กรมควบคุมโรค ผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๗ โดยใช้กลไก Dot Meeting ๔ จังหวัด การประชุมผู้เชี่ยวชาญระดับเขตสุขภาพที่ ๗ การประเมินมาตรฐานงานวัณโรค และนิเทศติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗ การใช้กลไก

พขอ.พื้นที่ที่มีปัญหาวัณโรค การเริ่มการดำเนินงานร่วมกันในเครือข่าย ในเขตสุขภาพที่ ๗ เช่น ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาลัย จากการผลักดันการถ่ายทอดนโยบาย และ แผนยุทธศาสตร์ ยังพบว่า ๑.การค้นหาและการขึ้นทะเบียนรักษายังไม่ถึงเป้าหมาย ๒.การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ๓.การเข้าถึงการรักษาล่าช้าส่งผลต่อการรักษาและการเสียชีวิต ๔.การขาดยาเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์บางท่านมองว่า หากหน่วยงาน ระดับเขตสุขภาพเข้ามาจัดประชุมหรือสื่อสารนโยบายฯ หรือในระดับเขตเองก็จัดอบรมฟื้นฟูหรือให้ความรู้ใหม่ๆ แก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ปฏิบัติงานใหม่ทุกสท สาขาวิชาชีพอย่างน้อยปีละครั้ง จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เห็นความสำคัญของนโยบายฯ มากขึ้น และ แนวทางการดำเนินงานวัณโรค รวมถึงการบริหารจัดการด้านยาใหม่ที่ควรจะมีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน เช่น แนวทางการปรับยาวัณโรคกรณีผู้ป่วย เกิด Heppatitis สูตรยา LTBI เช่น ๓H,๑HP อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ พบปัญหาการถ่ายทอดนโยบายฯ ผ่านการจัดประชุม เช่น สถานพยาบาลภาคเอกชนไม่ได้เข้าร่วมประชุม ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลมีภาระงานมาก ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ หรือการส่งตัวแทนของสถานพยาบาลแต่ละแห่งเข้าร่วมประชุม แต่ตัวแทนดังกล่าวไม่ได้

กลับมาถ่ายทอดนโยบายฯ ต่อผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เป็นต้น นอกจากปัญหาการถ่ายทอดนโยบายฯ จากส่วนกลางสู่ระดับพื้นที่ดังกล่าวแล้ว ยังพบปัญหาการสื่อสารหรือการประสานงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดำเนินงานตามนโยบายฯ ระหว่างหน่วยงานระดับประเทศเองด้วย

๒.ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าการดำเนินงานวัณโรคด้านยา (Input Evaluation: I)

๒.๑ การสนับสนุนจากหน่วยงานระดับประเทศ เขต และจังหวัด

การดำเนินงานวัณโรค ที่ผ่านมาประกอบด้วย หน่วยงานต่างๆ ร่วมมือกันโดยมี สปสช. เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในด้านต่างๆรวมถึง ยาวัณโรค ในสิทธิประกันสุขภาพ ส่วนสิทธิเบิกได้จ่ายตรง และประกันสังคม ให้หน่วยบริการจัดซื้อเอง ส่วนสิทธิต่างด้าวเบิกยาวัณโรคได้จากกรมควบคุมโรค

แนวทางการดำเนินงาน กองวัณโรค กรมควบคุมโรค เป็นผู้สนับสนุน แนวทางการควบคุมวัณโรค ประเทศไทย พ.ศ ๒๕๖๔ (NTP)ให้การดำเนินงานไปในทางเดียวกัน และเขตสุขภาพที่ ๗ ผู้เชี่ยวชาญระดับเขตได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการบริหารจัดการยาในผู้ป่วยเกิด Hepatitis จากการรักษาด้วยยาวัณโรค ด้วยสูตร ๒RZE/๖IR เป็นแนวทางเดียวกันในเขตสุขภาพที่ ๗ นอกจากนี้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น เป็นหน่วยสำรองยาวัณโรคแบบสูตรเดี่ยว สูตรรวม วัณโรคตัวยาบแบบสูตร Shorter Regimen

ความเหมาะสมและเพียงพอ บุคลากร ในส่วนของเภสัชกรที่รับผิดชอบงานวัณโรค หน่วยบริการมีผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการยาวัณโรคและบริบาลเภสัชกรรมเพียงพอในการให้บริการในคลินิกวัณโรคแบบ One Stop service และการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยใน ในส่วนของการเยี่ยมบ้านยังมีปัญหาในบางพื้นที่ในการการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ

นอกจากนี้ ในเรื่องของสื่อที่ใช้ประกอบการให้คำปรึกษา จากเดิมที่กรมควบคุมโรคเคยทำสื่อ เช่น แผ่นพับ ภาพพลิก วิดีโอ เป็นต้น แจกให้กับสถานพยาบาลเพื่อใช้ประกอบการให้คำปรึกษาเรื่องวัณโรคแก่ผู้รับบริการ

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ พบว่า ในปัจจุบันไม่มีการสนับสนุนสื่อดังกล่าวอีก รวมถึงสมุดบันทึกการติดตามการกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน (สมุด DOT) หน่วยบริการจัดทำเพื่อสนับสนุนการให้บริการ บางแห่งไม่มีสนับสนุน ใช้วิธีอธิบายในการรับประทานยาและอาการข้างเคียงทดแทน

๒.๒ ระบบฐานข้อมูล

การดำเนินงานวัณโรคใช้ระบบฐานข้อมูลโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) ในส่วนของการบริหารจัดการยาวัณโรค ใช้การบันทึกข้อมูลการจ่ายยาวัณโรค เพื่อเบิกยาวัณโรค ในสิทธิประกันสุขภาพ ส่วนในสิทธิประกันสังคม เบิกได้โดยตรง ต่างค้ำ ไม่สามารถเบิกยาจาก สปสช.ได้จาก โปรแกรม NTIP ผู้ปฏิบัติบางหน่วยบริการ ยังไม่สามารถเบิกยาวัณโรค เช่น Levofloxacin, Amikacin ได้จากการบันทึกโปรแกรม NTIP สาเหตุ เนื่องจาก การสื่อสารข้อมูลแนวทางการเบิกยังไม่ถึงผู้ปฏิบัติในบางพื้นที่ การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานวัณโรคใหม่ แนวทางการบริหารจัดการยาวัณโรคในแนวทาง NTIP ใหม่ ยังไม่เชื่อมโยง กับ สปสช. ทำให้ต้องเบิกที่ กองวัณโรค หรือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ เช่น Amikacin inj เพื่อทดแทน Streptomycin inj และบางครั้งยาวัณโรคไม่เพียงพอ ในการให้บริการ สาเหตุจาก ผู้ปฏิบัติงานไม่บันทึกการให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน หน่วยบริการนำยาวัณโรคใช้ข้ามสิทธิ การจ่ายยาให้ผู้ป่วย นอกเขตโดยไม่ลงทะเบียนใน NTIP

สปสช.สคร.๗ เคยจัดอบรมการใช้งานระบบบูรณาการฯ ในช่วงก่อนการระบาด COVID ๑๙ แต่เมื่อผ่านมาสักระยะการอบรมเพื่อชี้แจงการใช้งานระบบค่อยๆ ลดลง ประกอบกับผู้ปฏิบัติงานมีการโยกย้าย เปลี่ยนแปลงตำแหน่งหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานใหม่จำเป็นต้องได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับระบบงาน นอกจากนี้ สปสช. ได้พัฒนาปรับเปลี่ยนระบบดังกล่าวเป็นระยะแต่หน่วยบริการบางแห่งไม่ได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นทางการ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้รับการอบรมหรือแนะนำการใช้ ทำให้ต้องเรียนรู้ด้วยตัวเอง ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ระบบ ตัวอย่างเช่น ผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบเรื่องการเข้าถึงหรือตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายยาบางรายการ ดังนั้น จึงไม่ทราบว่าเบิกจ่ายได้อย่างไร เป็นต้น ความไม่เสถียรของระบบบูรณาการฯ บ่อยครั้งที่ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถเข้าใช้งานได้ การบันทึกข้อมูลบางครั้งใช้เวลานานทำให้เกิดความล่าช้า

นอกจากนั้นปัญหาในการบันทึกข้อมูลในการติดตามการเฝ้าระวังและติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยของยาวัณโรค ยังเป็นปัญหาในการบันทึกข้อมูลโปรแกรม aDSMs สาเหตุ เนื่องจากภาระงานของผู้ปฏิบัติงานมีมาก และเป็นโปรแกรมที่แยกออกมาจากโปรแกรม NTIP ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องลงข้อมูลในหลายโปรแกรม การบันทึกข้อมูลในระบบซึ่งแยกออกมานอกเหนือจากการบันทึกในระบบสารสนเทศของ

สถานพยาบาลกลายเป็นการเพิ่มภาระให้ผู้ปฏิบัติงาน มีความทับซ้อนของการบันทึกข้อมูลในหลายแหล่ง ทำให้บางแห่งไม่มีผู้บันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันได้

๓.ผลการประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process Evaluation :P)

การวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

๑.ด้านผู้ป่วยวัณโรค ปัญหาที่พบ ผู้ป่วยขาดยา มีดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง มียาวัณโรคเหลือเป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่เกิดจากการลืมกินยา จำไม่ได้ว่ากินยาหรือยัง หรือเกิดจากผลอาการข้างเคียงของยาทำให้ไม่อยากกินต่อเนื่อง บางครั้งผู้ป่วยกินยาวัณโรคไปเข้าใจ

ว่าตนไม่มีอาการแล้ว ทำงานได้ปกติ จึงหยุดยาเอง หรือเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ จิตเวชขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ตามนัดหรือไม่สามารถไปพบแพทย์ได้

๒.ด้านที่มดูแลรักษา บุคลากรในระดับพื้นที่มีภาระงานมาก ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคส่วนใหญ่รับงานโรคติดต่อหรืองานในช่วงเวลาการระบาดโรค COVID ๑๙ ทำให้มีปัญหาในการประสานงาน ส่งต่อข้อมูล และการกำกับการกินยาของผู้ป่วย

๓.ด้านระบบบริการ ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ไม่มีการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยแต่ละพื้นที่ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยวัณโรค โดยสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากภาระงานมาก พื้นที่ห่างไกล ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของญาติหรืออาสา.ในการกำกับติดตามการกินยาขาดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี(case management)

๔.ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ขาดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับภาคีเครือข่าย และชุมชนขาดความเข้าใจในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน

๔.ผลการประเมินผลผลิต (Product Evaluation:P)

การกำกับดูแลและติดตามประเมินผลนโยบายฯ การติดตามผลการดำเนินงานวัณโรคเขตสุขภาพที่ ๗ ตัวชี้วัดสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ ๒๕๖๐-๒๕๖๔(เพิ่มเติม ๒๕๖๕) มีการกำกับดูแลผ่านช่องทางการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๗ การประเมินมาตรฐานงานวัณโรคในระดับเขตสุขภาพที่ ๗ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน โดยรวบรวมข้อมูลจากระบบโปรแกรม NTIP มีการติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส ผ่านระบบ Line กลุ่ม และการนำเสนอผลการดำเนินงานวัณโรครายไตรมาสในเวทีประชุม DOT Meeting

ผลการดำเนินงานผลสำเร็จ (Success rate)ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละ ๗๐.๙
จำแนกรายจังหวัด ดังต่อไปนี้

จังหวัด	ขั้นทะเบียน	รักษาลำเร็จ		เสียชีวิต		ขาดยา	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กาฬสินธุ์	๒๘๒	๒๒๐	๗๘.๙	๒๘	๑๐.๐	๒๑	๗.๕
ขอนแก่น	๔๔๘	๒๖๐	๕๙.๙	๘๐	๑๘.๔	๖๖	๑๕.๒
มหาสารคาม	๒๔๖	๑๘๕	๗๗.๑	๘	๓.๓	๓๙	๑๖.๓
ร้อยเอ็ด	๒๖๑	๑๙๐	๗๕.๑	๒๖	๑๐.๓	๒๐	๗.๙
เขตสุขภาพที่ ๗	๑๒๓๗	๘๕๕	๗๐.๙	๑๔๒	๑๑.๘	๑๔๖	๑๒.๑

ผลการดำเนินงานของอัตราผลสำเร็จของการรักษาเขตสุขภาพที่ ๗ ในปี พ.ศ ๒๕๖๔ ยังไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๘๕ โดยผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ ๘๓.๘ ซึ่งพบปัญหาด้านการขาดยาที่มีมากถึงร้อยละ ๒.๙ นับว่ายังที่สูงกว่าทุกปี ในปี พ.ศ ๒๕๖๕ พบว่า เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๘๘ ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ ๗๐.๙ อัตราการขาดยา เพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ ๑๒.๑ ณ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสถานการณ์โควิด ๑๙ เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคไม่สามารถเดินทางมาตรวจหรือมาพบแพทย์ตามนัดได้ ในปี ๒๕๖๕ ได้มีการวางแผนแก้ไขปัญหการขาดยานี้ผ่านการประชุมการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานทั้ง ๔ จังหวัด เพื่อแก้ปัญหาโดยส่วนหนึ่งให้มีการคืนข้อมูลและประสานพื้นที่ในการรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและมีระบบการเตือนผู้ป่วยในการมาตรวจตามนัด โดยใช้กลไกของ อสม.และเจ้าหน้าที่รพ.สต เพื่อให้การติดตามการดูแลรักษาตลอดจนการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

ปัญหา/อุปสรรคที่พบ ๑.การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายเนื่องจากสถานการณ์โควิด-๑๙

๒.การเข้าถึงการรักษาล่าช้าส่งผลต่อการรักษาและการเสียชีวิต ๓.การขาดยาเพิ่มขึ้น

มาตรการแก้ไขปัญหา

๑.เร่งรัดค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ใน ๗ กลุ่มเสี่ยง โดยให้แต่ละจังหวัดกำหนดเป้าหมายภายในจังหวัด ตามเป้าหมายนโยบายของเขตและตามที่พื้นที่กำหนดเองตามบริบท

๒.การตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและได้มาตรฐาน สนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Xpert โดยในเขตสุขภาพ ๗ มีครบทุกจังหวัด,DST, LPA, Culture, TB-Lamp (ศูนย์วิทย์ฯ)

๓.การรักษาที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและรักษาอย่างต่อเนื่อง มีแนวทางรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนของเขตสุขภาพ สนับสนุนยารักษาผู้ป่วย MDR, Pre-XDR, XDR ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๔ และแนวทางการรักษาในภาวะที่มีอาการแทรกซ้อนหรือยุ่งยากซับซ้อนเช่นภาวะตับอักเสบโดยเป็นต้น ใช้เป็นแนวทางการรักษาในเขตซึ่งกำหนดโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญวัณโรคเขตสุขภาพที่ ๗ และ แจ้างให้ทุกโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบถือปฏิบัติ

๔.การป้องกันและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง โดยการสนับสนุนการค้นหาตรวจด้วยวิธีการ IGRAs และการรักษาวัณโรคแฝง TPT (สูตร๑HPและ๓-HP) ส่วนสูตรการรักษาอื่นๆสามารถใช้สิทธิ์ต่างๆได้ตามปกติ

๕.พัฒนาระบบเครือข่าย/งานวิจัยและนวัตกรรม โปรแกรม NTIP ซึ่งปี ๒๕๖๕ มีการพัฒนาโปรแกรม NTIP ให้เข้าถึงง่ายและใช้งานได้สะดวกมากขึ้น และเขตสุขภาพที่๗ มีกิจกรรมนวัตกรรมในการดำเนินงานป้องกันวัณโรค ๓x๓x๓ ในการค้นหา ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเขตสุขภาพที่ ๗

บทที่ ๕ สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรค ข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเขตสุขภาพที่ ๗ เพื่อให้การรักษาที่ครอบคลุม(Treatment Coverage) การรักษาสำเร็จ(Success rate) สูงขึ้น อัตราการขาดยา และตายลดลง จากสภาพปัญหาและผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรค เพื่อมุ่งหวังให้ทราบประสิทธิผลในเรื่องของการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านระบบยาวัณโรค ในเขตสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๕ เพื่อใช้เป็นแผนดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรค ให้อัตราการขาดยาวัณโรค มีแนวโน้มลดลง จาก ปี พ.ศ ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในเขตสุขภาพที่ ๗ ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID ๑๙ การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยด้านยาวัณโรค

ปัญหา/อุปสรรคที่พบในภาพรวมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ๑.การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากสถานการณ์โควิด-๑๙ ๒.การเข้าถึงการรักษาล่าช้าส่งผลต่อการรักษาและการเสียชีวิต ๓.การขาดยาเพิ่มขึ้น

มาตรการแก้ไขปัญหา

๑.เร่งรัดค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ใน ๗ กลุ่มเสี่ยง โดยให้แต่ละจังหวัดกำหนดเป้าหมายภายในจังหวัด ตามเป้าหมายนโยบายของเขตและตามพื้นที่ที่กำหนดเองตามบริบท

๒.การตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและได้มาตรฐาน สนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Xpert โดยในเขตสุขภาพ ๗ มีครบทุกจังหวัด,DST, LPA, Culture, TB-Lamp (ศูนย์วิทย์ฯ)

๓.การรักษาที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและรักษาอย่างต่อเนื่อง มีแนวทางรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนของเขตสุขภาพ สนับสนุนยารักษาผู้ป่วย MDR, Pre-XDR, XDR ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๔ และแนวทางการรักษาในภาวะที่มีอาการแทรกซ้อนหรือยุ่งยากซับซ้อนเช่นภาวะตับอักเสบโดยเป็นต้น ใช้เป็นแนวทางการรักษาในเขตซึ่งกำหนดโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญวัณโรคเขตสุขภาพที่ ๗ และ แจ้างให้ทุกโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบถือปฏิบัติ

๔.การป้องกันและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง โดยการสนับสนุนการค้นหาตรวจด้วยวิธีการ IGRAs และการรักษาวัณโรคแฝง TPT (สูตร๑HPและ๓-HP) ส่วนสูตรการรักษาอื่นๆสามารถใช้สิทธิ์ต่างๆได้ตามปกติ

๕.พัฒนาระบบเครือข่าย/งานวิจัยและนวัตกรรม โปรแกรม NTIP ซึ่งปี ๒๕๖๕ มีการพัฒนาโปรแกรม NTIP ให้เข้าถึงง่ายและใช้งานได้สะดวกมากขึ้น และเขตสุขภาพที่๗ มีกิจกรรมนวัตกรรมในการดำเนินงานป้องกันวัณโรค ๓x๓x๓ ในการค้นหา ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเขตสุขภาพที่ ๗

พบประเด็นเพิ่มเติมในการศึกษาดังต่อไปนี้ ๑.ด้านระบบบริการ ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ไม่มีการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยแต่ละพื้นที่ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยวัณโรค โดยสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากภาระงานมาก พื้นที่ห่างไกล ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของญาติหรืออาสาสมัคร ในการกำกับติดตามการกินยา ขาดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี(case management) ๒. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ขาดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับภาคีเครือข่าย และชุมชนขาดความเข้าใจในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน

การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ส่งผลต่อการขาดยาวัณโรคของผู้ป่วยจากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่า การขาดยาเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการรักษาและการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นสอดคล้องกับการขาดความใส่ใจ ในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (Poor adherence) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญต่อประสิทธิภาพของการควบคุม เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการรักษา กองวัณโรคและองค์การอนามัยโลกจึง มีนโยบายให้ ๑.ดำเนินการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นโดยมีผู้ดูแลกำกับการบริหารยา (Directedly Observed Therapy-Short Course, DOTs) ๒ การทานยาอย่างต่อเนื่องและการสังเกตการณ์ทานยาทุกครั้ง เป็นส่วนสำคัญของนโยบายนี้ แต่ในประเทศกำลังพัฒนา วิธีดังกล่าวยังคงมีความยากในการปฏิบัติ ๓ เนื่องด้วยอุปสรรคและ ต้นทุนในการดำเนินการที่สูง เมื่อคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกวัน ตลอดระยะเวลา ๖ เดือน ทำให้การดำเนินการ DOTs ไม่ประสบความสำเร็จในการลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเท่าที่ควร ในผู้ป่วยวัณโรคที่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ ทั่วโลก ประมาณร้อยละ ๒๐ เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ให้ความใส่ใจในการ รักษาอย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้การรักษาใช้เวลานานมากขึ้น มีปัญหาการดื้อยา การกลับเป็นซ้ำ และการเสียชีวิต สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ให้ความใส่ใจหรือไม่ปฏิบัติตามกำหนดอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น เมื่อได้รับการรักษาไปแล้วระยะหนึ่งเมื่ออาการดีขึ้นจึงเริ่มไม่ให้ความสนใจอย่างต่อเนื่อง การลืมรับประทาน ยา ได้รับยาหลายชนิดพร้อมกัน ความเข้าใจผิดของผู้ป่วยต่อการรักษา มีอาการข้างเคียงจากการรับประทาน ยาจึงเลือกหยุดยาบางอย่างด้วยตัวเอง การที่ผู้ป่วยได้รับยาไปรับประทานเองที่บ้านเป็นจำนวนหนึ่ง จนกว่าจะถึงเวลามาโรงพยาบาลอีกครั้งตามวันนัด ซึ่งในระหว่างนั้นผู้ป่วยมักจะไม่สามารถติดต่อกลับมาที่โรงพยาบาลได้ การประเมินการให้ความใส่ใจในการรักษาของผู้ป่วย จึงสามารถทำได้เพียงการสอบถาม การนับเม็ดยาเมื่อ เวลาที่ผู้ป่วยกลับมารับยาครั้งต่อไป การตรวจสอบการปฏิบัติตามนัดมาพบแพทย์ ว่าตรงตามเวลานัดสม่ำเสมอ หรือไม่ วิธีต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นวิธีการประเมินความใส่ใจของผู้ป่วยแบบปลายทาง(นายแพทย์ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,๒๕๖๑) สาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาวัณโรคไม่ประสบความสำเร็จ มี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของทั้งด้านผู้ป่วย ผู้ให้บริการและการรักษา ด้านผู้ป่วยเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง แมวโรงพยาบาลต่าง ๆ จะมีความพยายามในการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา แต่ก็ยังประสบปัญหาหลายด้าน ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น บุคลากรผู้รับผิดชอบโดยตรงมีจำนวนน้อย มีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้ที่ผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องทราบได้อย่างเต็มที่ รวมถึงการอธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะหายขาดจากโรค บุคลากรผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมีเพียง ๑-๒ คน ซึ่งต้องปฏิบัติหน้าที่ด้านอื่น ๆ ด้วย จึงมีเวลาในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจำกัด โรงพยาบาลสนับสนุนสื่อต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย แต่ไม่มีโอกาสประเมินผลว่าผู้ป่วยได้ศึกษาหาความรู้จากสื่อที่ ได้รับมาน้อยเพียงใดและมีความเข้าใจหรือไม่(ศาสตราจารย์ดร.อะเค็ อุนทเลชกะ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๗ แห่ง,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,๒๕๖๔)

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

๑.๑ การขับเคลื่อนนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติ การสื่อสารนโยบายและแนวทางปฏิบัติ มีปัญหา การสื่อสารที่ไม่ทั่วถึงและชัดเจนระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคลงสู่หน่วยบริการ ส่งผลให้เกิด ถ้อยทอนนโยบาย หรือการสื่อสารระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคยังคงเป็นส่วนหนึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจและการดำเนินงานที่ หลากหลายในบางพื้นที่

๒ ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

๒.๑ ควรให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลภาพรวมทุกมิติอันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค แบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๒.๒ ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบ การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. Global Tuberculosis Report ๒๐๒๐. Geneva World Health Organization; ๒๐๒๐.
๒. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ : กรมควบคุมโรค ; ๒๕๖๔
๓. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนดตีไซน์; ๒๕๖๐
๔. พชรพร ครอบยุทธ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น.; วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน; ๒๕๖๕
๕. วันชัย เหล่าเสถียรกิจ. การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค เสมหะพบเชื้อใหม่ ในจังหวัดศรีสะเกษ; วารสารกรมการแพทย์, ๒๕๖๒
๖. อภิชน จินเสวก. การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรค โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี; วารสารวิชาการสาธารณสุข, ๒๕๖๔
๗. ธนพร บุษบาวไล. การประเมินโครงการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์; โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP), พฤษภาคม ๒๕๖๒
๘. สุธเรช ชวะเดช. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาการรักษาวัณโรคแบบ DOT อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ.; วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ๒๕๖๑
๙. แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๙; ๒๕-๓๘
๑๐. คู่มือการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค, กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๓

(เครื่องมือการวิจัยฉบับที่ ๑)

แบบเก็บข้อมูล

เรื่อง ประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านระบบยาในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗
 คำชี้แจง ๑.วัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินในขั้นตอนนี้ ๑) เพื่อประเมินบริบทของการ
 ดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านระบบยาในระดับพื้นที่ ๒) เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า ๓) เพื่อประเมิน
 กระบวนการ ๔) เพื่อประเมินผลผลิต ประกอบด้วย ๗ ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับอำเภอ เครือข่ายและสหสาขาวิชาชีพ

ส่วนที่ ๒ ประเมินบริบทของการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านระบบยา

ส่วนที่ ๓ ประเมินปัจจัยนำเข้าของการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านระบบยา

ส่วนที่ ๔ ประเมินกระบวนการการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านระบบยา

ส่วนที่ ๕ ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

๒. ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับอำเภอ เครือข่ายและสหสาขาวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง
 การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านระบบยา

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ หรือ x ลงใน [] และเติมข้อความหรือตัวเลขลงใน
 ช่องว่าง.....

๑.เพศ

ชาย

หญิง

๒.อายุ.....ปี

๓.ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา / ปวช /

ปวส / ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

๗.จำแนกประเภทกลุ่มตัวอย่าง

อสม.

ผู้สัมผัส/ผู้ใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยง

ผู้นำชุมชน

ผู้ป่วยวัณโรค

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค

เจ้าหน้าที่ รพสต.

เกษัชกร อื่น.....

๘.ประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านวัณโรคปี

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงาน ในระดับอำเภอ

ผลผลิต/ผลลัพธ์	ผลการดำเนินงาน
๒.๑ บริบทของการดำเนินงาน วิธโรคด้านระบบยา นโยบาย/ การดำเนินงาน ความสอดคล้องและเหมาะสมของนโยบาย/ การดำเนินงาน วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน เป้าหมายของการดำเนินงาน	
๒.๒ ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน วิธโรคด้านระบบยา ความเหมาะสมและเพียงพอ บุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์	
๓. กระบวนการดำเนินงาน วิธโรคด้านระบบยา กิจกรรมการดำเนินงาน การดำเนินงานตามแนวทาง <input type="checkbox"/> การนิเทศ ติดตาม กำกับ การประเมินผล	
๔. ผลผลิต/ผลลัพธ์ การดำเนินงานวิธโรคด้านระบบยา ผลการดำเนินงาน รูปแบบการดำเนินงาน	

ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย การดำเนินงานการบริหารจัดการ
ด้านยา ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านยา การนิเทศ ติดตาม กำกับ การประเมินผล

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๔ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านยา ประกอบด้วย ผลการ
ดำเนินงาน และการพัฒนารูปแบบ.....

.....

.....

.....

.....

.....