

ผลงานวิชาการ

เรื่อง

การถอดบทเรียนความร่วมมือ
สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
แบบครบวงจรของจังหวัดอุดรธานีปี2557-2558

โดย

นางสายรุ้ง กันทวรรณ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ 2184
สังกัด กลุ่มพัฒนาวิชาการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
กรมควบคุมโรค

ขอประเมินเพื่อเลื่อนตำแหน่ง
นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
ตำแหน่งเลขที่ 2204
สังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
กรมควบคุมโรค

การถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค บทคัดย่อ

การถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบครบวงจรของจังหวัดอุดรดิตถ์ ด้วยการสังเคราะห์บทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบครบวงจร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลรักษาวัณโรค โดยใช้กระบวนการประชุมกลุ่มถอดบทเรียน สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงาน เป้าหมายการถอดบทเรียน ประกอบด้วยเครือข่ายดำเนินงานวัณโรคจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 60 คน ประเด็นการถอดบทเรียน 5 ประเด็นหลักคือ ภาวะผู้นำ ระบบบริการ ระบบข้อมูล การสื่อสารและการมีส่วนร่วม วิถีวิทยาการที่ใช้ถอดบทเรียนแบบเล่าเรื่อง (Story Telling) การทบทวนหลังปฏิบัติการ (After Action Review – AAR) การเรียนรู้หลังดำเนินการ (Retrospect) กิจกรรมสัมภาษณ์เชิงลึกใช้แบบเรียนรู้จากเพื่อน (Peer Assist) จากการวิเคราะห์การถอดบทเรียน พบว่าความสำเร็จของการดำเนินงานวัณโรคจังหวัดอุดรดิตถ์ที่มีผลการรักษาวัณโรคสำเร็จสูงเป็นที่ยอมรับของเขตสุขภาพที่ 2 มาจากการวางรากฐานการดำเนินงานวัณโรคระหว่าง ปี 2551-2552 รวมถึงกระบวนการทำงานและความเข้มแข็งของคณะทำงาน ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ด้านการรักษาเป็นการพัฒนาระบบการรักษาและการเร่งรัดคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงวัณโรคส่งผลให้ข้อมูลการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคมีจำนวนมากที่สุด ปี พ.ศ. 2554 ซึ่งต่อมาจำนวนการค้นพบรายผู้ป่วยลดลง เพราะกิจกรรมการค้นหาลดลง สำหรับการเปลี่ยนแปลงสูตรยารักษาทั้งสูตรยารวมเม็ด หรือยาแยกเม็ดเป็นการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางการพัฒนาสูตรยารักษาวัณโรคแห่งชาติ ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีจุดเด่นด้านนโยบายการให้ผู้ป่วยวัณโรคนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (Admit) ในระยะเริ่มการรักษา 2 สัปดาห์แรก ด้านฐานข้อมูลมีการใช้โปรแกรมช่วยในการบันทึกข้อมูล เป็นการดำเนินงานโดยระดับเขตด้านการสื่อสาร ใช้โซเชียลเน็ตเวิร์ค แต่มีข้อจำกัดเฉพาะกลุ่มที่มีศักยภาพในการสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วมพบว่ายังจำกัดอยู่ภายในหน่วยงานสาธารณสุขระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพบว่ามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเฉพาะเรื่องงบประมาณ ซึ่งไม่แตกต่างจากจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 2

คำสำคัญ การถอดบทเรียน ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาการถอดบทเรียนในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี จากการได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก คณะผู้บริหาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก (เปลี่ยนเป็น สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2558) ตลอดจนความร่วมมือ จากภาคีเครือข่าย ดำเนินงานวันโรค ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ในการอำนวยความสะดวก สนับสนุนงบประมาณการถอด บทเรียน ให้ความร่วมมือ ให้คำแนะนำ กลุ่มพัฒนาวิชาการต้องขอขอบคุณดังต่อไปนี้

ขอขอบพระคุณผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ สาธารณสุขอำเภอ(เมือง ลับแล ทองแสนขัน น้ำปาด ตรอน ท่าปลา) จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์อุตรดิตถ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชุมชน อำเภอพิชัย อำเภอน้ำปาด อำเภอลับแล อำเภوترอน อำเภอท่าปลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (ตำบลห้วยไคร้ บ้านร่วมจิตร ตำบลทุ่งยั้ง บ้านน้ำอ่าง บ้านแพะ) จังหวัดอุตรดิตถ์ นายกเทศมนตรี (เทศบาลเมืองอุตรดิตถ์ เทศบาลตำบลทุ่งยั้ง) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (แสนตอ น้ำอ่าง บ่อทอง) จังหวัดอุตรดิตถ์ และภาคีเครือข่ายดำเนินงานวันโรค จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่กรุณา อำนวยความสะดวกในพื้นที่ และให้ความร่วมมือในการถอดบทเรียน

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. พชรินทร์ สิริสุนทร คณบดี คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นอย่างสูงที่กรุณาเป็นผู้แนะนำหลักการและวิธีวิทยาการถอดบทเรียน

ขอขอบพระคุณ ดร.นพ ทวีศักดิ์ นพเกษร รองศาสตราจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นอย่างมากที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ

สุดท้ายขอขอบคุณทีมงานผู้ร่วมถอดบทเรียน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ทุก ๆ ท่าน

สายรุ้ง กันทวรรณ

คำนำ

กรมควบคุมโรคโดยสำนักวัณโรคได้ตั้งเป้าหมายผลงานด้านวัณโรคไว้อย่างชัดเจน คือ ต้องลด อัตราป่วย อัตราตาย ให้ต่ำกว่าผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา โดยมีกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ที่สำคัญ คือ “ค้นให้พบ จบด้วยหาย” ซึ่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก (เปลี่ยนเป็น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2558) ได้สนับสนุนการดำเนินงาน ของเครือข่ายควบคุมวัณโรค ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ติดตามผลการดำเนินงาน จากรายงานรายไตรมาส และการนิเทศติดตามประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ ส่งผลให้อัตราการ รักษาสำเร็จปี 2557 อยู่ที่ ร้อยละ 80.7 แต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ต้องมากกว่า ร้อยละ 90 เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่าจังหวัดอุตรดิตถ์มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย กล่าวคือมีอัตราการ รักษาสำเร็จสูงกว่าร้อยละ 90 มาต่อเนื่องตลอด 4 ปี แสดงให้เห็นว่าจังหวัดอุตรดิตถ์ นอกจาก จะดำเนินงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพแล้ว ต้องมีกระบวนการขับเคลื่อน ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการผลักดันให้บรรลุผลสำเร็จ อย่างดีเลิศ เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ในเขตบริการสุขภาพ ที่ 2

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ได้ดำเนินการถอดบทเรียนความร่วมมือและ สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบครบวงจรของจังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อศึกษา ค้นหารูปแบบการดำเนินงานวัณโรคในจังหวัดอุตรดิตถ์ สำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพระบบ บริการดูแลรักษาวัณโรค ด้วยการประชุมกลุ่มถอดบทเรียน สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงาน และได้ จัดทำรายงานการถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค แบบครบวงจรของจังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อเผยแพร่แนวทางการดำเนินงานให้แก่เครือข่ายได้เรียนรู้และ นำไปประยุกต์ ตามความเหมาะสม รายงานถอดบทเรียนเล่มนี้เป็นผลผลิตจากการถอดบทเรียน ภาควิชาเครือข่ายที่ดำเนินงานวัณโรคในจังหวัดอุตรดิตถ์ปี 2558 กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกัน- ควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานการถอดบทเรียนนี้ จะเป็นประโยชน์ สำหรับ เครือข่ายดำเนินงานควบคุมวัณโรคพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2 และผู้สนใจทุกท่าน

สายรุ้ง กันทวรรณ

สารบัญ

คำนำ		หน้า
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาของการศึกษาวิจัย	1
	วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย	2
	คำถามการวิจัยและขอบเขตการศึกษาการศึกษาวิจัย	2
	กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย	3
	นิยามคำศัพท์การถอดบทเรียน และ สถานที่ดำเนินการศึกษาวิจัย	4
	ระยะเวลาดำเนินการ และ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2	แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
	ลักษณะทั่วไปของจังหวัดอุดรดิตถ์	5
	หลักการถอดบทเรียน	11
	แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ	13
	แนวคิด ทฤษฎี และวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม	20
บทที่ 3	วิธีการดำเนินการวิจัย	23
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	23
	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	25
	วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย	34
	วิธีวิทยาการถอดบทเรียนที่ใช้ในกิจกรรมการถอดบทเรียน	40
	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	41
บทที่ 4	ผลการถอดบทเรียนความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจร	42
	พื้นที่เป้าหมายแหล่งเรียนรู้	42
	รายงานสรุปการถอดบทเรียนการดำเนินงานวัณโรคจังหวัดอุดรดิตถ์	45
	วันที่ 10-12 ธันวาคม 2557	
	รายงานบทสรุปการสัมภาษณ์ ผู้บริหารหน่วยงานภาคีเครือข่ายดำเนินงาน	58
	วัณโรคจังหวัดอุดรดิตถ์วันที่ 16,19,20 มกราคม 2558	
	รายงานบทสรุปการศึกษาดูงาน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่	62
	วันที่ 21-23 มกราคม 2558	
บทที่ 5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	65
	สรุปการถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการ	65
	ดูแลผู้ป่วยวัณโรคครบวงจร	
	อภิปรายผลการถอดบทเรียน	68
	ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา	70
ภาคผนวก	ภาพกิจกรรมถอดบทเรียน	
	รายชื่อผู้ถอดบทเรียน	
	หนังสือกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการบริหารจัดการเขตสุขภาพและการจัดตั้ง	
	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12	
	เอกสารอ้างอิง	

สารบัญตาราง

ลำดับตาราง		หน้า
ตารางที่ 1	กรอบประเด็นหลักประเด็นเชิงกระบวนการ ประเด็นประกอบ การถอดบทเรียน	25
ตารางที่ 2	กรอบประเด็นสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานที่ร่วมประชุมกลุ่มถอดบทเรียน	26
ตารางที่ 3	ประเด็นส่วนขาดซึ่งได้จากการถอดบทเรียน สำหรับการศึกษาเรียนรู้ อำเภอหางดงจังหวัดเชียงใหม่	29
ตารางที่ 4	แสดงเป้าหมายประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างทีมงานถอดบทเรียน	35
ตารางที่ 5	กระบวนการสร้างทีมถอดบทเรียน	35
ตารางที่ 6	ตารางการจัดกลุ่มถอดบทเรียนตามบทบาทหน้าที่การดำเนินงานดูแลรักษา วัณโรค	37
ตารางที่ 7	แสดงกลุ่มเป้าหมายสัมภาษณ์เชิงลึกถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้าง การมีส่วนร่วมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	39
ตารางที่ 8	ข้อมูลผู้เข้าร่วมศึกษาดูงานและประชุมจัดทำรูปแบบเติมเต็มส่วนขาดความ ร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	40
ตารางที่ 9	ข้อมูลผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้าง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	43
ตารางที่ 10	แสดงกลุ่มเป้าหมายสัมภาษณ์เชิงลึกถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้าง การมีส่วนร่วมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	44
ตารางที่ 11	ข้อมูลผู้เข้าร่วมศึกษาดูงานและประชุมจัดทำรูปแบบเติมเต็มส่วนขาดความ ร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	44

บทที่ 1

บทนำ

1.ความเป็นมาของการศึกษาวิจัย

จากสถานการณ์ความสำเร็จด้านการรักษาวัณโรคในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2 พบว่าโดยภาพรวม มีอัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 80.7 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกรมควบคุมโรคที่กำหนดไว้ มากกว่าร้อยละ 90 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า มีหนึ่งจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 2 คือ จังหวัดอุดรธานี ที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นและผ่านเกณฑ์เป้าหมาย กล่าวคือ มีอัตราการรักษาสำเร็จ สูงกว่าร้อยละ 90 ต่อเนื่องมาตลอด 4 ปี ตั้งแต่ ปี 2552-2555 คือ ร้อยละ 90.3, 90.3, 91.5 และ 93.7 ตามลำดับ โดยเฉพาะผลงานในปี พ.ศ. 2557 (ผลงาน 2 ไตรมาส) พบว่า อัตราตายระหว่างการรักษาผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับศูนย์ แสดงให้เห็นว่าจังหวัดอุดรธานีนอกจากจะดำเนินงานตามระบบการดูแลรักษาตามแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ ที่มีประสิทธิภาพแล้วต้องมีกระบวนการขับเคลื่อนซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการผลักดันให้บรรลุผลสำเร็จ อย่างดีเลิศ เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ในเขตบริการสุขภาพที่ 2

กระบวนการทางวิชาการรูปแบบหนึ่งที่สามารถเรียนรู้เชิงลึกถึงกรอบความคิด แนวทางและวิธีการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว งานใดงานหนึ่งได้อย่างมีเหตุมีผล คือ การถอดบทเรียน ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการความรู้ เป็นกระบวนการทบทวนประสบการณ์การทำงาน ที่ผ่านมา เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ที่ทำให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว ผลการปฏิบัติงานและความรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน โดยมุ่งเน้นการเรียนรู้ที่จุดแข็งที่ส่งผลให้สำเร็จและจุดอ่อนหรืออุปสรรคที่ทำให้ล้มเหลว เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย

การถอดบทเรียน เป็นการทบทวน และสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุผล และปัจจัยทั้งภายใน ภายนอกที่ทำให้เกิดผลอย่างที่เป็นอยู่ ทั้งผลที่สำเร็จและผลที่ล้มเหลว อาจกล่าวได้ว่า การถอดบทเรียนเป็นไปเพื่อค้นหาความรู้จากการปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการสกัดความรู้และประสบการณ์จากกลุ่มเป้าหมายภาคีเครือข่ายดำเนินงานวัณโรคที่เข้าร่วมกัน หรือประสานการปฏิบัติงาน พร้อมจัดทำรายงานผลการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสำเร็จและไม่สำเร็จ อีกทั้งการร่วมประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลวเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และนำความรู้ที่ได้นั้นไปถ่ายทอดเพื่อเผยแพร่และเรียนรู้ต่อไปได้

การดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมวัณโรคเป็นงานที่สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีได้ดำเนินงานได้ดีขึ้นอย่างเป็นลำดับตลอดระยะเวลา 5 ปี โดยมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคชุมชนท้องถิ่น ดังนั้นเพื่อให้ได้ทราบว่าการดำเนินที่ผ่านมาได้ผลอย่างไร เรียนรู้อะไรกันไปบ้าง ได้สร้างความรู้อะไรขึ้นมาบ้าง รวมทั้งได้ใช้ความรู้ใดในการดำเนินงานไปบ้าง เพื่อจะได้เกิดการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ในการดำเนินงานของ

หน่วยงานต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น อันจะนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาการทำงานร่วมกันต่อไปในอนาคต จึงได้เกิดการถอดบทเรียนการดำเนินงานครั้งนี้ขึ้น

2.วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อทำให้เกิดความรู้ที่เป็นบทเรียน นำไปปรับปรุงการปฏิบัติงานในโครงการต่อไปให้ดีขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในทุกส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน
3. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทำความเข้าใจและตระหนักในการทำงานของภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
4. เสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาความร่วมมือของเครือข่ายงานวัณโรคระดับพื้นที่ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบครบวงจร

3.คำถามการวิจัย

1. บทเรียนความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดอุดรดิตถ์คืออะไร
2. ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายดำเนินงานวัณโรคเป็นอย่างไร
3. วิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลรักษาวัณโรคเป็นอย่างไร
4. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลรักษาวัณโรคเป็นแบบครบวงจรหรือไม่

4.ขอบเขตการศึกษาการศึกษาคำถามวิจัย

การศึกษาถอดบทเรียนครั้งนี้ มุ่งศึกษาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดอุดรดิตถ์เฉพาะ 5 ประเด็นหลัก คือภาวะผู้นำ ระบบบริการ ระบบข้อมูล การสื่อสาร การมีส่วนร่วม วิธีการศึกษาเป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงพรรณนา โดยกระบวนการถอดบทเรียน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษาฐานงานการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค ย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ประชากรที่ศึกษาเป็น เครือข่ายดำเนินงานวัณโรค ประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้ประสานงาน วัณโรค ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลคลินิกวัณโรค เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เจ้าหน้าที่งานชันสูตร ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อมหาวิทยาลัยในโรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคจาก 6 อำเภอ (อำเภอเมือง อำเภอลับแล อำเภอตรอน อำเภอท่าปลา อำเภอทองแสนขัน และอำเภอน้ำปาด) เจ้าหน้าที่สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดอุดรดิตถ์ เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 370 คน กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมถอดบทเรียนคือเครือข่ายดำเนินงานวัณโรคจาก 6 อำเภอที่ ร่วมกิจกรรมถอดบทเรียนและให้ความร่วมมือสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 87 คน

5.กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มเป้าหมายผู้ร่วมถอดบทเรียน
 - 1) ผู้บริหารหน่วยงานที่ร่วมถอดบทเรียนจำนวน 24 คน
 - 2) ผู้ประสานงานวัณโรค ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ระดับสาธารณสุขอำเภอ อำเภอเมือง อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอตรอน ระดับโรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอตรอน จำนวน 15 คน

3) ผู้รับผิดชอบงานวันโรค โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก เรือนจำจังหวัด พัฒนาสังคมจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าปลา ทองแสนขัน ลับแล ตรอน เทศบาลหรือ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน จำนวน 18 คน

4) พยาบาลคลินิกวันโรค โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน 6 คน

5) เกสเซอร์ผู้รับผิดชอบงานวันโรคโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน 6 คน

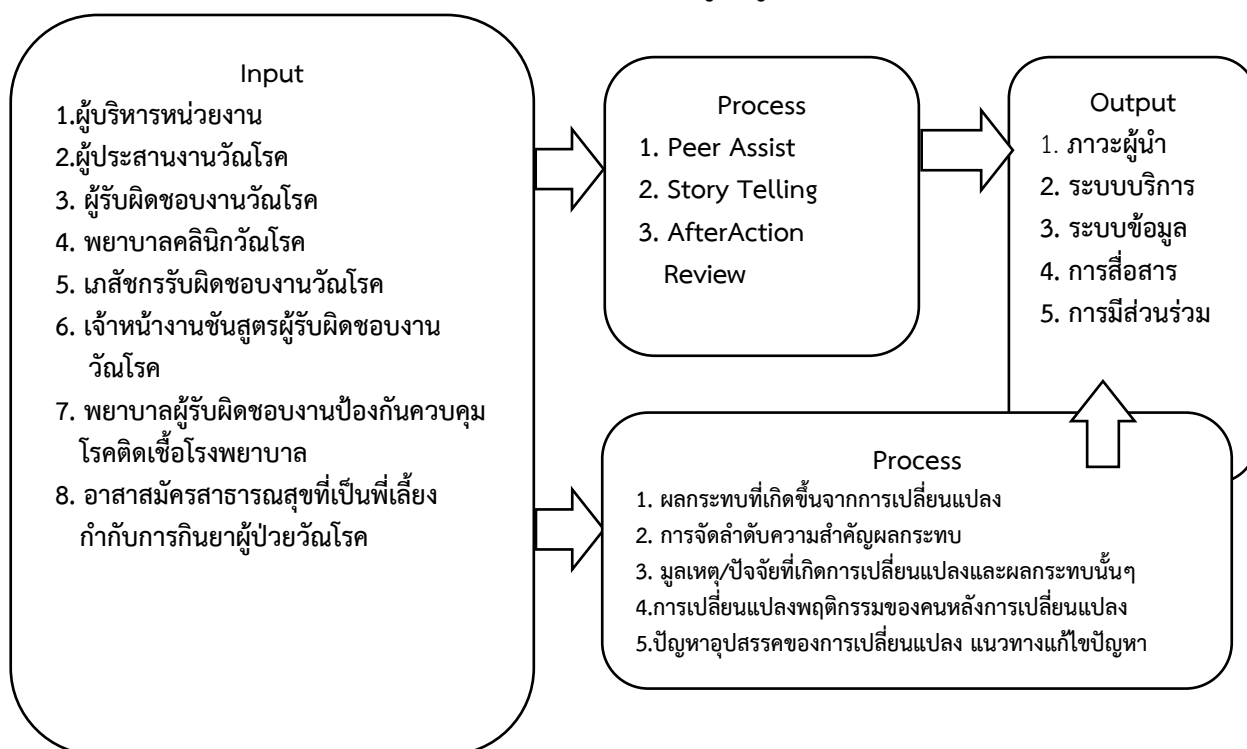
6) เจ้าหน้าที่งานชั้นสูตรผู้รับผิดชอบงานวันโรค โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน 6 คน

7) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน 6 คน

8) อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาผู้ป่วยวันโรค อำเภอเมือง อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอนจำนวน 6 คน

6.กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย

ถอดบทเรียนความร่วมมือสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวันโรคแบบครบวงจร



7. นิยามคำศัพท์การถอดบทเรียน

1. การถอดบทเรียน หมายถึง การทบทวนหรือสรุปประสบการณ์ การทำงานวัณโรคที่ผ่านมาในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายและสามารถเผยแพร่ศึกษาเรียนรู้ได้

2. ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง รักษาครบระยะเวลาของการรักษาหรือรักษาหายโดยมีผลการตรวจเสมหะเมื่อรักษาครบตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค

3. ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายดำเนินงานวัณโรค หมายถึง มีบุคคลในหน่วยงาน นอกหน่วยงาน หรือองค์กรส่วนราชการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำงานช่วยเหลือซึ่งกันและกันร่วมดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาวัณโรค เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์อย่างเดียวกัน

4. การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือการปฏิบัติ ร่วมประเมินผล การดำเนินงาน ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

5. การดูแลรักษาวัณโรคเป็นแบบครบวงจร หมายถึง การดำเนินการ เฝ้าระวังค้นหาผู้สัมผัสร่วมบ้านสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมลดการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชน การดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรครักษาต่อเนื่อง การสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

6. DOT หมายถึง Directly Observed Treatment : การกำกับกำกับการรับประทานยาต่อหน้า ซึ่งเป็นมาตรการในการรักษาวัณโรคที่องค์การอนามัยโลกยอมรับ

7. โปรแกรม TB-CM หมายถึง TB-clinic Management เป็นโปรแกรมสำเร็จรูปแบบบริหารจัดการคลินิกวัณโรค

8. มาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพมาตรฐานที่ 4 หมายถึง การรักษาวัณโรคประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วยสูตรยา 2HRZE/4HR และผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centred approach)⁹

8. สถานที่ดำเนินการศึกษาวิจัย

การดำเนินการถอดบทเรียน ดำเนินการพื้นที่เป้าหมาย 1 จังหวัดคือจังหวัดอุดรธานี ในพื้นที่ 6 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองอุดรธานี อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล และอำเภอตรอน

9. ระยะเวลาดำเนินการ เดือนพฤศจิกายน 2557 – มีนาคม 2558

10. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก และเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีรูปแบบระบบการบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบองค์รวม เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลรักษาวัณโรค สามารถควบคุมโรควัณโรคได้ ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน ประชาชนปลอดภัยปลอดภัยจากการติดเชื้อวัณโรค

แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ลักษณะทั่วไปของจังหวัดอุตรดิตถ์⁵

1) ลักษณะทางภูมิศาสตร์

อุตรดิตถ์เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างเป็นประตูชนสู่ดินแดนลานนาตะวันออก เป็นเมืองก่อนประวัติศาสตร์ ตัวเมืองเดิมชื่อ บางโพท่าอิฐ ได้รับการยกฐานะเป็นจังหวัดเมื่อ พ.ศ. 2476 “อุตรดิตถ์” หมายถึง เมืองท่า แห่งทิศเหนือ เป็นเมืองตำนานแม่น้ำยลับล และเมืองถิ่นกำเนิดของวีรบุรุษชาติ “พระยาพิชัยดาบหัก” ทหารเอก สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อยู่ห่างจาก กรุงเทพฯ โดยทางรถยนต์ 491 กิโลเมตรและโดยทางรถไฟ 485 กิโลเมตร มี อาณาเขตติดต่อกับ จังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดกับ จังหวัดแพร่และจังหวัดน่าน

ทิศใต้ ติดกับ จังหวัดพิษณุโลก

ทิศตะวันออก ติดกับ จังหวัดพิษณุโลก และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

มีเขตชายแดนยาวประมาณ 135 กิโลเมตร

ทิศตะวันตก ติดกับ จังหวัดสุโขทัย

2) ภาพพื้นที่และลักษณะภูมิประเทศ แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

(1) ที่ราบลุ่มแม่น้ำน่าน บริเวณสองฝั่งของแม่น้ำน่าน และลำน้ำสาขาที่ไหลมาบรรจบกับ แม่น้ำน่าน สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม อยู่ในเขต อำเภอตรอน พิชัย และบางส่วนของ อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ลับแล และอำเภอทองแสนขัน (ประมาณ 20% ของพื้นที่ทั้งหมด)

(2) ที่ราบระหว่างหุบเขาและเชิงเขา บริเวณที่อยู่ต่อเนื่องจากบริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำ ทางด้านเหนือและ ด้านตะวันออกของจังหวัด ประกอบด้วยที่ราบแคบ ๆ ระหว่างหุบเขาตามแนว คลองตรอน แม่น้ำปาด คลองแม่พ่อง ห้วยน้ำไคร้ และลำธารสายต่าง ๆ สลับกับภูมิประเทศเป็นเขา อยู่ในเขตอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ลับแล น้ำปาด ฟากท่า ท่าปลาและอำเภอบ้านโคก (ประมาณ 20% ของพื้นที่ทั้งหมด)

(3) เขตภูเขาและที่สูง อยู่ในบริเวณทางด้านเหนือและทางตะวันออกของจังหวัด โดยเฉพาะเขตอำเภอ เมืองอุตรดิตถ์อำเภอลับแล น้ำปาด ฟากท่า ท่าปลา และอำเภอบ้านโคก (ประมาณ 60% ของพื้นที่ทั้งหมด)

3) พื้นจังหวัดอุตรดิตถ์

จังหวัดอุตรดิตถ์มีพื้นที่ ทั้งหมด 7,838 ตารางกิโลเมตร หรือ 4,899,120 ไร่ เป็นพื้นที่ การเกษตร 1,255,225 ไร่ และ พื้นที่ป่าไม้ 3,075,568 ไร่ (กรมป่าไม้ พ.ศ. 2553)

4) ลักษณะภูมิอากาศ

จังหวัดอุตรดิตถ์ได้รับอิทธิพลจากกระแสลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ และตะวันตกเฉียงใต้มีความชื้น และความร้อนสูง ในฤดูร้อนอากาศจะร้อนจัด อุณหภูมิเฉลี่ย 35 องศาเซลเซียสใน ฤดูกาล อากาศเย็นสบายและในฤดู ฝนมีฝนตกชุกปริมาณน้ำฝนของจังหวัดอุตรดิตถ์อยู่ช่วง 957.3 มิลลิเมตรถึง 1,695.9 มิลลิเมตรจำนวนวันฝนตกประมาณ 99 วัน

5) ด้านการเมืองการปกครอง

จังหวัดอุดรดิตถ์แบ่งพื้นที่เพื่อการบริหารราชการส่วนภูมิภาคเป็น 9 อำเภอ 67 ตำบล (รวมเทศบาล เมือง ฯ และเทศบาลศรีพนมมาศ) 613 หมู่บ้าน โดยมีอำเภอ ดังนี้ อำเภอเมือง อุดรดิตถ์ อำเภอพิชัย อำเภอตรอน อำเภอลับแล อำเภอกำแพง อำเภอโนนสะอาด อำเภอปากซอ อำเภอฝาง อำเภอ บ้านโคก และอำเภอทองแสนขัน มีการแบ่งเขตการบริหารราชการ 3 ระดับ คือ

- (1) ส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาค จำนวน 34 หน่วยงาน
- (2) ส่วนราชการบริหารส่วนกลาง ที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค จำนวน 60 หน่วยงาน
- (3) ส่วนราชการบริหารส่วนท้องถิ่น 80 แห่ง ประกอบด้วย
 1. องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 แห่ง
 2. เทศบาลเมือง จำนวน 1 แห่ง
 3. เทศบาลตำบล จำนวน 25 แห่ง
 4. องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 53 แห่ง

ที่มา : สำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดอุดรดิตถ์ และที่ทำการปกครองจังหวัดอุดรดิตถ์
ข้อมูล เดือน ธันวาคม 2555

การแบ่งเขตการปกครองจังหวัดอุดรดิตถ์

อำเภอ	พื้นที่ (ตร.กม.)	ตำบล	หมู่บ้าน	เทศบาล เมือง/ตำบล	อบต.	ระยะห่าง จังหวัด
เมืองอุดรดิตถ์ (รวม ทม./ทต.)	756.48	17	158	9	9	
ตรอน	314.50	5	47	2	5	35 กม.
กำแพง	1,681.45	8	85	3	7	55 กม.
โนนสะอาด	1,448.71	6	49	1	6	84 กม.
ฝาง	632.67	4	31	1	4	140 กม.
บ้านโคก	1,055.91	4	31	1	3	180 กม.
พิชัย	736.68	11	98	2	11	60 กม.
ลับแล	448.77	8	65	3	7	11 กม.
ทองแสนขัน	754.44	4	49	1	4	50 กม.
รวม	8,838.61	67	613	23	56	

ที่มา : ที่ทำการปกครองจังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2555

6) ประชากร

ในปี พ.ศ. 2556 จังหวัดอุดรดิตถ์มีประชากรรวมทั้งสิ้น 460,995 คน แยกเป็นชาย 226,897 คน และหญิง 234,098 คน ดังแสดงในตารางที่ 1-2 โดยสามารถแสดงสถิติจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรของจังหวัดอุดรดิตถ์ภายใน 10 ปี

ตารางแสดงจำนวนประชากรในจังหวัดอุดรดิตถ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2556

จังหวัดอุดรดิตถ์	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556
ชาย	232,064	231,693	230,838	229,639	229,207	228,418	228,185	227,307	227,281	226,897
หญิง	237,880	237,694	236,644	235,638	234,998	234,533	234,433	233,733	234,013	234,098
รวม	469,944	469,387	467,482	465,277	464,205	462,951	462,618	461,040	461,294	460,995

(ที่มา : www.nso.go.th)

ตารางแสดงรายละเอียดประชากร และครัวเรือน ของจังหวัดอุดรดิตถ์

พื้นที่	จำนวน หลังคาเรือน	จำนวนประชากร (คน)		
		ชาย	หญิง	รวม
เมืองอุดรดิตถ์	54,398	73,374	77,167	150,541
ตรอน	10,805	17,025	17,832	34,857
ท่าปลา	14,648	24,392	24,134	48,526
น้ำปาด	10,799	16,410	16,230	32,640
ฟากท่า	5,002	7,391	7,478	14,869
บ้านโคก	5,640	7,366	6,982	14,348
พิชัย	24,166	37,458	39,312	76,770
ลับแล	20,601	27,553	28,479	56,032
ทองแสนขัน	10,316	16,363	16,225	32,588
รวม	156,375	227,332	233,839	461,171

ที่มา : ที่ทำการปกครองจังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2555

7) ด้านสังคมและวัฒนธรรม

(1) การศึกษา จังหวัดอุดรดิตถ์มีสถานศึกษารวมทั้งสิ้น 354 แห่ง มีครู/อาจารย์ 5,813 คน นักเรียน นิสิต นักศึกษา 113,478 คน ซึ่งอัตราส่วน ครู/อาจารย์ ต่อนักเรียน นิสิต นักศึกษา เป็น 1 : 19 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระบบ ดังนี้

1. การศึกษาในระบบโรงเรียน มีสถานศึกษา 345 แห่ง ครู/อาจารย์ 5,687 คน นักเรียน นิสิตนักศึกษา 93,219 คิดเป็นอัตราส่วน ครู/อาจารย์ ต่อ นักเรียน 1:17

2. การศึกษานอกระบบโรงเรียน มีสถานศึกษา 9 แห่ง มีครูอาจารย์และบุคลากรทางการศึกษา 126คน มีนักศึกษา 20,259 คน จำแนกเป็นสายสามัญ ระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 9,354 คน สาย อาชีพ จำนวน 10,905 คน

(2) การศาสนา ประชากรของจังหวัดอุดรดิตถ์ นับถือศาสนา พุทธ ประมาณร้อยละ 99.66 ศาสนาคริสต์ และอิสลาม ประมาณ ร้อยละ 0.34

1. วัด จำนวน 300 แห่ง (พระอารามหลวง 2 แห่ง) - ที่พักสงฆ์ 79 แห่ง
2. โบสถ์คริสต์ 14 แห่ง - พระภิกษุ 1,965 รูป/สามเณร 414 รูป

(3) ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม จังหวัดอุดรดิตถ์มีขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ที่สำคัญ 3 ลักษณะ คือ ล้านช้าง ลานนา และ สุโขทัย หรือรัตนโกสินทร์

8) ด้านเศรษฐกิจ

(1) ภาวะเศรษฐกิจของจังหวัด ขึ้นกับภาคเกษตร การค้าปลีกค้าส่ง และภาคอุตสาหกรรมเป็นสำคัญตามลำดับ

รายได้เฉลี่ยประชากรต่อหัว : 52,920 บาท / เป็นอันดับที่ 12 ของ 17 จังหวัด

ภาคเหนือ และอันดับที่ 53 ของประเทศ

: รายได้เฉลี่ยประชากรทั้งประเทศต่อหัว 160,556 บาท เฉลี่ยภาคเหนือ 68,015 บาท

: จังหวัดอุดรดิตถ์ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ 107,636 บาท ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของภาคเหนือ

15,095 บาท (ข้อมูลล่าสุด ณ ธ.ค. 53)

ผลิตภัณฑ์มวลรวม (GPP) (ล่าสุด ธ.ค. 2553) ทั้งหมด 25,920 ล้านบาท /เป็นอันดับที่ 13 ของ 17 จังหวัดภาคเหนือ : อันดับที่ 62 ของประเทศ แบ่งเป็น

1. สาขาเกษตรกรรม 7,485 ล้านบาท คิดเป็น 28.80 %
2. สาขาการขนส่ง ขยายปลีก 2,712 ล้านบาท คิดเป็น 10.50 %
3. สาขาอุตสาหกรรม 3,413 ล้านบาท คิดเป็น 13.20 %
4. สาขาการศึกษา 3,163 ล้านบาท คิดเป็น 12.20 %
5. สาขาการบริหารราชการฯ 2,449 ล้านบาท คิดเป็น 9.40 %
6. สาขาการก่อสร้าง 879 ล้านบาท คิดเป็น 3.40 %
7. สาขาการบริการด้านสุขภาพและสังคม 914 ล้านบาท คิดเป็น 3.50 %
8. สาขาขนส่งและการคมนาคม 700 ล้านบาท คิดเป็น 2.70 %
9. สาขาตัวกลางทางการเงิน 1,201 ล้านบาท คิดเป็น 4.60 %
10. สาขาบริการด้านอสังหาริมทรัพย์ 1,474 ล้านบาท คิดเป็น 5.70 %
11. สาขาไฟฟ้า ประปา และโรงแยกก๊าซ 727 ล้านบาท คิดเป็น 2.80 %
12. สาขาให้บริการด้านชุมชน สังคมฯ 240 ล้านบาท คิดเป็น 0.90 %
13. สาขาเหมืองแร่และเหมืองหิน 274 ล้านบาท คิดเป็น 1.10 %
14. สาขาโรงแรมและภัตตาคาร 39 ล้านบาท คิดเป็น 0.10 %
15. สาขาประมง 225 ล้านบาท คิดเป็น 0.90 %
16. สาขาถูกจ้างในครัวเรือน 52 ล้านบาท คิดเป็น 0.20 %

ตารางแสดงรายได้เฉลี่ยประชากรต่อหัว/ผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดอุดรดิตถ์ พ.ศ.2549 –

2553

ปี พ.ศ.	รายได้เฉลี่ยต่อหัว (บาท)	ผลิตภัณฑ์มวลรวม GPP (ล้านบาท)
2549	52,799	25,583
2550	54,836	26,662
2551	62,702	30,584
2552	63,999	31,304
2553	52,920	25,920

(2) ด้านการค้าชายแดน

จังหวัดอุตรดิตถ์ มีพรมแดนติดต่อกับ สปป.ลาว โดยประมาณ 135 กิโลเมตร ในพื้นที่อำเภอ บ้านโคกประมาณ 115 กิโลเมตร และอำเภอน้ำปาด ประมาณ 20 กิโลเมตร มีช่องทางค้าขายตามแนวชายแดน 15 ช่องทางเป็นช่องทางที่รถยนต์ผ่านเข้าออกได้ 6 ช่องทาง อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบ้านโคก โดยประกาศเป็นจุดค้าขายแลกเปลี่ยนสินค้า จำนวน 4 แห่ง คือ

จุดผ่อนปรน จำนวน 2 แห่ง คือ

1. ช่องภูตู บ้านม่วงเจ็ดต้น หมู่ที่ 2 ตำบลม่วงเจ็ดต้น อำเภอบ้านโคก เปิดค้าขายสัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันศุกร์และวันเสาร์ อยู่ตรงข้ามกับเมืองปากลายแขวงไชยบูลี ซึ่งมีประชากรประมาณ 60,000 คนอยู่ห่างจากช่องภูตู ระยะทาง 33 กิโลเมตร

2. ช่องห้วยต่าง หมู่ที่ 7 ตำบลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก เปิดค้าขายสัปดาห์ละ 1 วัน คือ วันพุธ อยู่ตรงข้ามกับเมืองบ่อแต่น แขวงไชยบูลี ซึ่งมีประชากรประมาณ 17,500 คน

ช่องประเพณี จำนวน 2 แห่ง คือ

1. ช่องบ่อเปี้ย (ช่องมหาราช) บ้านบ่อเปี้ย หมู่ที่ 1 ตำบลบ่อเปี้ย อำเภอบ้านโคก ติดต่อกับเมืองทุ่งมีชัย แขวงไชยบุรี สปป.ลาว ระยะทาง 14 กิโลเมตร (เมืองปากลาย 45 กิโลเมตร) เปิดทำการค้าขายสัปดาห์ละ 1 วัน คือ วันอาทิตย์ มีประชากร 8,665 คน

2. ช่องห้วยพร้าว หมู่ที่ 4 ตำบลห้วยมุ่น อำเภอน้ำปาด ติดต่อกับบ้านหนองป่าจิตเมืองบ่อแต่น แขวงไชยบุรี สปป.ลาว เปิดทำการสัปดาห์ละ 1 วัน คือ วันอาทิตย์ มีประชากร 17,500 คน

9) โครงสร้างพื้นฐาน

(1) ไฟฟ้า

จังหวัดอุตรดิตถ์ได้รับกระแสไฟฟ้าจากแหล่งกำเนิดสำคัญ 3 แหล่ง คือ เขื่อนสิริกิติ์ เขื่อนภูมิพล และโรงไฟฟ้าแม่เมาะ จังหวัดลำปาง จุดที่มีการใช้ไฟมากที่สุดคือ อำเภอมืองอุตรดิตถ์ รองลงมา คือ อำเภอพิชัย และอำเภอลับแล สำหรับประเภทการใช้ไฟมากที่สุดคือ ประเภทที่อยู่อาศัย รองลงมา คือ ธุรกิจการสูบน้ำเพื่อการเกษตรของโครงการสูบน้ำด้วยไฟฟ้า กรมส่งเสริมและพัฒนาพลังงาน กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม และทุกหมู่บ้านมีไฟฟ้าใช้แล้ว

(2) แหล่งน้ำ

การประปา มีระบบประปาให้บริการในเขตชุมชนเมือง คือเทศบาล ทุกแห่งสำหรับในเขตชนบทจังหวัด ได้ดำเนินการออกแบบระบบประปาหมู่บ้าน ขนาดย่อม พร้อมขยายขนาด 30 ครั้วเรือน 50 ครั้ว เรือน และ 100 ครั้วเรือน ตามสภาพความเหมาะสมของแต่ละหมู่บ้าน โดยดำเนินการก่อสร้างครบ ทุกหมู่บ้านตั้งแต่ปี 2538

นอกจากนี้ยังมีระบบประปาขนาดใหญ่ของกรมอนามัย กรมโยธาธิการและผังเมืองและกรมทรัพยากรน้ำที่กระจายสนับสนุนความต้องการของประชาชนโดยทั่วไป แต่จากการขยายตัวของกลุ่มประชากรและความเจริญในด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดการขยายตัวของหมู่บ้าน อีกจำนวนมากส่งผล

ทำให้ มีความต้องการระบบประปาเพิ่มขึ้น ซึ่งหมู่บ้าน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถให้บริการได้อย่างพอเพียง

การชลประทาน สามารถส่งน้ำ ที่เก็บกักไว้ ในอ่างเก็บน้ำ ไปใช้ในระบบชลประทานได้ เป็นพื้นที่ 150,000 ไร่ (ประมาณ 25 % ของพื้นที่นา) น้ำจากอ่างเก็บน้ำจะถูกปล่อยออกไปยังพื้นที่เพาะปลูกในทุ่งราบสองฝั่งแม่น้ำน่าน กับพื้นที่ทุ่งเจ้าพระยาทั้งในฤดูฝน และฤดูแล้ง ในปริมาณที่ได้มีการตกลงร่วมกันไว้กับกรมชลประทาน

(3) การคมนาคม

ทางถนน จังหวัดอุตรดิตถ์มีโครงข่ายถนนที่สามารถติดต่อกับจังหวัดต่าง ๆ ในภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้อย่างสะดวกทั้งทางรถยนต์และทางรถไฟ มีทางหลวงแผ่นดิน 2 สาย (สายหมายเลข 11 และสายหมายเลข 102) ทางหลวงจังหวัด 30 สาย โดยเมื่อพิจารณาเส้นทางรถไฟโดยสารประจำทางระหว่างชุมชนต่าง ๆ ภายในจังหวัดกับจังหวัดอื่น ๆ มีจำนวนรวมกว่า 50 สาย ประกอบด้วย เส้นทางเดินรถในชุมชนเมืองอุตรดิตถ์ เส้นทางเดินรถระหว่างจังหวัดต่าง ๆ ในภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ผ่านจังหวัดอุตรดิตถ์ และเส้นทางเดินรถภายในจังหวัด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเส้นทางระหว่างเทศบาลเมืองอุตรดิตถ์ กับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ในเขตจังหวัด ชุมชนที่มีรถโดยสารประจำทางผ่านมากที่สุด คือ เทศบาลเมืองอุตรดิตถ์ รองมาคือ เทศบาลตำบลในเมือง เทศบาลตำบลวังกะพี้ เทศบาลตำบลทุ่งยั้ง เทศบาลตำบลศรีพนมมาศ และเทศบาลตำบลหัวดง โดยมีเทศบาลเมืองอุตรดิตถ์เป็นศูนย์กลางการคมนาคมระหว่างภาคเหนือและการคมนาคมภายในจังหวัด เป็นจุดที่มีการหยุดพักของรถโดยสารระหว่างทางจำนวนมาก

ทางรถไฟ มีเส้นทางรถไฟสายเหนือจากกรุงเทพมหานครถึงจังหวัดเชียงใหม่ผ่านเมืองอุตรดิตถ์ และมีเส้นทางแยกจากสถานีบ้านดารา ในเขตอำเภอพิชัย ไปยังสถานีสวรรคโลก อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ในเขตจังหวัดอุตรดิตถ์มีเส้นทางรถไฟผ่าน 3 อำเภอ คือ พิชัย ตรอน และเมืองอุตรดิตถ์ มีสถานีรถไฟ รวม 12 สถานี สถานีที่สำคัญมากที่สุด 2 สถานี คือ สถานีศิลาอาสน์ และสถานีอุตรดิตถ์ ตั้งอยู่ในเขต อำเภอ เมืองอุตรดิตถ์ จัดเป็นสถานีรถไฟที่สำคัญของเส้นทางเดินรถสายเหนือ เพราะเป็นจุดขนส่งสินค้าขนาดใหญ่ และผู้โดยสารจำนวนมาก รวมทั้งเป็นจุดเติมน้ำมัน เชื้อเพลิง และสับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

10) ด้านสาธารณสุข

จังหวัดอุตรดิตถ์ มีจำนวนสถานพยาบาลแผนปัจจุบันที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งสิ้น 10 แห่ง มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 940 เตียง ในจำนวนนี้เป็นสถานพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์และโรงพยาบาลชุมชน จำนวนเตียง 850 เตียง สังกัดกระทรวงกลาโหม คือ โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จำนวนเตียง 90 เตียง อัตราส่วนเตียงผู้ป่วยต่อประชากร เท่ากับ 1 : 495 บุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญ คือ มีแพทย์ 106 คน ทันตแพทย์ 30 คน เภสัชกร 59 คนพยาบาล 702 คน อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ 1 : 4,389 อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ 1 : 15,509 และอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชาชน 1 : 7,886

2. หลักการถอดบทเรียน

รศ.ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร คณบดี คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรกล่าวในการบรรยายสร้างทีมถอดบทเรียนเมื่อวันที่ 22-23 พฤศจิกายน 2557 ว่าการถอดบทเรียนในปัจจุบันได้นำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับการดำเนินงานโครงการ ให้สามารถติดตามความสำเร็จหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไขให้โครงการที่ดำเนินการให้เกิดการพัฒนาและเกิดประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้อง มีผู้รู้หลายท่านได้ให้ความหมายของ บทเรียนไว้ ดังนี้ บทเรียน หมายความว่า ความรู้หรือความเข้าใจที่ได้จากผู้มีประสบการณ์ในการดำเนินการเรื่องหนึ่งเรื่องใดที่ประสบความสำเร็จหรือข้อบกพร่องที่สามารถตั้งข้อสังเกตได้ในระหว่างการทำงานและได้นำข้อบกพร่องมาแก้ไขซึ่งนำไปสู่การดำเนินงานจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการนั้น ๆ

“บทเรียน” (Lesson Learned) เป็น “ข้อค้นพบใหม่” ที่เกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติงาน ความรู้จากตัวบุคคล (Tacit Knowledge) บทเรียนเป็นการอธิบายเหตุการณ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีเงื่อนไข หรืออย่างเป็นเหตุเป็นผล มีการจัดลำดับความสนใจในสิ่งที่ต้องการทราบ ทั้งด้านที่ประสบความสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จ นำไปสู่กระบวนการสร้างความคิดขึ้นมาอย่างเป็นระบบ เป็นความคิดสร้างสรรค์ (Creative Thinking) ถูกรวบรวมเรียบเรียงเป็นบทเรียนหรือความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge)

ลักษณะของบทเรียนสามารถจำแนกได้หลายประเภท ได้แก่

1) บทเรียน (Tacit Knowledge) ที่ได้จากบุคคล กลุ่มคน หรือโครงการ เช่น บทเรียนของปัจเจกชน ปราชญ์ชาวบ้าน นักวิชาการ เจ้าหน้าที่หรือกลุ่มบุคคลที่ทำงาน บทเรียนในการดำเนินโครงการต่าง ๆ

2) บทเรียนจำแนกตามระยะเวลา เช่น บทเรียนที่เกิดจากการเก็บสะสมข้อมูลนับแต่อดีตถึงปัจจุบันเพื่อศึกษาหาความเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่าง ๆ ปัจจัยที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางแก้ไขปัญหา ปัจจัยภายในหรือภายนอกที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหา ฯลฯ

3) บทเรียนจำแนกตามเนื้อหา เช่น บทเรียนที่เกิดจากปัจจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่งในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งนำไปสู่การทบทวนประเด็นหรือเนื้อหา

ประโยชน์ที่ได้รับจากการถอดบทเรียนนั้น เกิดจากหัวใจหลักของการถอดบทเรียนที่ต้องการให้มีการแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) ของบุคคลในชุมชน สร้างความไว้วางใจระหว่างตนเองและผู้อื่น (Trust) บนผลประโยชน์ร่วมกัน (Mutual Benefit) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (Learning) จึงนำไปสู่การข้อค้นพบใหม่ ๆ ร่วมกันและนำไปสู่การแก้ไขสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ปรับปรุงพัฒนาต่าง ๆ ด้วยการเสนอเทคโนโลยี นวัตกรรมต่างๆ กฎ ระเบียบ เพื่อนำมาใช้ในการดังกล่าว

1) การถอดบทเรียน สามารถกระทำได้ 3 ช่วง คือ

- (1) ถอดบทเรียนก่อนดำเนินการ เป็นการเรียนรู้ก่อนที่จะเกิดข้อผิดพลาด
- (2) ถอดบทเรียนระหว่างดำเนินการ เป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน
- (3) ถอดบทเรียนหลังดำเนินการ เป็นการเรียนรู้เพื่อการดำเนินงานในครั้งต่อไป

2) แนวทางในการถอดบทเรียน ควรพิจารณาสิ่งต่อไปนี้

(1) มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้น หากไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงไม่ควรไปแสวงหาคำตอบว่าได้บทเรียนอะไร

(2) หากมีผลสืบเนื่องที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงคล้ายๆ กัน ต้องพยายามตอบให้ได้ว่า “อะไรสำคัญที่สุด” และ “ทำไมจึงสำคัญ” เพราะสิ่งนั้นจะมีคุณค่าในการนำไปปฏิบัติต่อ

(3) พึงระลึกเสมอว่าบทเรียนมิใช่ความแตกต่างที่เกิดระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เพราะสิ่งนั้นคือสมมติฐานแต่หากมีสิ่งที่ไม่ได้คาดหวังเกิดขึ้นแสดงว่ามีอะไรทำให้เกิดความแตกต่าง และ “อะไร” ทำให้เกิดความแตกต่างนั้นก่อให้เกิดผลต่อพฤติกรรมอย่างไร สิ่งนั้นคือบทเรียนวิธีวิทยาการถอดบทเรียน²

3) วิธีวิทยาการถอดบทเรียน

(1) การถอดบทเรียนด้วยการเรียนรู้จากเพื่อน (Peer Assist - PA)

เป็นการเรียนรู้ก่อนการทํากิจกรรม โดยเป็นการเรียนรู้จากเขา เขาเรียนรู้จากเรา ทั้งเราและเขาเรียนรู้ร่วมกัน และสิ่งที่เราร่วมกันสร้าง จากประสบการณ์ตรง เป็นธรรมชาติ ใช้เวลาไม่นาน มีความสัมพันธ์ที่ดี ควรถามประสบการณ์และความสนใจของเขา การจับคู่ถามมีความสำคัญ เช่น lab คู่กับ lab (เกิดความรู้ใหม่) โดยมีลักษณะเป็นการประชุม/ประชุมเชิงปฏิบัติ

(2) การถอดบทเรียนแบบเล่าเรื่อง (Story Telling) เป็นการเรียนรู้ก่อนหรือระหว่างทำกิจกรรม ด้วยการให้ผู้มีความรู้จากการปฏิบัติ การเล่าเรื่อง มักได้เรื่องดี ๆ ไม่ได้เรื่องที่ล้มเหลว ปลดปล่อยความรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวออกมาแลกเปลี่ยนความรู้ โดยผู้เล่าจะเล่าความรู้สึกที่ฝังลึกอยู่ในตัวที่เกิดจากการปฏิบัติ ซึ่งผู้ฟังสามารถตีความได้โดยอิสระ และเมื่อเกิดการแลกเปลี่ยนผลการตีความแล้ว จะทำให้ได้ความรู้ที่สามารถบันทึกไว้เป็นชุดความรู้ ซึ่งการถอดบทเรียนในลักษณะนี้ จะเป็นการสกัดความรู้จากเรื่องที่เล่าออกมา ว่ามีคุณค่าและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างไร ไม่ใช่เป็นเพียงการเล่าเรื่องในอดีต ควรกำหนดประเด็นหลัก ถามแล้วให้ได้คำตอบ ตอบให้สุด ถามแล้วบันทึก มีคนช่วยจด หรือ บันทึก หรือใช้เครื่องบันทึกเสียง

(3) การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) เป็นการนำความรู้ที่เกิดขึ้นสั้นๆ ภายหลังการทํากิจกรรม แล้วนำไปสู่การวางแผนในครั้งต่อไป ทำให้คนทำรู้สึกตื่นตัวและมีความรู้สึกผูกพันกับงาน โดยโครงการ/กิจกรรมที่ทำครั้งเดียวแล้วจบ ไม่จำเป็นต้องทำ AAR ซึ่งรูปแบบการทำ AAR สามารถดำเนินการได้ทั้งระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อปรับปรุง/แก้ไขระหว่างการทำงาน หรือ “การทำไป คิดไป แก้ไขไป” และภายหลังสิ้นสุดแต่ละกิจกรรมเพื่อนำไปวางแผนกิจกรรมครั้งต่อไปจุดอ่อน ใช้เวลานาน ทำหลายครั้ง

นอกจากนี้ยังมีวิธีการถอดบทเรียนอีกหลายรูปแบบแต่มีข้อจำกัดและไม่นิยมนำดำเนินการถอดบทเรียน เช่น Best practice ข้อเสีย คือ ถูกขโมยจากผู้นำ ข้อดีมีหลายประเด็น After Action Method : AAR Method จุดอ่อน ใช้เวลานาน ทำหลายครั้ง จุดแข็ง ใช้เวลาน้อย สะดวก ความเข้าใจพื้นฐาน วิธีการใช้ได้จริง ทราบวิธีแก้ปัญหาย่างไร ถามประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ความล้มเหลว ประเมินผลอย่างไร ปรับแก้ปัญหาย่างไร Outcome mapping (OM) จุดแข็ง ใช้เวลาน้อย ต้องอ่าน พูดคุย วิเคราะห์สถานการณ์ ออกแบบเครื่องมือ ประเด็นการถอดบทเรียน Community of Learning Practice : COLP การถอดบทเรียน แล้วนำไปปฏิบัติ มีการวิจารณ์และมีทางออก (Winner and loser) การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ต้องทำตลอดเวลา จุดอ่อน ต้องเรียนรู้ตลอดเวลา ต้องการสร้างเครือข่าย เป็นต้น⁶

3. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติพุทธศักราช 2556⁸

1) ระบาดวิทยาของวัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium* ซึ่งเชื้อ *Mycobacterium* มีหลายชนิด ที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ *Mycobacterium tuberculosis* วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ วัณโรคนอกปอดเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของการติดเชื้อไปยังอวัยวะอื่นๆ ได้แก่เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น

การแพร่กระจายและพยาธิสภาพของวัณโรคปอด เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายจากปอด หลอดลม หรือกล่องเสียงของผู้ป่วยวัณโรค เมื่อผู้ป่วยไอ จามพูดดังๆ ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง เชื้อเหล่านี้จะอยู่ในละอองฝอย (droplets) ของเสมหะที่ออกมาสู่ อากาศอนุภาคของ droplets ขนาดใหญ่มากมักจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป เหลือส่วนที่เล็กที่สุดที่มีเชื้อ วัณโรคจะลอยอยู่ในอากาศได้หลายชั่วโมงเมื่อคนสุดท้ายใจเอาอากาศที่มีเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย droplets ของเชื้อวัณโรคที่มีขนาดใหญ่ จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรคแต่ส่วนที่มีขนาดเล็กๆ จะเข้าไปสู่ปอด เกิดการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค (TB infection and TB disease) ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อวัณโรคจะไม่มีอาการป่วยและไม่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นของผู้ที่ติดเชื้อที่จะป่วยเป็นวัณโรค (TB disease) โดยครึ่งหนึ่ง (5%) จะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปีหลังการติดเชื้อ ส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เหลืออีก 5 % จะป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อไปแล้วนานหลายปีเช่น

2) สถานการณ์วัณโรค

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและยังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายๆ ประเทศทั่วโลก สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่เนื่องจากการแพร่ระบาดของเอดส์ ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และแรงงานเคลื่อนย้าย ตลอดจนการละเลยปัญหาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆ ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากล(global emergency) และต้องการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และล่าสุด องค์การอนามัยโลก รายงานว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรคแล้ว ความชุก (prevalence) ของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 14 ล้านคน โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ(infectious)และในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ (incidence) ประมาณ 8.8ล้านคนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.7 ล้านคน และองค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541(ค.ศ. 1998) โดยจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มประเทศเหล่านี้คิดเป็นประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั่วโลก ประเทศที่มีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลกได้แก่อินเดีย รองลงมาคือ จีน ซึ่งมีผู้ป่วยใหม่เกิน 1 ล้านคนต่อปีในปีพ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) องค์การอนามัยโลกคาดว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 86,000รายต่อปีหรือคิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 124ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าประเทศตะวันตกบางประเทศถึง 30 เท่า

3) ยุทธศาสตร์และแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมวัณโรคตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (The internationally agreed strategy for TB control: DOTS strategy) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 (ค.ศ. 1996) และปรับเปลี่ยนเป็น The Stop TB Strategy ในปี พ.ศ. 2549 (ค.ศ. 2006) เป้าหมายการดำเนินงานวัณโรคในประเทศไทย 1) เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อรายใหม่ให้มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่คาดว่า จะมีอยู่ในชุมชนและผลการรักษาสำเร็จ (success rate) มากกว่าร้อยละ 90 2) ลดอัตราป่วยและอัตราตายจากวัณโรคลงร้อยละ 50 ภายในปีพ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) เมื่อเทียบกับสถานการณ์ปีพ.ศ. 2533 (ค.ศ.1990) ยุทธศาสตร์ The Stop TB Strategy มี 6 ด้านประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่1 ส่งเสริมคุณภาพการดำเนินงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (DOTS) พัฒนาการค้นหาผู้ป่วยด้วยการตรวจหาเชื้อในห้องปฏิบัติการที่มีระบบประกันคุณภาพที่ได้มาตรฐาน การรักษาด้วยสูตรยามาตรฐานโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งรวมถึงการกำกับการรับประทานยา (DOT) มียาการรักษาที่มีคุณภาพและเพียงพอ มีการติดตาม และประเมินและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่2 เร่งรัดดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ การควบคุมวัณโรคในเรือนจำ และกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ เร่งรัดค้นหาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ การควบคุมวัณโรคในเรือนจำโดยการสร้างศักยภาพเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ให้มีส่วนร่วมในการควบคุมวัณโรค การควบคุมวัณโรค ในแรงงานข้ามชาติโดยเร่งรัดการค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยเฉพาะระยะแพร่เชื้อ

ยุทธศาสตร์ที่3 เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสาธารณสุขเพื่อการควบคุมวัณโรค การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการมีฐานข้อมูลของบุคลากรทุกกลุ่มและทุกระดับ การจัดหลักสูตรอบรมที่เป็นมาตรฐานของบุคลากรแต่ละสายอาชีพซึ่งมีความรับผิดชอบแตกต่างกัน รวมทั้งการนิเทศติดตาม และประเมินผลศักยภาพของบุคลากรหลังการฝึกอบรมเป็นระยะๆ

ยุทธศาสตร์ที่4 พัฒนาการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน สร้างเครือข่ายความร่วมมือและขยายการดำเนินงานตามแนวทางวัณโรคในทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชนให้ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพให้มากขึ้นไปเรื่อยๆรวมทั้งการดำเนินงานตามมาตรการสากลการดูแลรักษาวัณโรค (International standards for tuberculosis care: ISTC)

ยุทธศาสตร์ที่5 พัฒนาการสื่อสารสาธารณะและการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชน พัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและชุมชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค และผลักดันให้เกิดแรงขับเคลื่อนทางสังคม ให้ประชาชนมีความรู้และตระหนักถึงปัญหาของการควบคุมวัณโรคและร่วมมือกันแก้ไข ให้ชุมชนปลอดจากวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่6 ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการควบคุมวัณโรคการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ๆ ในการวินิจฉัยและการรักษา การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการยาที่มีประสิทธิภาพการบริหารจัดการข้อมูลรวมทั้งการจัดการสังเคราะห์ความรู้จากการศึกษาวิจัยที่มีอยู่

4) ทบทวนและหน้าที่ของหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับ

(1) บทบาทและหน้าที่ของสำนักวัณโรค กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์วางแผนควบคุมวัณโรคในระดับชาติ ประสานงานเฝ้าระวังวัณโรคในระดับประเทศ นิเทศงานวัณโรคให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ผลักดันให้มีการดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามยุทธศาสตร์ของ (National tuberculosis control programme: NTP)

ทำการวิจัย พัฒนารูปแบบและกำหนดมาตรฐานของ NTPตลอดจนพัฒนาคู่มือแนวทางสื่อต้นแบบต่างๆ สำหรับงานควบคุมวัณโรค เป็นหน่วยงานในการอ้างอิงด้านวิชาการและการขึ้นสูตรระดับประเทศ

(2) บทบาทและหน้าที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ฝ่ายระวัง รวบรวม วิเคราะห์ปัญหาวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ นิเทศและฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานควบคุมวัณโรคในระดับเขต ทำการวิจัย พัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุน NTP ติดตามและประเมินผลงานควบคุมวัณโรคในเขต ประสานงานควบคุมวัณโรคในเขต ระหว่างหน่วยงานรัฐและอื่นๆ เป็นหน่วยงานในการอ้างอิงด้านวิชาการและการขึ้นสูตรระดับเขต

(3) บทบาทและหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ฝ่ายระวัง รวบรวม วิเคราะห์ปัญหาวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ นิเทศและฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานควบคุมวัณโรคในระดับจังหวัด ติดตามและประเมินผลงานควบคุมวัณโรคในจังหวัด ประสานงานควบคุมวัณโรคในจังหวัด ระหว่างหน่วยงานรัฐและอื่นๆ ทำการวิจัย พัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุน NTP

(4) บทบาทและหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ฝ่ายระวัง รวบรวม วิเคราะห์ปัญหาวัณโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประสานและพัฒนาเครือข่ายวัณโรคระดับอำเภอร่วมกับนิเทศ ควบคุม กำกับ ติดตามการประเมินผลงานวัณโรคกับหน่วยงานระดับจังหวัด

(5) บทบาทและหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ด้านการค้นหา ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง (Intensify case finding: ICF) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ด้านการรักษา ให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐาน (ISTC) ให้คำปรึกษา แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือเครือข่ายเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลอำเภอ ในการดูแล ผู้ป่วยวัณโรค การป้องกันวัณโรคให้บริการวัคซีน BCG (Bacille Calmette-Guerin) แก่เด็กแรกเกิดตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแห่งชาติ(Expanded Program on Immunization: EPI) ดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล กำหนดมาตรการ/แผนงานในการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานสากล ซึ่งได้แก่การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การทำให้มีการไหลเวียนอากาศที่ดี และการใช้หน้ากากอนามัยทั้งกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

(6) บทบาทและหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต2 พิษณุโลกจัดหา ยา รักษาวัณโรค First line drugs และ Second line drugs ให้ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทยเข้าถึงยา อย่างเสมอภาค สนับสนุนให้มีการตรวจวินิจฉัยวัณโรค ทั้งการตรวจเสมหะโดยการย้อมเชื้อ/เพาะเลี้ยง เชื้อและทดสอบความไวต่อยาตามมาตรฐาน และบริบทของประเทศไทย สนับสนุนการพัฒนา ฐานข้อมูลของวัณโรคด้วยระบบ electronic กรณีกลุ่มด้อยโอกาส เช่น แรงงานข้ามชาติประชาชน ชายขอบให้สามารถเข้าถึงยาวัณโรคได้ การค้นหาและการตรวจวินิจฉัยวัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง เพิ่มประสิทธิภาพของการค้นหาผู้ป่วย

5) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพื่อให้ครอบคลุมให้ได้มากที่สุด ซึ่งมีแนวทางของการ ค้นหาผู้ป่วยวัณโรค 2 แนวทางดังนี้

(1) การค้นหาแบบตั้งรับ (patient-initiated pathway) คือ การตรวจหาวัณโรคในผู้ที่มา รับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขค้นหาโดยการคัดกรอง (screening pathway) เป็นการค้นหา

ผู้ป่วยแบบเข้มข้น(intensified case finding: ICF) ในกลุ่มประชากรหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรค และกลุ่มที่มีอาการแสดงที่เข้าได้กับวัณโรคหรือไม่อยู่ในช่องทางของ patient-initiated แต่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยเป็นวัณโรค ประกอบด้วย ผู้สัมผัสวัณโรค (contacts of TB cases) ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี) หรือผู้สัมผัสวัณโรคตื้อยา ผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค (clinical risk groups) ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรคปอดอักเสบจากฝุ่นทราย (silicosis) โรคเบาหวาน โรคปอดอุดตันเรื้อรัง (chronic obstructive lung disease) ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยทุพโภชนาการ (malnutrition) โรคที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ประชากรกลุ่มเสี่ยง (risk populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้อาศัยในชุมชนแออัด ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ไร้ที่อยู่ ผู้อาศัยในค่ายอพยพประชากรข้ามชาติ

(2) การค้นหาเชิงรุก(Active case finding) เป็นการตรวจหาวัณโรคโดยเจ้าหน้าที่ออกไปตรวจหาผู้ป่วยในชุมชนหรือในกลุ่มประชากรเฉพาะ เป็นการค้นหาโดยการเอกซเรย์หรือตรวจเสมหะทุกรายเพื่อวินิจฉัยวัณโรค ซึ่งมีความยุ่งยากและสิ้นเปลืองมาก ดังนั้น การค้นหาเชิงรุกจึงควรจะดำเนินการในพื้นที่ที่ต้องการเฝ้าระวังเนื่องจากมีความชุกของวัณโรคสูง

6) การตรวจวินิจฉัยวัณโรค

(1) การตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อหาเชื้อวัณโรคสามารถให้บริการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ได้รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางแห่ง หลักการสำคัญของการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ คือการเก็บตัวอย่างที่มีคุณภาพ การรายงานผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์จะต้องรายงานภายในเวลา 24 ชั่วโมงให้กับหน่วย บริการหลังจากได้รับตัวอย่าง และรายงานได้เพียงว่าพบเชื้อ AFB เท่านั้น การรายงานว่าเป็นเชื้อวัณโรค หรือเชื้อมัยโคแบคทีเรียอื่นๆ ต้องนำไปเพาะเลี้ยงเชื้อ และทำการทดสอบเพื่อพิสูจน์ยืนยันชนิดอีกครั้ง สำหรับห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถทำเพาะเลี้ยงเชื้อได้การตรวจพบเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์เพียงอย่างเดียว สามารถใช้ในการวินิจฉัยวัณโรคได้โดยใช้ร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก หรืออาการสงสัยเข้าได้กับวัณโรค การตรวจพบเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์จะต้องมีจำนวนเชื้อมากพอถึง 10,000 ตัว/เสมหะ 1 มิลลิตร จำนวนเชื้อ AFB ที่พบแสดงถึงความรุนแรงของการติดเชื้อในผู้ป่วย จึงเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องอ่านและรายงานสิ่งที่ตรวจพบให้ถูกต้องมากที่สุด

(2) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray: CXR) มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยวัณโรค แม้มีความไวค่อนข้างสูงแต่ความจำเพาะไม่สูงช่วยกรองหาผู้มีเงาผิดปกติได้อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยวัณโรคจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีการตรวจเสมหะควบคู่ไปด้วยทุกครั้ง

(3) การตรวจเสมหะโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) เพื่อการยืนยันเชื้อวัณโรคและดูความมีชีวิตของเชื้อ รวมทั้งการทดสอบความไวอีกด้วยในสภาพการณ์ปัจจุบันนับว่าดีขึ้น เพราะโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลาง และในส่วนภูมิภาค สามารถตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อได้รวมแล้วประมาณ 77 แห่ง การส่งตัวอย่าง เพาะเลี้ยงเชื้อ ควรทำกรณี ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (sputum smear negative pulmonary tuberculosis) ผู้ป่วย MDR-TB ที่ต้องตรวจเสมหะเพื่อติดตามการรักษาที่เดือนที่ 1 ถึง 6 และทุก ๆ 2 เดือน จนครบระยะเวลาการรักษา

(4) การส่งเชื้อทดสอบความไวต่อยา (drug susceptibility testing: DST) ควรทำกรณีที่สงสัยเชื้อวัณโรคดื้อยา ได้แก่ ผู้ป่วยมีประวัติรักษาล้มเหลว ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยขาดยากลับมารักษา ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ระหว่างการรักษา แต่มีผลเสมหะเป็นพบเชื้อ ภายหลังสิ้นการรักษาเดือนที่ 3

(5) การตรวจทางอณูชีววิทยา (Nucleic Acid Amplification) เป็น Rapid identification) ที่มีความรวดเร็วในการช่วยวินิจฉัยเชื้อ Mycobacterium tuberculosis และตรวจการดื้อยาของเชื้อวัณโรค โดยผลการตรวจวินิจฉัยแต่ละชนิดขึ้นกับเทคนิคต่าง ๆ ที่นำมาใช้โดยเฉพาะตัวอย่างส่งตรวจที่พบเชื้อ AFB จะมีความไวในการตรวจพบสูง ปัจจุบันการตรวจด้วยวิธีนี้มีหลายเทคนิค เช่น Xpert MTB/RIF เป็นเครื่องตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรมแบบอัตโนมัติใช้เทคนิค Real-time Polymerase Chain Reaction โดยอาศัยชุดน้ำยาที่บรรจุภายในตลับสำเร็จรูป (cartridge) ควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ เป็นเครื่องมือสำหรับตรวจหาเชื้อวัณโรคและเชื้อวัณโรคดื้อยา rifampicin ในเวลาเดียวกัน Genotype MTBDR (HAIN Test) ใช้เทคนิค LineProbeAssay (LPA) ในการตรวจวิเคราะห์ สารพันธุกรรมของเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยา isoniazid และ rifampicin

(6) วิธีการอื่น ๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัยวัณโรค เช่น การทดสอบผิวหนัง (tuberculin skin test :TST) เป็นการทดสอบการติดเชื้อมีประโยชน์ น้อยมากในการวินิจฉัยวัณโรคยกเว้นในเด็กที่ไม่เคยได้รับวัคซีน BCG มาก่อน ในผู้ที่ได้รับ BCG มาก่อน การทดสอบ TST ที่ให้ผล “บวก” ไม่ได้บ่งชี้การเป็นวัณโรค ในทำนองเดียวกันกับผล “ลบ” ก็ไม่ได้แปลว่าไม่เป็นวัณโรค การทดสอบ TST จะมีประโยชน์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีน BCG ถ้าผลการทดสอบเป็น “บวก” จะบ่งชี้ถึงสถานการณ์ติดเชื้อมีโอกาสที่จะเป็นวัณโรคในระยะลุกลามง่ายกว่าผู้ใหญ่ การตรวจ Interferon Gamma Release Assay (IGRA) เป็นการทดสอบ เพื่อวินิจฉัยวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection) โดยอาศัยการ Incubate ตัวอย่างเลือดด้วย Purified Protein

7) การรักษาวัณโรคในผู้ใหญ่

(1) การจำแนกผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรค (TB Case) หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยวัณโรค ยืนยัน (definite case) หรือผู้ป่วยที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคและตัดสินใจให้การรักษาวัณโรคเต็มระยะสูตรยา ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยยังมีการจำแนกประเภทผู้ป่วยวัณโรคเพื่อขึ้นทะเบียนและพิจารณาการใช้สูตรยา ตามอวัยวะที่เป็น เช่น วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis: PTB) วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary Tuberculosis : EPTB) ตามผลการตรวจทางแบคทีเรีย เช่น วัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ (PTB+) วัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (PTB-) วัณโรคปอดไม่มีผลตรวจเสมหะ ตามประวัติการรักษาในอดีต ผู้ป่วยใหม่ (new) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ รักษาซ้ำ รักษาซ้ำหลังจากขาดยา (treatment after default) รับโอน (transfer in) อื่นๆ (other)

(2) หลักการให้ยารักษาวัณโรค การรักษาด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้นที่ใช้ในปัจจุบัน เป็นระบบยาที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีที่สุดในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายได้เกือบร้อยละ 100 ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแล ให้ได้รับยาถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน ระบบยามาตรฐานระยะสั้นมี 3 ระยะ คือ 6 เดือน, 8 เดือน, 9 เดือน ผู้ป่วยจะต้องได้ยาครบตามกำหนด ความต่อเนื่องของการรักษา หากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย ทำให้ผู้ป่วยรายนั้น

ไม่หาย ดังนั้นการตรวจสอบความต่อเนื่องของการรักษาผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ DOT เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเข้มข้นของการรักษา

(3) ยาและสูตรยารักษาวัณโรค ยารักษาวัณโรค โดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.ยาวัณโรคแนวที่ 1 (First line drugs: FLD) ได้แก่

ไอโซไนอะไซด์ (Isoniazid: H, INH)

ไรแฟมพิซิน (Rifampicin: R, RMP)

พัยราซิनाไมด์(Pyrazinamide: Z, PZA)

อีแธมบูทอล (Ethambutol: E, EMB)

สเตรปโตมัยซิน (Streptomycin: S, Sm)

FDC เป็นยารวมหลายขนานผสมในเม็ดหนึ่งๆ เช่น HR หรือ HRZ หรือ HRZE การใช้FDC จะช่วยเพิ่มความสะดวกในการจัดกินยาและหลีกเลี่ยงการเลือกกินยาบางขนานได้หนึ่ง

2.ยาวัณโรคแนวที่ 2 (Second line drugs: SLD) เช่น

คานามัยซิน (Kanamycin: K, Km)

ลีโวฟลอกซาซิน (Levofloxacin: Lfx)

เอทธิโอนาไมด์(Ethionamide: Eto)

พาราอะมิโนซาลิไซลิกแอซิด (Para-aminosalicylic acid: P, PAS)

ไซโคลซีรีน (Cycloserine: Cs)

ออฟลอกซ์ซาซิน (Ofloxacin: O, Ofx)

8) การควบคุมวัณโรคพื้นที่หรือกลุ่มเฉพาะ

การควบคุมวัณโรคในพื้นที่หรือกลุ่มเฉพาะซึ่งมีความความชุกของผู้ป่วยวัณโรคในประชากรทั่วไป การควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติและแนวชายแดน และการควบคุมวัณโรคในเรือนจำซึ่ง กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงยุติธรรมได้ให้ความสำคัญเชิงนโยบายเพื่อมุ่งมั่นร่วมกัน ในการควบคุมวัณโรคพื้นที่หรือกลุ่มเฉพาะสำหรับประเทศไทย ประกอบด้วย

(1) การควบคุมวัณโรคในเรือนจำ เนื่องจากผู้ต้องขังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญต่อการป่วยเป็นวัณโรค ตลอดจนเชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้ง่ายในสิ่งแวดล้อมของเรือนจำ การค้นหาผู้ป่วยและการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคระยะเริ่มแรกซึ่งความสำคัญมากต่อการควบคุมวัณโรคในเรือนจำ เนื่องจากตัดวงจรการแพร่เชื้อวัณโรคในเรือนจำได้อย่างรวดเร็วโดยผู้ป่วยระยะแพร่เชื่อได้รับการรักษา และถูกคุมขังในห้องแยกโรค กระบวนการการค้นหาผู้ป่วยของเรือนจำประกอบด้วย **การคัดกรอง (Screening Pathway)** ผู้ต้องขังแรกหรือรับย้ายจะได้รับการคัดกรองทันที ผู้ต้องขังรายเก่า (ถูกคุมขังนานเกิน 1 ปี) จะได้รับการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังอาการสงสัยตรวจปีละ 1 ครั้ง ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคจะถูกนำมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลภายนอกเรือนจำหรือเก็บเสมหะจำนวน 2 ตัวอย่างเพื่อส่งตรวจที่โรงพยาบาล **การค้นหาโดยผู้ป่วย (Patient initiative Pathway)** คือการคัดกรองในผู้ต้องขังในเรือนจำที่มีอาการสงสัยวัณโรคและมาขอตรวจรักษาที่สถานพยาบาลวิธีการคัดกรอง (Screening method) มีขั้นตอนดำเนินการเช่นเดียวกับการค้นหาโดยการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคหลังจากถูกคุมขังในเรือนจำ

(2) การควบคุมวัณโรคในแรงงานข้ามชาติและแนวชายแดน จากสถานการณ์แรงงานอพยพจากประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งที่ถูกกฎหมายและลักลอบเข้าเมืองอยู่เป็นจำนวนมากการที่ประชากรเคลื่อนย้ายชั่วคราว กิ่งถาวร (Cross - border population) มีสภาพความเป็นอยู่ที่แออัดขาดการ

จัดการด้านสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นพาหะของการติดเชื้อโรคติดต่อ ความชุกของโรคติดต่อต่าง ๆ ที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้คนไทยมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคติดต่อที่ข้ามพรมแดน หรือการติดต่อที่แฝงอยู่เพิ่มขึ้น ปัญหาด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการอื่นๆ เร่งดำเนินการเพื่อป้องกันแก้ไขควบคุมสถานการณ์ไม่ให้มีผลกระทบต่อสังคมและความมั่นคงของประเทศชาติได้

(3) การควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล⁷ ในสถานบริการสาธารณสุขในประเทศ พบว่าบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคและป่วยเป็นวัณโรคถ้าหน่วยงานนั้น ๆ ไม่มีหรือมีมาตรการการควบคุมการติดเชื้อที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งเสริมให้มีการแพร่เชื้อวัณโรคในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั้งผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งมาตรการการลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มี 3 ระดับประกอบด้วย

3.1 การบริหารจัดการ เป็นด่านแรกของมาตรการควบคุมการแพร่เชื้อและเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุด จุดประสงค์ของมาตรการนี้ เพื่อป้องกันไม่ให้วัณโรคมีโอกาสแพร่ต่อบุคลากรและผู้ป่วยอื่น ๆ ลดการแพร่เชื้อโดยการวินิจฉัยผู้ที่มีอาการสงสัยและให้การรักษาส่งวัณโรคโดยเร็วที่สุดการบริหารจัดการที่ดี ด้วยการประเมินความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การวางแผนการดำเนินงาน และวางแผนมาตรการควบคุม การอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้เข้าใจถึงนโยบายการควบคุม การแพร่กระจาย และบทบาทของแต่ละคนในการดำเนินงาน การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเพื่อให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะแพร่เชื้อ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรังในการป้องกันการแพร่เชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสำคัญ เรื่องสุขอนามัย การปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อจามร่วมกับการแจกหน้ากากอนามัย หรือกระดาษทิชชู ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ก็ต้องได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัว จัดสถานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะบริเวณที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ การลดการสัมผัสเชื้อวัณโรคในห้องชั้นสูตร การรักษาแบบผู้ป่วยในควรจัดให้มีห้องแยกผู้ป่วยวัณโรคเสมอโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วย วัณโรคดื้อยา(MDR-TB) ถ้าไม่สามารถจัดห้องแยกได้ก็ควรแยกบริเวณให้อยู่ห่างจากผู้ป่วยอื่น ๆ

3.2 การควบคุมสิ่งแวดล้อม ควรจะต้องมีการคำนึงถึงการติดตั้งเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ การตรวจประสิทธิภาพของเครื่องมือเมื่อมีการใช้งาน การบำรุงรักษาเครื่องมือ รวมไปถึงการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมาตรการควบคุมสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ใช้อาคาร

3.3 การควบคุมป้องกันระดับบุคคล การป้องกันการติดเชื้อเฉพาะตัวบุคคล เป็นเพียงมาตรการเสริมจากการควบคุม ด้านการบริหารจัดการ และการควบคุมสภาพแวดล้อม ดังนั้น ความสำคัญและประสิทธิภาพของการป้องกันเฉพาะตัวบุคคลค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการอื่น ๆ และเป็นการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคมาตรการสุดท้าย ซึ่งได้ประโยชน์เฉพาะตัวบุคคลเท่านั้น การใช้อุปกรณ์บางอย่างจึงแนะนำให้ใช้ในสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ได้แก่ surgical mask เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ วัณโรคจากผู้สวมใส่ ไปสู่บุคคลอื่น อุปกรณ์อื่นที่ใช้ป้องกันการรับเชื้อวัณโรคจากอากาศที่หายใจเข้าไป โดยอุปกรณ์จะสามารถกรองชิ้นส่วนเล็ก ๆ ขนาด 1 ไมครอนได้เช่น HEPA mask, N.95

(4) การพัฒนาเครือข่ายและความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการควบคุมป้องกันวัณโรค The Stop TB Strategy เป็นกลยุทธ์หลักที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะในการดำเนินการควบคุมวัณโรค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกันปัญหาการดื้อยาวัณโรค โดยมีทั้งหมด 6 ยุทธศาสตร์ และหนึ่งในแนวทางนั้น คือ การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการในทุกภาคส่วน

(Engage allcare providers) โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในการควบคุมโรค(Public-Private Mix: PPM) ให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการดูแลรักษาโรคตามมาตรฐานสากล (ISTC) ประเทศไทยมีสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนอยู่มากมาย แต่ระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค มีความแตกต่างแนวทางการรักษาไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ระบบยังไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลและสถานบริการที่มีการรักษาผู้ป่วยโรค ส่งผลให้ข้อมูลและการรายงานต่ำกว่าสภาพการณ์จริง ไม่สามารถบอกสถานการณ์โรคที่แท้จริงของประเทศได้ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุน การเสริมสร้างภาคีเครือข่าย และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนในการควบคุมป้องกันโรคให้สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคแห่งชาติ

4. แนวคิด ทฤษฎี และ วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

1) แนวคิดการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม² ให้ความหมายการมีส่วนร่วม ว่าหมายถึง การทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพความคิดความเชื่อ และความยึดมั่นของแต่ละบุคคล แต่ละหน่วยงาน แต่ละองค์กร อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับกาลเวลาแต่ละยุคแต่ละสมัยอีกด้วย การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจของการ เสริมสร้างพลังการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม (Teamwork) ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนา เพราะการมีส่วนร่วมทำให้ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนร่วมเข้าใจสถานการณ์และอุทิศตนมากยิ่งขึ้น เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Governance) หมายถึง การบริหารราชการที่ เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานของรัฐ ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้เสีย(Stakeholder) เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการบริหารและดำเนินงานของรัฐ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อที่จะ ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารงานภาครัฐ เป็นหลักคิดที่รัฐบาลในประเทศเสรี ประชาธิปไตยต่าง ๆ ให้ความสำคัญ เพราะเป็นการบริหารราชการที่ประชาชนเรียกร้อง เป็นที่ยอมรับของ ประชาชน และเป็นไปตามครรลองของระบอบประชาธิปไตย ที่มุ่งเน้นให้การบริหารราชการ การตัดสินใจการให้บริการ สาธารณะ ตลอดจนการดำเนินนโยบายสาธารณะต่าง ๆ เป็นไปอย่างสุจริตโปร่งใส เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน ตอบสนองความต้องการของประชาชน มีการตัดสินใจที่รอบคอบ เป็นธรรม และคำนึงถึง ผลประโยชน์และสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนโดยธรรม การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เป็นวิธีการหนึ่งที่จะเกิดการบริหารราชการที่สุจริตโปร่งใสมากขึ้น

2) การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในภาครัฐ อาจจะดำเนินการได้ในหลายมิติ ตามความเหมาะสมและความต้องการพื้นฐานของประชาชน ในแต่ละสังคม องค์กรที่เรียกตนเองว่า International Association for Public Participation (IAP2) ซึ่งเป็นสถาบันนานาชาติได้ศึกษาและกำหนดระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 5 ระดับ เพื่อที่ผู้ที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานภาครัฐจะเลือกตัดสินใจ ออกแบบการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมจากระดับการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมใน ภาครัฐ ตั้งแต่ระดับการเข้ามามีส่วนร่วมที่น้อยที่สุด ถึงระดับการเข้ามามีส่วนร่วมที่มากขึ้นในระดับที่ 5 มีรายละเอียด ดังนี้ ระดับ 1 การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงานภาครัฐ (To Inform) เป็นระดับที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นน้อยสุดซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนในการได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงานของภาครัฐ โดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลที่เป็นจริง ถูกต้อง ทันสมัย

และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ ระดับที่ 2 การเปิดให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการ/การปฏิบัติงานของ หน่วยงานของรัฐ อย่างอิสระและเป็นระบบ โดยหน่วยงานภาครัฐ จัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็น การปรึกษาหารือทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และนำข้อเสนอแนะ ความคิดเห็น ประเด็นที่ประชาชนเป็นห่วง ไปเป็นแนวทางการปรับปรุงนโยบาย การตัดสินใจ และพัฒนาวิธีการปฏิบัติงานในหน่วยงาน (To Consult) ระดับที่ 3 เป็นระดับที่หน่วยงานภาครัฐ เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องใน กระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผน งานโครงการ และวิธีการทำงาน โดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่จัดระบบ อำนาจความสะดวก ยอมรับ การเสนอแนะและการตัดสินใจร่วมกับภาคประชาชน (To Involve) การมีส่วนร่วมระดับนี้มัก ดำเนินการในรูปแบบกรรมการที่มีตัวแทนภาคประชาชนเข้าร่วม ระดับที่ 4 การที่หน่วยงานภาครัฐ เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมีบทบาทเป็นหุ้นส่วน หรือภาคีในการดำเนินกิจกรรมของ หน่วยงานภาครัฐ (To Collaborate) ระดับที่ 5 การเสริมอำนาจประชาชน (To Empower) เป็นระดับที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาท เต็มในการตัดสินใจ การบริหารงาน และการดำเนิน กิจกรรมใด ๆ เพื่อเข้ามาทดแทนการดำเนินงานของ หน่วยงานภาครัฐดำเนินการหรือปฏิบัติงานอย่าง ใดอย่างหนึ่ง ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูงสุดนี้เน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของดำเนิน การกิจและ ภาครัฐมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนเท่านั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นหลักการสากล ที่อารยประเทศให้ความสำคัญ และเป็นประเด็นหลักที่สังคมไทยให้ความสนใจ เพื่อพัฒนา การเมือง เข้าสู่ระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมตามหลักการ ธรรมนูญสากลที่ภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสให้ ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เพื่อสร้างความโปร่งใสและเพิ่ม คุณภาพการตัดสินใจของภาครัฐให้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุก ๆ ฝ่าย

3) สำเร็จ ชีมรัมย์¹⁰ ศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนมีการสร้างแกนนำวัณโรคและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมวัณโรคอย่างมีส่วนร่วม จากกิจกรรมของโครงการ คือ โครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค โครงการชุมชนร่วมใจค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โครงการรณรงค์หมู่บ้านสะอาด โครงการพัฒนาเครือข่าย ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค พบว่าผู้ป่วยวัณโรคได้รับการเยี่ยมบ้านและการดูแลให้กำลังใจจากชุมชนอย่าง ต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยใส่ใจดูแลและพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ชุมชนได้มีส่วนร่วมดำเนินงาน ในทุกขั้นตอน และ มีภาคีเครือข่ายระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันวัณโรค ในชุมชน ส่วนความรู้ ทักษะคติ การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของประชาชน และการ มีส่วนร่วมของชุมชน หลังการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) ลิษฐ์กร โพธิ์ศรีและพรทิพย์ คำพอ³ ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุม วัณโรค โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าผู้ร่วมโครงการวิจัยมีความรู้เรื่องวัณโรค หลังการ พัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติตนถูกต้องระดับดีของผู้ป่วยวัณโรคหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการปฏิบัติตนถูกต้องระดับดีของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้สัมผัส ร่วมบ้านหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) เพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาวนอกกิจ⁴ ศึกษาภาวะผู้นำองค์กรและการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ของโรงพยาบาลรัฐ พบว่าภาวะผู้นำในองค์กรมีได้ในทุกระดับชั้น ตั้งแต่ ผู้บริหารระดับสูงในองค์กร ผู้บริหารในสายงานตามโครงสร้าง มีความสำคัญในการผลักดันนโยบายต่าง ๆ ไปสู่การจัดทำแผนงาน และนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพของโรงพยาบาล เนื่องจากในการเปลี่ยนนโยบายไปสู่การ

ดำเนินการ ผลสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายย่อม ต้องอาศัยบทบาทของผู้นำในทุก ๆ ระดับ ในการผลักดัน ความสำคัญของการที่ผู้นำที่มีคุณลักษณะภายนอกที่เหมาะสมกับหน้าที่ องค์กรสภาพแวดล้อมส่งผลต่อความเชื่อถือ เชื่อมั่น ศรัทธา ในการปฏิบัติตามอย่างเต็มที่ ประกอบกับผู้นำควรมีความรู้ ความสามารถที่หลากหลาย ในด้านของการทำงาน การบริหารคนรวมทั้งต้องมีความคิดที่กว้างไกล มีมนุษยสัมพันธ์ สามารถเข้ากับสังคมได้ และสามารถนำความรู้นั้นมาปรับใช้กับองค์กรได้อย่างเหมาะสม ซึ่งลักษณะเฉพาะของการบริหารจัดการโรงพยาบาลนั้นผู้นำควรเป็นแพทย์ เหตุผลเพราะวัฒนธรรมไทยในการบริหารจัดการต้องการผู้นำที่มีความรู้ ความเข้าใจในการทำงานของกลุ่มแพทย์ กลุ่มวิชาชีพต่าง ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะทางการบริหารของผู้นำยังต้องมีการปรับปรุง พัฒนาโดยเน้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาดำเนินการ รวมทั้งกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่ได้วางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการที่ผู้บริหารต้องเป็นแพทย์ ประเด็นข้อค้นพบเกี่ยวกับการยอมรับผู้นำ ที่เป็นแพทย์และต้องมีทักษะในทางการบริหารจัดการ ทักษะการเลือกใช้คน และทักษะในด้านของการคิดนอกกรอบที่เหมาะสมกับสภาพขององค์กร เป็นปัจจัยหนึ่งของการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยถอดบทเรียน ความร่วมมือสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคครบวงจร จังหวัดอุดรธานีครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเรียนรู้ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดอุดรธานี โดยศึกษาเหตุปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดอุดรธานี เฉพาะ 5 ประเด็นหลัก คือ ภาวะผู้นำ ระบบ บริการ ระบบข้อมูล การสื่อสาร การมีส่วนร่วม วิธีการศึกษาเป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงพรรณนา โดย กระบวนการถอดบทเรียน สัมภาษณ์เชิงลึก และศึกษาดูงานการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค ย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) 3-5 ปี ซึ่งมีวิธีการดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เครือข่ายดำเนินงานวัณโรค ประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้ประสานงาน วัณโรค ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลคลินิกวัณโรค เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เจ้าหน้าที่งานชันสูตร ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล อาสาสมัคร สาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับกำกับการกักกันยาผู้ป่วยวัณโรคจาก 6 อำเภอ (อำเภอเมือง อำเภอสิบล้อ อำเภอศรีนคร อำเภอท่าปลา อำเภอทองแสนขัน และอำเภอน้ำปาด) เจ้าหน้าที่สำนักงานท้องถิ่น จังหวัดอุดรธานี เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี จำนวน 370 คน ประกอบด้วย

- 1) ผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุข (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) จาก 6 อำเภอ (อำเภอเมือง อำเภอสิบล้อ อำเภอศรีนคร อำเภอท่าปลา อำเภอทองแสนขัน และอำเภอน้ำปาด) จำนวน 80 คน
- 2) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วน ตำบล) จาก 6 อำเภอ (อำเภอเมือง อำเภอสิบล้อ อำเภอศรีนคร อำเภอท่าปลา อำเภอทองแสนขัน และอำเภอน้ำปาด) จำนวน 61 คน
- 3) ผู้ประสานงานวัณโรค ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลคลินิกวัณโรค เภสัชกร ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เจ้าหน้าที่งานชันสูตรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาล ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อมเทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล เจ้าหน้าที่ส่วนสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับกำกับการกักกันยาผู้ป่วยวัณโรคจาก 6 อำเภอ (อำเภอเมือง อำเภอสิบล้อ อำเภอศรีนคร อำเภอท่าปลา อำเภอทองแสนขัน และ อำเภอน้ำปาด) เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด อุดรธานี เจ้าหน้าที่สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดอุดรธานี จำนวน 229 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุข ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ ผู้ประสานงานวัณโรค ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลคลินิกวัณโรค เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เจ้าหน้าที่งานชันสูตรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล เจ้าหน้าที่

ส่วนสาธารณสุขของการบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาผู้ป่วย วัณโรคจาก 6 อำเภอ (อำเภอเมือง อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอท่าปลา อำเภอทองแสนขัน และ อำเภอน้ำปาด) เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุตรดิตถ์ เจ้าหน้าที่สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดอุตรดิตถ์ที่เข้าร่วมถอดบทเรียน หรือให้ความร่วมมือสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 87 คน ประกอบด้วย

- 1) ผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุข/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 22 คน
- 2) ผู้ประสานงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์/สาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน จำนวน 15 คน
- 3) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก เรือนจำจังหวัดอุตรดิตถ์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอท่าปลา อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน เทศบาล/องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน จำนวน 25 คน
- 4) พยาบาลคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลศูนย์อุตรดิตถ์/โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน จำนวน 5 คน
- 5) เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาลศูนย์อุตรดิตถ์/โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน จำนวน 5 คน
- 6) เจ้าหน้าที่งานชันสูตรผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาลศูนย์อุตรดิตถ์/โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน จำนวน 5 คน
- 7) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาล ศูนย์อุตรดิตถ์/โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน จำนวน 5 คน
- 8) อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน จำนวน 5 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป้าหมายหน่วยบริการที่มีผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในพื้นที่ระหว่างปี 2555-2558 และสามารถเข้าร่วมถอดบทเรียนหรือให้ความร่วมมือสัมภาษณ์เชิงลึก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1) กรอบประเด็นคำถามในการถอดบทเรียน สัมภาษณ์ และประเด็นส่วนขาดซึ่งได้จากการถอดบทเรียนสำหรับศึกษาดูงาน กรอบประเด็นคำถาม สร้างขึ้นจากการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ⁵ และกระบวนการถอดบทเรียน แล้วกำหนดประเด็นที่ต้องการศึกษา มุ่งศึกษาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดอุดรธานี 5 ประเด็นหลักคือ ภาวะผู้นำ ระบบบริการ ระบบข้อมูล การสื่อสารการมีส่วนร่วม ทดสอบความเที่ยง ความตรงของประเด็นคำถาม จากการสาธิตและฝึกทักษะการถอดบทเรียนในห้องประชุม สร้างทีมการถอดบทเรียน ระหว่างวันที่ 22-23 พฤศจิกายน 2557 โดยมีอธิบดีคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนครพนม ผศ.ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร เป็นผู้แนะนำการสาธิตและฝึกทักษะ

ตารางที่ 1 กรอบประเด็นหลักประเด็นเชิงกระบวนการ ประเด็นประกอบ การถอดบทเรียน

ที่	ประเด็นหลัก	ประเด็นเชิงกระบวนการ	ประเด็นประกอบ
1	ภาวะผู้นำ	1. ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง 2. การจัดลำดับความสำคัญ	ค่านิยม/ทัศนคติ/ความคิดสร้างสรรค์ เชิงบวก/หลักธรรมาภิบาล กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง
2	ระบบบริการ	ผลกระทบ 3. มูลเหตุ/ปัจจัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบนั้น ๆ 4. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนหลังการเปลี่ยนแปลง 5. ปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงและแนวทางแก้ไข ปัญหา	การควบคุมป้องกันแพร่กระจายเชื้อในชุมชน/การแยกผู้ป่วยในชุมชน/มาตรการค้นหา/ชั้นสูตร(เก็บเสมหะ/ส่งตรวจ)/ระบบการรักษา แพทย์ / เภสัช TB Clinic /DOTs/ LAB/การดำเนินงานตามมาตรฐาน TB/บริการในชุมชน(ส่ง ผป.) /ติดตามประเมินผล/นำผลประเมินไปใช้ปรับปรุงงานกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง
3	ระบบข้อมูล		การจัดการข้อมูลกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง
4	การสื่อสาร		ช่องทาง/รูปแบบ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง
5	การมีส่วนร่วม		องค์กรที่เข้ามามีส่วนร่วม/ระดับและกิจกรรมมีส่วนร่วม ของแต่ละองค์กร กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 2 กรอบประเด็นสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานที่ร่วมประชุมกลุ่มถอดบทเรียน

ที่	ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง/ประกอบ	ประเด็นคำถาม
1	ภาวะผู้นำ	- ค่านิยม/ทัศนคติ/ ความคิดสร้างสรรค์ เชิง บวก/ หลักธรรมาภิบาล	1.1 ในระยะ 3-5 ปีที่ผ่านมาผู้บริหารของท่าน (ผู้บริหารระดับเหนือท่าน) มีแนวคิด/ทัศนคติ/ความคิดเห็นสนับสนุน ต่อการดำเนินงานวินโรค เปลี่ยนแปลง หรือไม่อย่างไรบ้าง 1.2 ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลง ะไรบ้าง 1.3 ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลง ะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป 1.4 ะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลง 1.5 พฤติกรรมของผู้ใต้บังคับบัญชาของท่านเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับการเปลี่ยน การดำเนินงานวินโรคของผู้บริหาร 1.6 ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลง มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร
2	ระบบบริการ	- การควบคุมป้องกัน แพร่กระจายเชื้อในชุมชน แยกผู้ป่วยในชุมชน -มาตรการค้นหา -ขั้นสูตร(เก็บเสมหะ/ ส่งตรวจ) - ระบบการรักษา แพทย์/ เภสัช คลินิกวินโรค/การ กำกับการรับประทานยา ต่อหน้า/การตรวจขั้นสูตร การตรวจวินิจฉัย -การดำเนินงานตาม แนวทางวินโรคแห่งชาติ -บริการในชุมชน(ส่งต่อ ผู้ป่วยวินโรค) -ติดตามประเมินผล -นำผลประเมินไปใช้ ปรับปรุงงาน	1.1 ในระยะ 3-5 ปีที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบระบบบริการตรวจวินิจฉัยดูแลรักษาวินโรค หรือไม่อย่างไร ะไรบ้าง 1.2 ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการตรวจวินิจฉัยดูแลรักษาวินโรค 1.3 ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการตรวจวินิจฉัยดูแลรักษาวินโรค ะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป 1.4 ะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลง รูปแบบระบบบริการตรวจวินิจฉัยดูแลรักษา วินโรค 1.5 พฤติกรรมของผู้ใต้บังคับบัญชาของท่านเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับการเปลี่ยนรูปแบบ ระบบบริการตรวจวินิจฉัยดูแลรักษาวินโรค 1.6 ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการตรวจวินิจฉัยดูแลรักษาวินโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

ตารางที่ 2...(ต่อ)

ที่	ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง/ประกอบ	ประเด็นคำถาม
3	ระบบข้อมูล	-การจัดการข้อมูล	1.1 ในระยะ3-5 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลง ระบบการจัดการฐานข้อมูล การบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนหรือจัดส่ง รายงานวัณโรค หรือไม่อย่างไร อะไรบ้าง 1.2 ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลง ระบบการจัดการฐานข้อมูลการบันทึกข้อมูล การลงทะเบียนหรือรายงานวัณโรค 1.3 ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลง ระบบการจัดการฐานข้อมูลการบันทึกข้อมูล การลงทะเบียนหรือรายงานวัณโรค อะไร สำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป 1.4 อะไรเป็นสาเหตุของการ เปลี่ยนแปลง ระบบการจัดการฐานข้อมูล การบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนหรือ รายงานวัณโรค 1.5 พฤติกรรมของผู้ได้บังคับบัญชาของท่านเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับระบบการ จัดการฐานข้อมูลการบันทึกข้อมูลการ ลงทะเบียนหรือรายงานวัณโรค 1.6 ปัญหาอุปสรรคหลังการ เปลี่ยนแปลง ระบบการจัดการฐานข้อมูล การบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนหรือ รายงานวัณโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร
4	การสื่อสาร	-ช่องทางการสื่อสาร -รูปแบบการสื่อสาร	1.1 ในระยะ3-5 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลง รูปแบบหรือช่องทางการ สื่อสารการดำเนินงานวัณโรค หรือไม่ อย่างไร อะไรบ้าง 1.2 ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลง รูปแบบหรือช่องทางการสื่อสารการ ดำเนินงานวัณโรค 1.3 ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลง รูปแบบหรือช่องทางการสื่อสารการ ดำเนินงานวัณโรค อะไรสำคัญที่สุดและ ลำดับรองลงไป

ตารางที่ 2...(ต่อ)

ที่	ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง/ประกอบ	ประเด็นคำถาม
4	การสื่อสาร(ต่อ)		1.4 อะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลง ระบบการรูปแบบหรือช่องทางการสื่อสารการดำเนินงานวัณโรค 1.5 พฤติกรรมของผู้ได้บังคับบัญชาของท่านเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับระบบรูปแบบหรือช่องทางการสื่อสารการดำเนินงานวัณโรค 1.6 ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลง ระบบรูปแบบหรือช่องทางการสื่อสารการดำเนินงานวัณโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร
5	การมีส่วนร่วม	- องค์กรที่เข้ามามีส่วนร่วม - ระดับและกิจกรรมมีส่วนร่วม ของแต่ละองค์กร	1.1 ในระยะ3-5 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรคเพิ่มขึ้นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด 1.2 ผลที่เกิดขึ้นหลังหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค 1.3 ผลที่เกิดขึ้นหลังการหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค อะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป 1.4 อะไรเป็นสาเหตุของการหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค 1.5 พฤติกรรมของผู้ได้บังคับบัญชาและภาคีเครือข่ายเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับการที่มีหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค 1.6 ปัญหาอุปสรรคหลังจากที่มีหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

ตารางที่ 3 ประเด็นส่วนขาดซึ่งได้จากการถอดบทเรียน สำหรับการศึกษาเรียนรู้อำเภอทางดง จังหวัดเชียงใหม่

ประเด็นหลัก	ส่วนขาด
ภาวะผู้นำ	นโยบายของผู้บริหารการสนับสนุนไม่ต่อเนื่อง
	การทำ MOU ไม่ครอบคลุมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สนับสนุนงบประมาณเพราะขาดข้อมูล
	งบประมาณหมด/ผู้บริหารไม่สนับสนุนงบประมาณ การดำเนินการไม่ต่อเนื่อง/ผู้บริหารไม่สนับสนุนถ้าไม่มีการร้องขอ
	ผู้นำ รพ.สต.ดำเนินการตามนโยบายหน่วยเหนือ
	อาสาสมัครสาธารณสุขต้องการกำลังใจจากผู้นำในชุมชน/พื้นที่
	แผนงานโครงการ
ระบบบริการ	แบบคัดกรองด้วยวาจาไม่มีประสิทธิภาพ
	การตรวจชั้นสูตร
	การกำกับการกินยา
	การรักษา
	ระบบบริการยา
	การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
	การให้สุขศึกษา/ประชาสัมพันธ์
	ระบบการส่งต่อ
	การจัดการข้อมูลวินโรค
ระบบข้อมูล	การ Update /การลด จากระายงานกระดามาเป็นระบบโปรแกรม TB-CM/ การคืนข้อมูลให้ รพ.สต./องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
การสื่อสาร	การทบทวนรูปแบบการสื่อสารภายในและภายนอกองค์กรสาธารณสุข
	การทำงานกับเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข
การมีส่วนร่วม	วิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยผู้นำกระบวนการถอดเรียน (Facilitator) ผู้ช่วยกระบวนการถอดบทเรียนและผู้จัดบันทึกการถอดบทเรียน ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะเพื่อสร้างความเที่ยงตรง โดยได้รับการเตรียมความรู้เรื่องวินโรค ซึ่งผู้นำกระบวนการถอดบทเรียนเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานวินโรค สำหรับผู้ช่วยและผู้จัดบันทึกได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องวินโรค โดยเข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายงานวินโรค ตามแนวทางการควบคุมวินโรคแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 2 วันที่ 27-28 พฤศจิกายน 2557 และได้รับการพัฒนาทักษะกระบวนการถอดบทเรียน จากการประชุมสร้างทีมการถอดบทเรียน ระหว่างวันที่ 22-23 พฤศจิกายน 2557 โดยมี อธิปัตติคณะ ศึกษาศาสตรมหาวิทาลัยนเรศวร ผศ.ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร เป็นวิทยากร

3) ประเด็นคำถามสำหรับการถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำแนกออกเป็น 4 แนวทางประกอบด้วยประเด็นหลัก ประเด็นเชิงกระบวนการ ประเด็นรอง และประเด็นคำถาม แนวทางการเชื่อมโยง ประเด็นหลัก ประเด็นเชิงกระบวนการ ประเด็นรอง และประเด็นคำถาม ดังนี้

1.ประเด็นหลักภาวะผู้นำ

1.1 ประเด็นเชิงกระบวนการผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง การจัดลำดับความสำคัญผลกระทบ มูลเหตุ/ปัจจัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนหลังการเปลี่ยนแปลง ปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงแนวทางแก้ไขปัญหา

1.1.1 ประเด็นรองและประเด็นคำถามเชื่อมโยงถึงประเด็นหลักประเด็นเชิง

กระบวนการ ประกอบด้วย ค่านิยม/ทัศนคติความคิดสร้างสรรค์ เชิงบวก / หลักธรรมาภิบาล กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง

แนวการตั้งคำถามดังนี้

- ในระยะ3-5 ปีที่ผ่านมา หัวหน้า มีแนวคิด /ทัศนคติ/ ความคิดเห็นสนับสนุนต่อการดำเนินงานวัณโรค เปลี่ยนแปลง หรือไม่อย่างไร อะไรบ้าง
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลง แนวคิด /ทัศนคติ/ความคิดเห็นสนับสนุนต่อการดำเนินงานวัณโรคของหัวหน้า อะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป
- อะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลง แนวคิด /ทัศนคติ/ความคิดเห็นสนับสนุน ต่อการดำเนินงานวัณโรคของหัวหน้า
- พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับการเปลี่ยนแนวคิด /ทัศนคติ/ความคิดเห็น ต่อการดำเนินงานวัณโรคของหัวหน้า
- ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลง แนวคิด /ทัศนคติ/ความคิดเห็น ต่อการดำเนินงานวัณโรคของหัวหน้า มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

2.ประเด็นหลักระบบบริการ

2.1 ประเด็นรองและประเด็นคำถามเชื่อมโยงถึงประเด็นหลักประเด็นเชิงกระบวนการผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง การจัดลำดับความสำคัญผลกระทบ มูลเหตุ/ปัจจัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนหลังการเปลี่ยนแปลง ปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงแนวทางแก้ไขปัญหา

2.1.1 ประเด็นรองและประเด็นคำถามเชื่อมโยงถึงประเด็นหลักประเด็นเชิง

กระบวนการประกอบด้วย กระบวนการการควบคุมป้องกันแพร่กระจายเชื้อในชุมชน/การแยกผู้ป่วยในชุมชน/มาตรการค้นหา/การวินิจฉัย/รักษาผู้ป่วยวัณโรค/ระบบการรักษา/แพทย์/การส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยวัณโรค/การเยี่ยมบ้านการกำกับการกินยาDOT/ประเมินผล/สรุปการรักษา/นำผลประเมินไปใช้ปรับปรุงงาน กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง

2.1.1.1.แนวการตั้งคำถามดังนี้

กระบวนการการควบคุมป้องกันแพร่กระจายเชื้อในชุมชน/การแยกผู้ป่วยในชุมชน

- ในระยะ3-5 ปีที่ผ่านมาได้มีการมีการเปลี่ยนแปลงระบบคัดแยกผู้ป่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค หรือไม่อย่างไร อะไรบ้าง
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบคัดแยกผู้ป่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบคัดแยกผู้ป่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค อะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป
- อะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการคัดแยกผู้ป่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
- พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับคัดแยกผู้ป่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลงคัดแยกผู้ป่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

มาตรการค้นหา

- ในระยะ3-5 ปีที่ผ่านมาได้มีการมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิธีการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หรือไม่อย่างไร อะไรบ้าง
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการค้นหาวัณโรค
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการค้นหาวัณโรค อะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป
- อะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการค้นหาวัณโรค
- พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับการเปลี่ยนรูปแบบการค้นหาวัณโรค
- ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการค้นหาวัณโรคมีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

การวินิจฉัย/ รักษาผู้ป่วยวัณโรค/ระบบการรักษา/แพทย์

- ในระยะ3-5 ปีที่ผ่านมาได้มีการมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย/รักษาผู้ป่วยวัณโรค หรือไม่อย่างไร อะไรบ้าง
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการวินิจฉัย/รักษาผู้ป่วยวัณโรค
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการวินิจฉัย/รักษาผู้ป่วยวัณโรค อะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป
- อะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย/รักษาผู้ป่วยวัณโรค
- พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย/รักษาผู้ป่วยวัณโรค
- ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย / รักษาผู้ป่วยวัณโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

การส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยวัณโรค

- ในระยะ 3-5 ปีที่ผ่านมา มีการมีการเปลี่ยนแปลงการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยวัณโรค หรือไม่อย่างไร อะไรบ้าง
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยวัณโรค
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยวัณโรค อะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป
- อะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยวัณโรค
- พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับการเปลี่ยนการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยวัณโรค
- ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลงวิธีการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยวัณโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

การเยี่ยมบ้าน/การกำกับการกินยา:DOT(Directly Observed Treatment)

- ในระยะ 3-5 ปีที่ผ่านมา มีการมีการเปลี่ยนแปลงการเยี่ยมบ้าน การกำกับการกินยาในผู้ป่วยวัณโรค หรือไม่อย่างไร อะไรบ้าง
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการเยี่ยมบ้านการกำกับการกินยาในผู้ป่วยวัณโรค
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการเยี่ยมบ้านการกำกับการกินยาในผู้ป่วยวัณโรค อะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป
- อะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการเยี่ยมบ้านการกำกับการกินยาในผู้ป่วยวัณโรค
- พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงการเยี่ยมบ้าน การกำกับการกินยาในผู้ป่วยวัณโรค
- ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลงการเยี่ยมบ้านการกำกับการกินยาในผู้ป่วยวัณโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

ประเมินผล/สรุปการรักษา /นำผลประเมินไปใช้ปรับปรุงงานกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง

- ในระยะ 3-5 ปีที่ผ่านมา มีการมีการเปลี่ยนแปลงการ ประเมินผล / สรุปการรักษา หรือไม่อย่างไร อะไรบ้าง
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบประเมินผล/สรุปการรักษาผู้ป่วยวัณโรค
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบประเมินผล/สรุปการรักษาผู้ป่วยวัณโรค อะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป
- อะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการประเมินผล/สรุปการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

- พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับการเปลี่ยนประเมินผล/สรุปการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลงประเมินผล/สรุปการรักษาผู้ป่วยวัณโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

3.ประเด็นหลักระบบข้อมูล

3.1 ประเด็นเชิงกระบวนการผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการจัดลำดับความสำคัญผลกระทบ มูลเหตุ/ปัจจัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนหลังการเปลี่ยนแปลง ปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง และแนวทางแก้ไขปัญหา

3.1.1 ประเด็นรองและประเด็นคำถามเชื่อมโยงถึงประเด็นหลักประเด็นเชิงกระบวนการ คือการจัดการข้อมูลกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงระบบฐานข้อมูล

3.1.1.1 แนวการตั้งคำถามดังนี้

- ในระยะ3-5 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการฐานข้อมูลการบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนหรือจัดส่งรายงานวัณโรค หรือไม่อย่างไร อะไรบ้าง
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการฐานข้อมูลการบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนหรือรายงานวัณโรค
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการฐานข้อมูลการบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนหรือรายงานวัณโรค อะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป
- อะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการฐานข้อมูลการบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนหรือรายงานวัณโรค
- พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับระบบการจัดการฐานข้อมูลการบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนหรือรายงานวัณโรค
- ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการฐานข้อมูลการบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนหรือรายงานวัณโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

4.ประเด็นหลักการสื่อสาร

4.1 ประเด็นเชิงกระบวนการ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการจัดลำดับความสำคัญผลกระทบ มูลเหตุ/ปัจจัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนหลังการเปลี่ยนแปลง ปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงแนวทางแก้ไขปัญหา

4.1.1 ประเด็นรองและประเด็นคำถามเชื่อมโยงถึงประเด็นหลักประเด็นเชิงกระบวนการ คือช่องทางรูปแบบการสื่อสาร กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงการสื่อสาร

4.1.1.1 แนวการตั้งคำถามดังนี้

- ในระยะ3-5 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลง รูปแบบหรือช่องทางการสื่อสาร การดำเนินงานวัณโรค หรือไม่อย่างไร อะไรบ้าง
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลง รูปแบบหรือช่องทางการสื่อสารการดำเนินงานวัณโรค อะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป

- อะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลง ระบบ/รูปแบบหรือช่องทางการสื่อสารการดำเนินงานวัณโรค
- พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับระบบ/รูปแบบหรือช่องทางการสื่อสารการดำเนินงานวัณโรค ปัญหาอุปสรรคหลังการเปลี่ยนแปลง ระบบ/รูปแบบหรือช่องทางการสื่อสารการดำเนินงานวัณโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

5.ประเด็นหลักการมีส่วนร่วม

5.1 ประเด็นเชิงกระบวนการ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง การจัดลำดับความสำคัญ ผลกระทบ มูลเหตุ/ปัจจัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคน หลังการเปลี่ยนแปลง ปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงแนวทางแก้ไขปัญหา

5.1.1 ประเด็นรองและประเด็นคำถามเชื่อมโยงถึงประเด็นหลักประเด็นเชิง

กระบวนการประกอบด้วย องค์การที่เข้ามามีส่วนร่วม/ระดับและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของแต่ละองค์กรและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง

5.1.1.1 แนวการตั้งคำถามดังนี้

- ในระยะ3-5 ปีที่ผ่านมาหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรคเพิ่มขึ้นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
- ผลที่เกิดขึ้นหลังหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค
- ผลที่เกิดขึ้นหลังหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค อะไรสำคัญที่สุดและลำดับรองลงไป
- อะไรเป็นสาเหตุของการหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค
- พฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ใต้บังคับบัญชาและภาคีเครือข่ายเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับการที่มีหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค
- ปัญหาอุปสรรคหลังจากที่มีหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค มีหรือไม่แล้วแก้ไขอย่างไร

4.วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) มีขั้นตอนการศึกษาวิจัยและการถอดบทเรียนรวบรวมข้อมูลดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมสร้างทีมงานสำหรับถอดบทเรียน เพื่อพัฒนาศักยภาพและความร่วมมือของทีมงานถอดบทเรียน ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วัน ระหว่างวันที่ 22-23 พฤศจิกายน 2557 ณ ห้องประชุมพิชญธรรมา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก วิทยาการ ผศ.ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร อธิบดีคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งหลักการ ที่ทีมงานถอดบทเรียน ต้องรู้และเข้าใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการถอดบทเรียนประกอบด้วย รูปแบบการดำเนินงานวัณโรค ตามแนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ (NTP) ทฤษฎีการถอดบทเรียน กระบวนการถอดบทเรียน และทักษะการถอดบทเรียน เป้าหมายทีมถอดบทเรียนประกอบด้วย

เจ้าหน้าที่จากกลุ่มพัฒนาวิชาการและกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 20 คน (ตารางที่ 4) กระบวนการสร้างทีม การถอดบทเรียน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 แสดงเป้าหมายประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างทีมงานถอดบทเรียน

กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงาน	จำนวน
แพทย์	กลุ่มพัฒนาวิชาการ สคร.2	1 คน
พยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มพัฒนาวิชาการ สคร.2	3 คน
	กลุ่มภาคีเครือข่าย สคร.2	1 คน
นักวิชาการสาธารณสุข	กลุ่มพัฒนาวิชาการ สคร.2	5 คน
	ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง 2.1	1 คน
	กลุ่มแผนงานและประเมินผล	1 คน
นักเทคนิคการแพทย์/เจ้าพนักงาน วิทยาศาสตร์การแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	กลุ่มงานชั้นสูตรโรค สคร.2	4 คน
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม/บรรณรักษ์/ผู้ ประสานงานโครงการกองทุนโลก	กลุ่มพัฒนาวิชาการ สคร.2	4 คน

ตารางที่ 5 กระบวนการสร้างทีมถอดบทเรียน

กระบวนการสร้างทีม	กิจกรรม	ประเด็นสาระ/องค์ความรู้ที่สำคัญ
สร้างความรู้ความเข้าใจในจุดประสงค์ของการถอดบทเรียนให้กับทีมถอดบทเรียน	โดยจัดประชุมชี้แจงสร้างทีมถอดบทเรียนเพื่อให้ทีมถอดบทเรียนและผู้นำการถอดบทเรียนเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการถอดบทเรียนความร่วมมือการมีส่วนร่วมดำเนินงานวันโรคร้อยอย่างครบวงจร	วัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาความร่วมมือของเครือข่ายงานวันโรคระดับพื้นที่ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวันโรคแบบครบวงจร
สร้างองค์ความรู้และทักษะการถอดบทเรียนให้กับทีมถอดบทเรียน	โดยจัดประชุมสำหรับรับฟังบรรยาย/สาธิตหลักการถอดบทเรียนร่วมมือการมีส่วนร่วมดำเนินงานวันโรคร้อยอย่างครบวงจร	บทเรียนคือ ความรู้หรือความเข้าใจที่ได้จากผู้มีประสบการณ์ ซึ่งอาจเป็นทั้งความสำเร็จหรือความล้มเหลว กระบวนการถอดบทเรียน คือจัดลำดับความสนใจสิ่งที่ต้องการทราบ การคิดอย่างเป็นระบบ ไม่ติดกรอบที่มีอยู่ ความรู้มาจากหลากหลายแหล่ง ผู้เชี่ยวชาญ หรือจากพื้นที่ที่ล้มเหลว ได้ประโยชน์ทั้งผู้ถอดบทเรียนและผู้ถูกถอดบทเรียน

ตารางที่ 5...(ต่อ)

กระบวนการสร้างทีม	กิจกรรม	ประเด็นสาระ/องค์ความรู้ที่สำคัญ
สร้างองค์ความรู้และทักษะการถอดบทเรียนให้กับทีมถอดบทเรียน(ต่อ)		<u>รูปแบบการถอดบทเรียน</u> มีหลายวิธีเพื่อให้ผู้มีประสบการณ์ได้เล่าเรื่องในส่วนตัว ประสบผลสำเร็จและส่วนที่ล้มเหลว
พัฒนาองค์ความรู้เรื่องการควบคุมโรคให้กับทีมถอดบทเรียนที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานเรื่องโรค	โดยจัดให้เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายงานโรค ตามแนวทางการควบคุม โรคแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 2	องค์ความรู้เรื่องวัณโรคการดำเนินงานโรคตามแนวทางการควบคุมโรคแห่งชาติ
พัฒนาทักษะการถอดบทเรียนให้กับทีมถอดบทเรียน	ผู้นำกระบวนการถอดบทเรียน/ผู้ช่วยกระบวนการถอดบทเรียนและผู้จัดบันทึกร่วมฝึกปฏิบัติการถอดบทเรียนจากสถานการณ์จริงในการประชุมถอดบทเรียนและประชุมกลุ่มทีมถอดบทเรียนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เทคนิค/ทักษะการถอดบทเรียนความร่วมมือการมีส่วนร่วมครั้งนี้	กำหนดประเด็นการถอดบทเรียน 4 ประเด็นประกอบภาวะผู้นำ ระบบบริการระบบข้อมูล การสื่อสาร และให้เพิ่มเรื่องการมีส่วนร่วมอีก 1 ประเด็น รวมเป็น 5 ประเด็นคำถามหลัก <u>ทุกประเด็นหลักต้องครอบคลุมประเด็นหลักเชิงกระบวนการ</u> การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญของผลกระทบ มูลเหตุปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยน แนวทางการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมกลุ่มถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรค โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการวันที่ 10-12 ธันวาคม 2557 ณ เรือนไทย รีสอร์ท ตำบลร่วมจิต อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องการดำเนินงานโรคทุกระดับในจังหวัดอุตรดิตถ์มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเล่าประสบการณ์การทำงานในบทบาทที่เกี่ยวข้องตลอดจนเสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาความร่วมมือของเครือข่ายงานโรคระดับพื้นที่ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคแบบครบวงจร สร้างบรรยากาศถอดบทเรียนด้วยการเรียนรู้สถานการณ์โรคในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ ชมวิดิทัศน์ ผู้ป่วยโรค ชวนพูดชวนคุย ตามกรอบประเด็นการถอดบทเรียน (ตารางที่ 1) โดยแบ่งกลุ่มผู้ร่วมถอดบทเรียนออกเป็น 4 กลุ่มตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาโรค(ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ตารางการจัดกลุ่มถอดบทเรียนตามบทบาทหน้าที่การดำเนินงานดูแลรักษาวัณโรค

กลุ่ม	สมาชิกกลุ่ม/หน่วยงาน ในจังหวัดอุดรดิตถ์	ประเด็นถอดบทเรียนที่สำคัญในการ ชวนพุดชวนคุย
กลุ่มที่ 1	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - หัวหน้างานกลุ่ม ควบคุมโรค - ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค - ผู้รับผิดชอบงานฐานข้อมูลวัณโรค 2 สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ จ.อุดรดิตถ์ 3.ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคเรือนจำจังหวัดอุดรดิตถ์ 4.ผู้รับผิดชอบงานวัณโรครพ.ค่ายพิชัยดาบหัก 5.โรงพยาบาลศูนย์อุดรดิตถ์ -เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร -ผู้รับผิดชอบงานฐานข้อมูลวัณโรค -ผู้ประสานงานวัณโรควัณโรค -เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค - เภสัชกร -พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) อุดรดิตถ์ -เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม ที่รับงานวัณโรค	ระบบบริการ (มีแผนงาน/ โครงการอะไรบ้าง จังหวัดมีการ สนับสนุน/ติดตามประเมินผล อย่างไรในประเด็น) - การค้นหา/วินิจฉัย / รักษา /ส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน/การทำ DOT/ ประเมินผล/ สรุปการรักษา
กลุ่มที่ 2,3	โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) อำเภอท่าปลา/อำเภอ น้ำปาด/อำเภอทองแสนขัน/อำเภอลับแลอำเภอ /ตรอน -ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค -เจ้าหน้าที่ชันสูตร -เภสัชกร -พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล(ICN) -เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรค	ระบบบริการ:กิจกรรมที่ทำจริงใน ประเด็น - การรับรู้นโยบายจากกระดับ จังหวัด) - การค้นหา/วินิจฉัย/รักษา/ส่งต่อ/ เยี่ยมบ้าน/การทำ DOT/ ประเมินผล/สรุปการรักษา
กลุ่มที่ 4	1.ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(อำเภอ ท่าปลา/น้ำปาด/ทองแสนขัน /ลับแล /ตรอน) - เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข/ส่วนสาธารณสุขจาก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น	ระบบบริการ: มีแผนงาน/ โครงการอะไรบ้าง จังหวัดมีการ สนับสนุน/ติดตามประเมินผล อย่างไรในประเด็น -การค้นหา/วินิจฉัย / รักษา /ส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน/การทำ DOT/ ประเมินผล/ สรุปการรักษา

ตารางที่ 6...(ต่อ)

กลุ่ม	สมาชิกกลุ่ม/หน่วยงาน ในจังหวัดอุดรธานี	ประเด็นถอดบทเรียนที่สำคัญในการ ชวนพูดชวนคุย
กลุ่มที่ 5	1.ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ 2.อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน วัณโรค/เป็นพี่เลี้ยงกับการกำกับการรับประทานยา	ระบบบริการ :รพ.สต.กิจกรรมที่ ทำจริงและการรับรู้นโยบายจาก ระดับจังหวัด - การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่/ผู้สัมผัส ในชุมชน - การเก็บเสมหะส่งตรวจ - ช่วงเวลาที่ได้รับข้อมูลการส่งต่อให้ ผู้ป่วยมารับการดูแลกินยาต่อหน้า จาก รพช. - รพ.สต./เยี่ยมบ้าน/การทำDOT/ ประเมินผล/ สถานภาพคนไข้ /การ รับรู้นโยบาย/ความรู้ของ เจ้าหน้าที่.รพ.สต. - กิจกรรมที่ อสม.ทำจริงในประเด็น การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ / ผู้สัมผัส ในชุมชน การเก็บเสมหะ/ การเยี่ยม บ้าน /การทำDOT/ผลการรักษา / สถานภาพคนไข้

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงาน ภาควิชาเครือข่ายดำเนินงานป้องกัน
ควบคุมวัณโรค เนื่องจากข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียนเป็นภาควิชาเครือข่ายผู้ร่วมปฏิบัติงาน
มีหลายระดับการถอดบทเรียนต้องจำแนกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้บริหารระดับหน่วยงานไม่สะดวกในการ
เข้าร่วมถอดบทเรียนตามวันที่กำหนด จึงปรับแผนเพิ่มกิจกรรมสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงาน
ภาควิชาเครือข่ายดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลถอดบทเรียนที่ครบถ้วน การสัมภาษณ์
เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงาน ดำเนินการระหว่างวันที่ 16,19,20 มกราคม 2558 ณ สถานที่ตั้งของหน่วยบริการนั้น ๆ
ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายจำนวน 24 คน (ตามตารางที่ 7) และสัมภาษณ์ ตามกรอบประเด็น
การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงาน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 7 แสดงกลุ่มเป้าหมายสัมภาษณ์เชิงลึกถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วม
เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่	จำนวน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	1 คน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชุมชน	โรงพยาบาลพิชัย, โรงพยาบาลลับแล, โรงพยาบาล ตรอน, โรงพยาบาลน้ำปาด, โรงพยาบาลท่าปลา,	5 คน
สาธารณสุขอำเภอ	อำเภอเมืองอุดรดิตถ์, อำเภอน้ำปาด, อำเภอตรอน, อำเภอลับแล, อำเภอท่าปลา, อำเภอทองแสนขัน,	6 คน
นายกเทศมนตรี, รอง นายกเทศมนตรี, องค์กร บริหารส่วนตำบล	เทศบาลเมืองอุดรดิตถ์, เทศบาลตำบลทุ่งยั้ง, ตำบล แสนตอ, น้ำอ่าง, บ่อทอง,	5 คน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ	ตำบลห้วยไคร้, ร่มจิต, ตำบลทุ่งยั้ง, บ้านน้ำอ่าง, บ้าน แพะ	5 คน
นักวิชาการสาธารณสุข/ พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลตรอน	2 คน

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาดูงานและประชุมจัดทำรูปแบบเพิ่มเติมส่วนขาดความร่วมมือและสร้าง
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค วันที่ 21-23 มกราคม 2558 ณ อำเภอหางดง
จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการจัดศึกษาดูการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มพูนความรู้และ
ประสบการณ์ของเครือข่ายงานวัณโรคระดับพื้นที่ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบ
ครบวงจรและประชุมเชิงปฏิบัติการประยุกต์สิ่งที่ได้จากการศึกษาดูงานปรับใช้กับพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย
ร่วมศึกษาดูงานจำนวน 27 คน (ตามตารางที่ 8) ประเด็นส่วนขาดที่ศึกษาดูงาน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 8 แสดงกลุ่มเป้าหมายศึกษาดูงานและประชุมจัดทำรูปแบบเพิ่มเติมส่วนขาดความ
ร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงาน	จำนวน
คณะทำงาน	กลุ่มพัฒนาวิชาการ สคร.9	5 คน
	กลุ่มบริการงานทั่วไป สคร.9	3 คน
ผู้ประสานงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์	1 คน
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรดิตถ์	1 คน
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำปาด	1 คน
ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค	โรงพยาบาลศูนย์อุดรดิตถ์	3 คน
	โรงพยาบาลชุมชนอำเภอน้ำปาด	3 คน
	โรงพยาบาลชุมชนอำเภอลับแล	1 คน
	โรงพยาบาลชุมชนอำเภอตรอน	1 คน
	โรงพยาบาลชุมชนอำเภอพิชัย	1 คน
	เรือนจำจังหวัดอุดรดิตถ์	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพน้ำหมัน	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแสนตอ	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพห้วยน้ำไคร้	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพร่วมจิต	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพน้ำ พุ่งยั้ง	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หลวงป่ายาง	1 คน

5. วิธีวิทยาการถอดบทเรียนที่ใช้ในกิจกรรมการถอดบทเรียน

1) วิธีวิทยาการถอดบทเรียน ที่ใช้ในกิจกรรมประชุมกลุ่มถอดบทเรียน แบบเล่าเรื่อง (Story Telling) การทบทวนหลังปฏิบัติการ (After Action Review – AAR) การเรียนรู้หลังดำเนินการ(Retrospect)

2) วิธีวิทยาการถอดบทเรียน ที่ใช้ในกิจกรรมสัมภาษณ์เชิงลึก แบบเรียนรู้จากเพื่อน (Peer Assist) และแบบการเรียนรู้หลังดำเนินการ(Retrospect) ประเด็นคำถามชวนพูดชวนคุย เน้นไปที่ 4 ประเด็นคือ ภาวะผู้นำ การบริหารจัดการระบบบริการดูแลรักษา การสื่อสารภายในองค์กรและระหว่างองค์กร และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) วิธีวิทยาการถอดบทเรียนหลัก ที่ใช้ในกิจกรรมศึกษาดูงานและประชุมกลุ่มจัดทำรูปแบบเพิ่มเติมส่วนขาดความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคการทบทวนหลังปฏิบัติการ (After Action Review – AAR) การเรียนรู้หลังดำเนินการ(Retrospect) และการเรียนรู้จากบทเรียนที่ดีหรือวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ(Good/Better/Beat Practice)

6. วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และประสบการณ์จากการศึกษาดูงาน เป็นการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จำแนกและจัดระบบข้อมูลตามประเด็นหลัก ตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) และเปรียบเทียบเหตุการณ์จากรายงานการถอดบทเรียน 4 กลุ่มวิเคราะห์ส่วนประกอบตามประเด็นหลัก วิเคราะห์สาเหตุและผล (Cause and Effect Analysis) และสรุปเป็นความคิดเห็นเปรียบเทียบกับคำถามการวิจัย

บทที่ 4

ผลการถอดบทเรียนความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจร

การศึกษาวิจัยถอดบทเรียน ความร่วมมือสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคครบวงจร จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2557-2558 ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) 3-5 ปีโดยกระบวนการถอดบทเรียน สัมภาษณ์เชิงลึก และศึกษาดูงาน การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค เพื่อเรียนรู้ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยศึกษาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดอุดรดิตถ์ เฉพาะ 5 ประเด็นหลัก คือ ภาวะผู้นำ ระบบบริการ ระบบข้อมูล การสื่อสาร การมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรดิตถ์โดย โดยศึกษาผ่านผู้บริหาร ผู้ประสานงาน วัณโรค ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลคลินิกวัณโรค เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เจ้าหน้าที่งานชันสูตรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคจาก 6 อำเภอ (อำเภอเมือง อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอท่าปลา อำเภอทองแสนขัน และอำเภอน้ำปาด) และเจ้าหน้าที่สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดอุดรดิตถ์ เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยวิธีวิทยาการถอดบทเรียนคือ แบบเล่าเรื่อง (Story Telling) การทบทวนหลังปฏิบัติการ (After Action Review – AAR) การเรียนรู้หลังดำเนินการ(Retrospect) วิธีวิทยาการสัมภาษณ์เชิงลึกคือ แบบเรียนรู้จากเพื่อน (Peer Assist) และแบบการเรียนรู้หลังดำเนินการ(Retrospect) วิธีวิทยาการศึกษาดูงานและประชุมกลุ่มจัดทำรูปแบบเติมเต็มส่วนขาดความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือ การทบทวนหลังปฏิบัติการ (After Action Review – AAR) การเรียนรู้หลังดำเนินการ(Retrospect) และการเรียนรู้จากบทเรียนที่ดีหรือวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ(Good/Better/Best Practice) ตามกรอบประเด็นคำถามในการถอดบทเรียน สัมภาษณ์ และประเด็นส่วนขาดซึ่งได้จากการถอดบทเรียนสำหรับศึกษาดูงานแล้วนำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จำแนกและจัดระบบข้อมูลตามประเด็นหลัก ตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) และเปรียบเทียบเหตุการณ์จากรายงาน การถอดบทเรียน 4 กลุ่ม วิเคราะห์ส่วนประกอบตามประเด็นหลัก วิเคราะห์สาเหตุและผล (Cause and Effect Analysis) และสรุปเป็นความคิดเห็นเปรียบเทียบกับคำถามการวิจัย ผลการถอดบทเรียนจากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ สรุปได้ดังนี้

1. พื้นที่เป้าหมายแหล่งเรียนรู้

จังหวัดอุดรดิตถ์ถูกเลือกให้เป็นพื้นที่ถอดบทเรียนความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจร ด้วยความสำเร็จของการดำเนินงานวัณโรคอัตราการรักษาสำเร็จสูงกว่าทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 มาตลอด 4 ปี และติด 1 ใน 10 จังหวัดที่มีผลงานเกินร้อยละ 90

จังหวัดอุดรดิตถ์เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยเป็นประตูสู่ภาคเหนือ ลักษณะพื้นที่ร้อยละ 60 เป็นเขตภูเขาและที่สูง แบ่งเขตการปกครองเป็น 9 อำเภอ พื้นที่ฝั่งตะวันตกเป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำ ประกอบด้วย อำเภอเมือง อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอพิชัย ฝั่งตะวันออกเป็นที่ราบระหว่างหุบเขาและเขตภูเขาและที่สูง ประกอบด้วย อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอฟากท่า อำเภอทองแสนขัน และอำเภอบ้านโคก

พื้นที่เป้าหมายที่เลือกถอดบทเรียน คือ อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอท่าปลา อำเภอทองแสนขัน อำเภอน้ำปาดเหตุผลในการเลือก เนื่องจากเป็นตัวแทนการดำเนินที่พื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำและพื้นที่ราบระหว่างหุบเขาเขตภูเขาและที่สูง ซึ่งแต่ละลักษณะพื้นที่จะมีบริบทการดำเนินงานที่แตกต่างของวิถีชีวิตและการเข้าถึงระบบบริการ

2. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายดำเนินงานวันโรคที่ร่วมถอดบทเรียน ให้การสัมภาษณ์เชิงลึก และ ร่วมศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมส่วนขาดอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 9 ข้อมูลผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวันโรค

กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงาน	จำนวน
ผู้ประสานงาน	จังหวัด อุดรดิตถ์	5 คน
วันโรคสำนักงาน สาธารณสุข	โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลาอำเภอน้ำปาด อำเภอทอง แสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอละ 1 คน	5 คน
	สาธารณสุขอำเภออำเภอท่าปลาอำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสน ขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอละ 1 คน	5 คน
ผู้รับผิดชอบงาน วันโรค	โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	5 คน
	โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลาอำเภอน้ำปาด อำเภอทอง แสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอละ 1 คน	5 คน
ผู้รับผิดชอบงาน วันโรค	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอท่าปลาอำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอละ 1 คน	5 คน
	เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอำเภอท่าปลาอำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอละ 1 คน	5 คน
	โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก เรือนจำจังหวัด	5 คน
พยาบาลคลินิกวัน โรค	โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลาอำเภอน้ำปาด อำเภอทอง แสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอละ 1 คน	5 คน
เภสัชกรรับผิดชอบ งานวันโรค	โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลาอำเภอน้ำปาด อำเภอทอง แสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอละ 1 คน	5 คน
เจ้าหน้าที่ชั้นสูง ผู้รับผิดชอบงานวันโรค	โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลาอำเภอน้ำปาด อำเภอทอง แสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอละ 1 คน	5 คน
พยาบาลผู้รับผิดชอบ งานป้องกันควบคุมโรค ติดต่อโรงพยาบาล	โรงพยาบาลชุมชน อำเภอท่าปลาอำเภอน้ำปาด อำเภอทอง แสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอละ 1 คน	5 คน
อาสาสมัคร สาธารณสุขที่เป็นพี่ เลี้ยงกำกับ การ รับ ประ ท าน ยา ผู้ ป วย วัน โรค	อำเภอท่าปลา อำเภอน้ำปาด อำเภอทองแสนขัน อำเภอลับแล อำเภอดรอน อำเภอละ 1 คน	5 คน

ตารางที่ 10 ข้อมูลผู้ให้การสัมภาษณ์เชิงลึกถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมเครือข่าย
การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่	จำนวน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	1 คน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลพิชัย,โรงพยาบาลลับแล,โรงพยาบาล ตรอน,โรงพยาบาลน้ำปาด,โรงพยาบาลท่าปลา,	5 คน
สาธารณสุขอำเภอ	อำเภอเมืองอุดรดิตถ์,อำเภอน้ำปาด,อำเภอตรอน ,อำเภอลับแล,อำเภอท่าปลา,อำเภอทองแสนขัน,	6 คน
นายกเทศมนตรี,รอง นายกเทศมนตรี,องค์การบริหาร ส่วนตำบล	เทศบาลเมืองอุดรดิตถ์,เทศบาลตำบลทุ่งยั้ง, ตำบลแสนตอ,น้ำอ่าง,บ่อทอง,	5 คน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ	ตำบลห้วยไคร้,ร่วมจิต,ตำบลทุ่งยั้ง,บ้านน้ำอ่าง, บ้านแพะ	5 คน
นักวิชาการสาธารณสุข/ พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลตรอน	2 คน

ตารางที่ 11 ข้อมูลผู้เข้าร่วมศึกษาดูงานและประชุมจัดทำรูปแบบเพิ่มเติมส่วนขาดความร่วมมือและ
สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงาน	จำนวน
คณะทำงาน	กลุ่มพัฒนาวิชาการ สคร.2	5 คน
	กลุ่มบริการงานทั่วไป สคร.2	3 คน
ผู้ประสานงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์	1 คน
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรดิตถ์	1 คน
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำปาด	1 คน
ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค	โรงพยาบาลศูนย์อุดรดิตถ์	3 คน
	โรงพยาบาลชุมชนอำเภอน้ำปาด	3 คน
	โรงพยาบาลชุมชนอำเภอลับแล	1 คน
	โรงพยาบาลชุมชนอำเภอตรอน	1 คน
	โรงพยาบาลชุมชนอำเภอพิชัย	1 คน
	เรือนจำจังหวัดอุดรดิตถ์	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพน้ำหมัน	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แสนตอ	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพห้วยน้ำไคร้	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ร่วมจิต	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพน้ำ ทุ่งยั้ง	1 คน
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หลวงป่ายาง	1 คน

3.รายงานสรุปการถอดบทเรียนการดำเนินงานวันโรคจังหวัดอุดรดิตถ์ วันที่ 10-12 ธันวาคม 2557

3.1 กลุ่มที่1

เป้าหมายผู้ร่วมถอดบทเรียนผู้ประสานงานจังหวัดอุดรดิตถ์งานวันโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้รับผิดชอบงานวันโรค เจ้าหน้าที่คลินิกวันโรค เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค เจ้าหน้าที่แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผู้รับผิดชอบงานวันโรคและเจ้าหน้าที่คลินิกวันโรค โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก ผู้รับผิดชอบงานวันโรคและเจ้าหน้าที่คลินิกวันโรคเรือนจำจังหวัดอุดรดิตถ์

ประเด็นหลัก: ภาวะผู้นำ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพบว่ามีการกำหนดนโยบายของผู้บริหารในระดับกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ปราชญ์ บุญวงศ์โรจน์ ได้กำหนดให้โรควันโรคเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในระดับจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ นายแพทย์ไพศาล ธัญญาวินิชกุล ได้กำหนดวันโรคเป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดที่ต้องเร่งรัดการดำเนินการในปี 2552 มีการตอบรับจากหน่วยงานสังกัดจังหวัดอุดรดิตถ์ทุกภาคส่วน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 9 แห่ง ประกาศเป็นนโยบายและเร่งรัดการดำเนินงาน

ภาวะผู้นำในการควบคุมวันโรค พบว่าผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดอุดรดิตถ์มีภาวะผู้นำสูง มีการนำองค์กรในการดำเนินงานควบคุมวันโรค ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก ผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัดอุดรดิตถ์

นอกจากภาวะผู้นำดังกล่าวแล้ว ข้อค้นพบจากการถอดบทเรียนครั้งนี้พบว่า จังหวัดอุดรดิตถ์มีผู้นำที่เป็นแบบอย่างในการทำงานของทีมเครือข่ายงานวันโรค ซึ่งพบว่านายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ นายแพทย์ไพศาล ธัญญาวินิชกุล ได้รับการกล่าวถึงในทุกระดับว่าเป็นผู้ที่เป็ผู้นำด้านการควบคุมโรควันโรค และโรคไข้เลือดออกของจังหวัดอุดรดิตถ์ นายแพทย์ขจร วินัยพานิช ซึ่งในขณะนั้นเป็นรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ได้รับการยอมรับว่ามีภาวะผู้นำสูงในการนำด้านควบคุมวันโรค ในส่วนของผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ให้ความชื่นชม นายแพทย์เจียรชัย คฤหโยธิน ซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลในขณะนั้น โรงพยาบาลค่ายพระยาพิชัยดาบหัก มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนับสนุนการทำงานวันโรค มอบนโยบายและชวนทีมงานลงมือทำสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม จัดให้มีผู้รับผิดชอบงานวันโรค มีคลินิกวันโรค สนับสนุนการซื้อยารักษาวันโรค ซึ่งในช่วงแรกเดิมนั้น จังหวัดอุดรดิตถ์ ยังไม่มีการขยายงานวันโรคเข้าสู่ค่ายทหาร

กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นโดย 3 ประเด็นสนับสนุนคือ

- 1) นโยบายการควบคุมป้องกันโรคชัดเจนตั้งแต่ระดับกระทรวง กรม จังหวัด อำเภอ
- 2) ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนงานวันโรคทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวง กรม จังหวัด อำเภอ
- 3) ทีมเครือข่ายวันโรคของจังหวัดอุดรดิตถ์มีความเข้มแข็ง คอยเป็นพี่เลี้ยงให้หน่วยงานเครือข่ายทุกระดับ

ผลกระทบเชิงบวกที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้ ได้จัดลำดับความสำคัญผลกระทบครั้งนี้ มี 3 ประการคือ

- 1) มีระบบการทำงานที่เชื่อมโยงและเป็นรูปแบบที่พัฒนาจากเดิม
- 2) ค้นพบผู้ป่วยวันโรคจำนวนมากขึ้น และ
- 3) มีการดำเนินงานวันโรคเชิงรุก

มูลเหตุและปัจจัย ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบนั้นๆ คือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับงานวัณโรค

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนหลังการเปลี่ยนแปลง มีหลายประการทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ได้แก่

- 1) เจ้าหน้าที่ที่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน/การติดต่อประสานงานรวดเร็วขึ้น
- 2) เจ้าหน้าที่ที่มีความกล้าหาญในการทำงานและนำเสนอข้อมูลต่อคณะผู้บริหาร
- 3) ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น

ปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง พบว่าการกำหนดนโยบายเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค ดังนั้นนโยบายของผู้บริหารแต่ละคนไม่เหมือนกันทำให้ได้รับการสนับสนุนการทำงานแก่เจ้าหน้าที่ที่แตกต่างกัน

แนวทางแก้ไขปัญหาซึ่งกลุ่มผู้สนทนากลุ่มเสนอคือ ควรมีการชี้แจงและนำเสนอข้อมูลให้แก่ผู้บริหาร เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน และการสร้างเครือข่ายทีมงานวัณโรคที่เข้มแข็ง

จากการสรุปผลการสนทนากลุ่มในการถอดบทเรียนครั้งนี้ การกำหนดนโยบายวัณโรคมีความสำคัญต่อการทำงานวัณโรคของหน่วยงานทุกระดับ

ประเด็นหลัก: ระบบบริการ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พบว่าจังหวัดอุดรดิตถ์มีการสร้างระบบบริการงานวัณโรคเป็นรูปแบบเดียวกันเพื่อนำมาใช้ในหน่วยบริการแต่ละระดับของจังหวัดอุดรดิตถ์ และในสถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน มีการเปลี่ยนแปลงโดยเพิ่มระบบการรับผู้ป่วยวัณโรค รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรครายใหม่ทุกราย ให้เข้านอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลระยะเข้มข้นของการรักษา คือ 2 สัปดาห์ของการรักษา(Admit)

กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง มีหลายประการ คือ

- 1) มีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไต (CKD) ผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDS) และผู้ต้องขัง
- 2) การคัดกรองวัณโรคจากอาสาสมัครสาธารณสุข
- 3) ระยะเวลาในการวินิจฉัยรวดเร็วมากยิ่งขึ้นมีแพทย์เฉพาะทางรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 4) การส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ชุมชนในการรับผู้ป่วย
- 5) เรือนจำเปิดให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการทำงานเรื่องสุขภาพของผู้ต้องขัง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง และการจัดลำดับความสำคัญผลกระทบ คือ

- 1) เกิดเครือข่ายทีมงานวัณโรคจังหวัดอุดรดิตถ์ในทุกระดับ
- 2) พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มากขึ้น โดยผู้ป่วยวัณโรคที่พบใหม่นั้นมีอายุเฉลี่ยลดลง
- 3) มีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษามากขึ้น อัตราการขาดยาลดลง ส่งผลให้อัตราการรักษาสำเร็จสูงขึ้น
- 4) ผู้ป่วยและญาติยังไม่มีความรู้เพียงพอในการดูแลตนเองระหว่างการรักษาวัณโรค ในบางกรณีพบว่า หลังเริ่มยารักษาวัณโรคไปแล้ว ผู้ป่วยต้องกลับมาอนรักษในโรงพยาบาลหลังจากเกิดการแพ้ยา รวมถึงการรับทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการช้าลง

มูลเหตุ ปัจจัย ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบนั้นๆ มีหลายประการ คือ

- 1) ทีมงานได้รับแรงบันดาลใจจากผู้นำ และมีผู้นำต้นแบบในการทำงาน ส่งผลให้ทุกคนในทีมมีความตั้งใจในการดำเนินงานเพื่อเป้าหมายเดียวกัน
- 2) มีการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคที่ครอบคลุมงานและกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน
- 3) ระบบการดูแลรักษาได้ความร่วมมือจากเครือข่าย
- 4) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญของการป้องกันโรค โดยเฉพาะเรือนจำจังหวัดอุดรดิตถ์ แม้ว่ามีความเสี่ยงสูงในการให้ผู้ป่วยออกมาเข้าระบบการรักษาของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ในเรือนจำยินดี เต็มใจทำงานวัณโรค เห็นความสำคัญของการที่ผู้ป่วยชั่งและเรือนจำปลอดภัยจากวัณโรค แม้ภาระงานและความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในเรือนจำจะมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนหลังการเปลี่ยนแปลง พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และมีความมุ่งมั่น กระตือรือร้นที่จะทำงานวัณโรค

ปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงงานวัณโรค มีหลายประการ คือ

- 1) เจ้าหน้าที่มีภาระงานมากขึ้น
- 2) แบบคัดกรองด้วยวาจาไม่มีประสิทธิภาพในการคัดกรอง เพราะผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 50 ไม่มีอาการตามแบบคัดกรอง แต่กลับพบว่าผลการเอ็กซเรย์เข้าเกณฑ์ และผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคจำนวนมาก (AFB Poststive)
- 3) รถเอ็กซเรย์เคลื่อนที่มีขนาดใหญ่ ไม่สามารถเข้าไปในเรือนจำได้ จึงทำให้ไม่สามารถเอ็กซเรย์ผู้ต้องขังได้ทุกราย

แนวทางแก้ไขปัญหามีหลายประการ

- 1) เสนอให้ส่วนกลาง คือสำนักงานวัณโรค พิจารณาแบบคัดกรองวัณโรค และปรับปรุงรูปแบบเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วย
- 2) แนะนำให้เรือนจำติดตั้งเครื่องเอ็กซเรย์ภายในเรือนจำ เนื่องจากการนำผู้ต้องขังออกมานอกเรือนจำมีความเสี่ยงสูงต่อการหลบหนีของผู้ต้องขัง และพื้นที่เรือนจำแออัด โอกาสการเกิดวัณโรคสูงกว่าพื้นที่ทั่วไป กรมราชทัณฑ์ควรพัฒนาระบบการเอกซเรย์ปอดผู้ต้องขังเป็นประจำทุกปี รวมถึงตรวจภาพรังสีปอดผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยไอเรื้อรัง
- 3) การคัดกรองผู้ต้องขังที่สงสัยว่าจะเป็นวัณโรคไปเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
- 4) ปรับปรุงเกณฑ์รับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อกำกับการกลืนยาแบบมีฟิเลียง (DOT) ให้ผู้ป่วย
- 5) ปรับปรุงหลักสูตรการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยใช้เวลาน้อยลง
- 6) เพิ่มมาตรการการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ให้มากยิ่งขึ้น

ประเด็นหลัก : ระบบข้อมูล

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การดำเนินงานวัณโรคในจังหวัดอุดรดิตถ์มีการเปลี่ยนแปลงระบบจัดเก็บข้อมูล จากแบบรายงานกระดาษมาสู่การใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์

กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ประสานขอความร่วมมือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ เพื่อใช้โปรแกรม TB-CM และจัดให้มีการจัดอบรมการใช้โปรแกรม TB-CM

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงและการจัดลำดับความสำคัญผลกระทบ ในการจัดระบบข้อมูล ได้แก่

- 1) เจ้าหน้าที่สามารถรับส่งข้อมูลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว
 - 2) ระบบข้อมูลมีความครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน และ
 - 3) เรือนจำและ รพ.ค่าย ส่งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคทุกรายมาขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
- มูลเหตุ ปัจจัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบนั้นๆ คือเพื่อจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และสามารถจัดทำรายงานวัณโรค และเพื่อช่วยในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ให้สะดวกยิ่งขึ้น

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนหลังการเปลี่ยนแปลง พบว่า

- 1) เจ้าหน้าที่ มีการอัปเดตข้อมูลลงโปรแกรม TB-CM ทุกสัปดาห์
- 2) เจ้าหน้าที่สามารถใช้โปรแกรมเป็น และมีพี่เลี้ยงในทีมเป็นคนช่วยสอน จึงสามารถใช้งานโปรแกรมในการดำเนินงานได้ดียิ่งขึ้น

ปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง ที่พบคือ

- 1) เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ทำให้การลงข้อมูลอาจไม่เป็นปัจจุบัน
- 2) โปรแกรมมีการอัปเดตตลอดเวลา ทำให้เจ้าหน้าที่ติดตามการอัปเดตไม่เป็นปัจจุบัน

แนวทางแก้ไขปัญหา ควรจัดหาให้มีเจ้าหน้าที่สารสนเทศ Information Technology คอยช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงเทคนิคด้าน Information Technology

ประเด็นหลัก : การสื่อสาร

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพบว่า มีการใช้ระบบสารสนเทศมาช่วยในการสื่อสารหลากหลายช่องทางเพิ่มมากขึ้นในการติดต่อประสานงานระหว่างเครือข่ายวัณโรคจังหวัดอุตรดิตถ์

กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง คือ เครือข่ายวัณโรคจังหวัดอุตรดิตถ์มีการติดต่อประสานงานทางอีเมล/ไลน์/โทรศัพท์

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงและการจัดลำดับความสำคัญผลกระทบ ได้แก่

- 1) เจ้าหน้าที่สามารถรับทราบ รวมถึงส่งข้อมูลได้รวดเร็วยิ่งขึ้น
- 2) เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายมีโอกาสติดต่อ ประสานงาน ปกซกันได้มากขึ้น
- 3) การสื่อสารภายในองค์กรโรงพยาบาลในด้านการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่จากหอผู้ป่วยอื่นๆไม่มีความต่อเนื่อง

มูลเหตุ ปัจจัย ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบนั้นๆ คือ

- 1) ภายนอกระหว่างหน่วยงานเครือข่ายรักษาวัณโรคพบว่ายังมีความล่าช้าในการติดต่อประสานงานแบบเดิมที่ใช้หนังสือส่งต่อ ซึ่งบางครั้งไม่ถึงปลายทาง เนื่องจากฝากผู้ป่วยถือไปให้ จึงทำให้ผู้ป่วยหลุดออกจากระบบการรักษา
- 2) ภายในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์พบว่าเจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเมื่อมีการเชิญประชุมงานวัณโรคของโรงพยาบาลนั้น ผู้เข้าประชุมส่วนใหญ่เป็นระดับหัวหน้างาน แต่ผู้ทำงาน คือระดับปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงมีช่องว่างในการสื่อสารภายในโรงพยาบาลระหว่าง คลินิกวัณโรค เวชกรรมสังคม และแผนกหอผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนหลังการเปลี่ยนแปลง คือ เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายมีความคุ้นเคย พุดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลกับการทำงานมากขึ้น

ปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง มีหลายประการได้แก่

- 1) สิทธิในการรักษาความลับของผู้ป่วย
- 2) เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยอื่นๆไม่ทราบแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่
แนวทางแก้ไขปัญหา คือ ในข้อมูลส่วนที่เป็นความลับของผู้ป่วย
- 1) จะส่งข้อมูลทางไลน์/อีเมล ส่วนตัวของผู้ป่วย
- 2) จัดทำหนังสือแจ้งเวียนทุกหน่วยงานภายในองค์กร และนำเรื่องเข้าชี้แจงในการประชุมประจำปี
- 3) ประสานงานทางห้องปฏิบัติการในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เมื่อตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ

ประเด็นหลัก: การมีส่วนร่วม

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในด้านการมีส่วนร่วม คือ ขอความร่วมมือและสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/อาสาสมัครสาธารณสุข/อปพร./ชุมชน/ทหาร/ผู้มีอิทธิพลในสังคม เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการเงิน คน สิ่งของ

กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง คือการจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชนมากขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันมีนโยบายเน้นด้านร้านอาหาร/ปั๊ม/ตลาด มากกว่าในชุมชน ซึ่งส่งผลทำให้เกิดแหล่งรังโรค

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงและการจัดลำดับความสำคัญผลกระทบ คือ

- 1) มีงบประมาณสนับสนุนในการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยวัณโรค
- 2) มีการจัดตั้งเงินกองทุนหมู่บ้านเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วย
- 3) มีการร่วมมือกันของหลายๆหน่วยงาน
- 4) ทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรม ที่ก่อให้เกิดวัณโรคในชุมชน
- 5) มีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีฐานะยากจน ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ เช่น ช่วยในการทำ DOT/ช่วยในการเตรียมชุมชน

มูลเหตุ ปัจจัย ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบนั้นๆ คือ หน่วยงานอื่นๆเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/อาสาสมัครสาธารณสุข/อปพร./ชุมชน/ทหาร/ผู้มีอิทธิพลในสังคม ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากยิ่งขึ้น

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนหลังการเปลี่ยนแปลง คือ การมีจิตอาสา ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง

- 1) นโยบายที่ไม่ได้เน้นไปที่ชุมชนแออัดซึ่งเป็นสถานที่ก่อให้เกิดวัณโรค
- 2) สภาพแวดล้อมในชุมชนที่เข้าถึงยาก

ข้อสังเกต/ข้อเสนอแนะ ในด้านการมีส่วนร่วมพบว่า จังหวัดอุดรธานีโดยเฉพาะชุมชนเมืองมีชุมชนแออัด ซึ่งมีประชาชนอยู่กันอย่างแออัด ฐานะยากจน ทำงานรับจ้างรายวัน มีสุขภาพไม่ดี และพบว่ามีผู้ติดเชื้อ ผู้ใช้สารเสพติด อยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการสาธารณสุข สภาพที่อยู่อาศัยไม่ดีในชุมชนแออัดมีหลายชุมชนในเมือง ข้อเสนอสำหรับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคควรเป็นกลุ่มชุมชนแออัด ซึ่งสามารถขอความช่วยเหลือ ความร่วมมือจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และทหารในการช่วยปรับปรุงสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยของประชาชนกลุ่มนี้

3.1 กลุ่ม 2.3

เป้าหมายผู้เข้าร่วมถอดบทเรียนประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค พยาบาลคลินิกวัณโรค เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุดรธานี

ประเด็นหลัก:ด้านภาวะผู้นำ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พบว่ามีนโยบายให้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 14 วัน ตลอดจนความต้องการให้โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน HA ให้จัดสรรพื้นที่สำหรับคลินิก วัณโรคและจัดโซนและห้องแยกในตึกผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยวัณโรค กำหนดให้พัฒนาระบบตรวจวินิจฉัยด้วยแผ่นฟิล์มดิจิทัล (film digital) ปรับขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย ให้เริ่มต้นด้วยการเอกซเรย์ ปอด (x-ray) ผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคก่อนตรวจเสมหะ (เดิมจะตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคก่อนส่งเอกซเรย์ ปอด) เพิ่มความรวดเร็วในการส่งเสมหะ ลดการแพร่กระจายเชื้อขณะเก็บเสมหะ กำหนดให้มีจุดเก็บ เสมหะหรือตู้เก็บเสมหะ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ที่สำคัญเรียงตามลำดับคืองานวัณโรคได้รับการ สนับสนุนและส่งเสริมพัฒนาที่ดีจากผู้บริหาร ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาที่ลดการแพร่กระจายเชื้อ วัณโรคในโรงพยาบาลและชุมชน เหตุปัจจัย การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบนั้นๆ มาจากนโยบาย จากส่วนกลางนโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้กวาดล้างวัณโรคในเรือนจำผู้บริหารจังหวัดอุดรธานี จึงให้การสนับสนุน จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายการทำงานวัณโรค มีการ ดำเนินการกำหนดมาตรฐานการทำงานต่างๆ เช่น HA มาตรฐานการดำเนินงานคลินิกคุณภาพ คนทำงานมีความสุขต่อการทำงาน ผู้ป่วยวัณโรคไม่รู้สึกรังเกียจ เนื่องจากงานมาตรฐาน HA มีบทที่ว่าเรื่องของสิทธิผู้ป่วยซึ่งรวมถึงสิทธิในการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย

ปัญหา/อุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยภายใน ภาระงานเพิ่มมากขึ้น เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานน้อย โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ตรวจชันสูตร ซึ่งต้องขยายเวลาในการรายงานผล ทรพยากร ไม่เพียงพอ ปัจจัยภายนอก ผู้ป่วยไปรักษาคลินิกแล้วไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาวัณโรค แห่งชาติ (NTP : National Tuberculosis Control Programme Guidelines) ความร่วมมือจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับการค้นหาเชิงรุกยังดำเนินการไม่ครอบคลุม

ประเด็นหลัก:ด้านระบบบริการ

ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคพบการเปลี่ยนแปลงการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มการให้ สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ อีกทั้งจัดให้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มใหญ่ ประกอบด้วยผู้สัมผัสร่วมบ้าน (close contract) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD : Non Communicable Diseases) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงการคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุ กระบวนการหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อคัดกรอง ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย มีแพทย์ช่วยดำเนินการ เพิ่มความชัดเจนในการคัดกรอง เปลี่ยนการรักษาด้วย สูตรยาารวมเม็ด กระบวนการที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยกระบวนการรักษาโดยแพทย์ กระบวนการ รับประทานยาคือผู้ป่วยวัณโรค เกิดระบบการคัดแยกป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การแยก คลินิกตรวจวัณโรค และจุดคัดกรอง การให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง จัดให้มีห้องแยกผู้ป่วยวัณโรค ในแผนกผู้ป่วยใน พัฒนาการกำกับกับการรับประทานยาต่อหน้า(DOT)และการเยี่ยมบ้าน

มูลเหตุปัจจัยของการเปลี่ยนแปลง นโยบายควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ต้องการควบคุมการแพร่เชื้อวัณโรค ความไม่เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาต่อเนื่องจริง ผู้ป่วยวัณโรคบางรายไม่ได้รับการกำกับการรับประทานยาหลังการนอนพักรักษา 14 วันและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้จำนวนเป้าหมายการคัดกรองเพิ่มมากขึ้น เจ้าหน้าที่มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น การตรวจชั้นสูตรตรวจไม่ทัน พบผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรกของการป่วยเข้าสู่การรักษาเร็วขึ้น ลดการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน เพิ่มสูตรการรักษาวัณโรคแบบยารวมเม็ด ผลกระทบด้านลบ ในผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะพบเชื้อมาก (AFB+3) พบว่าส่วนใหญ่ผลการรักษาจะให้ผลลบในเดือนที่ 3 จึงต้องขยายเวลาในการรักษา เนื่องจากปริมาณยารวมเม็ดไม่เท่ากับยาแยกเม็ด ส่วนผลกระทบด้านบวกผู้ป่วยรับประทานยาได้ง่าย สะดวก รับประทาน แพทย์สะดวกในการการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคที่รับประทานยารวมเม็ดมีความสุข เชื่อมมั่นในกระบวนการรักษาเนื่องจากระบบ DOT เป็นสิ่งสนับสนุนว่าผู้ป่วยรับประทานยาจริง ผลสำเร็จของการรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยหายมากขึ้น ผู้ป่วยวัณโรคยินยอมให้กำกับการรับประทานยาที่บ้าน (DOT)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนทำงานวัณโรคหลังการเปลี่ยนแปลง เกิดการยอมรับในการคัดกรองทุกกลุ่มเป้าหมาย ถึงแม้ว่าจะมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นภายใต้ทรัพยากรไม่เพียงพอ และเจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของการดำเนินการกำกับการรับประทานยา (DOT) และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนมีการกระจายองค์ความรู้เรื่องวัณโรคไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาของการเปลี่ยนสูตรยารวมเม็ด แพทย์ที่รักษาไม่มีความรู้เรื่องแนวทางการขยายระยะเวลาการรักษากรณีผลเสมหะพบเชื้อในเดือนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาคณินแพทย์ไม่ขยายระยะเวลาการรักษาวัณโรคเมื่อผลการตรวจเสมหะเดือนที่ 2 พบเชื้อ ชี้แจงให้แพทย์ที่รักษาปฏิบัติตามแนวทาง NTP กรณีแพทย์ที่รักษาไม่ปฏิบัติตาม NTP ปรึกษาผู้อำนวยการเพื่อให้ผู้บริหารให้ความรู้กับแพทย์ และกำหนดให้แพทย์ต้องผ่านการอบรมด้านวัณโรค ผู้ป่วยที่ใช้ยารวมเม็ดไม่สามารถเลือกรับประทานยาที่มีผลข้างเคียง ผู้ป่วยบางรายไม่ยินยอมรักษาเนื่องจากผลข้างเคียงของยารวมเม็ด แนวทางแก้ไขให้ข้อมูลทางด้านกฎหมายแก่ผู้ป่วยกรณีไม่ยอมรักษา ให้นักจิตเวชช่วยในกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยไม่ยอมให้ไปเยี่ยมที่บ้าน เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาเนื่องจากภาระงานมาก ระบบ DOT ไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกคน การจัดแยกโซนตรวจเพิ่มความเครียดกับผู้ป่วย การไม่แยกผู้ป่วยจากชุมชนหากให้สุศึกษาไม่ดีจะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตลอดจนความร่วมมือของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครและผู้ป่วยวัณโรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เช่น การใส่หน้ากากอนามัยในระยะแรกของการรักษาและตลอดระยะเวลาที่มีอาการไอ

ประเด็นหลัก:ด้านระบบข้อมูล

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงาน จัดให้มีโปรแกรม Computer พัฒนาระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค ซึ่งทำให้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยชัดเจนในการส่งต่อและติดตาม ส่งผลให้ระบบการบันทึกและรวบรวมข้อมูลเป็นระบบ สะดวกในการเรียกดูข้อมูล การเชื่อมโยง

ในฐานะข้อมูลครั้งเดียว การส่งต่อรวดเร็ว ปัญหาอุปสรรคที่พบในระยะเริ่มต้นการเพิ่มระบบคอมพิวเตอร์เพิ่มงาน ทั้งการรายงานด้วยแบบรายงาน และลงรายงานในโปรแกรม ความไม่สะดวกในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในคลินิกวัณโรค ในระยะต่อมาทำงานสะดวกขึ้น ปัญหา/อุปสรรคที่ยังคงอยู่ในระบบข้อมูล คือไม่มีคนดูแลระบบ ตลอดจนระบบการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการของโรงพยาบาลชุมชนไม่รองรับกับโปรแกรม TB-CM มีหลายโปรแกรมที่ใช้งานสำหรับส่งข้อมูลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)และมีการอัปเดต(update)โปรแกรมตลอดเจ้าหน้าที่คลินิกที่บันทึกข้อมูลสับสน แนวทางการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะ ควรปรับโปรแกรมเป็นออนไลน์ และจัดให้มีผู้รับผิดชอบโปรแกรมระดับจังหวัดคอยดูแลโปรแกรม มีการเชื่อมต่อข้อมูลประชากรได้ตลอด และจัดประชุมเพื่อเพิ่มทักษะความรู้เรื่องโปรแกรม ต่อเนื่อง และทุกครั้งของการเปลี่ยนแปลง แก้ไขระบบให้ทันต่อการแก้ไขข้อมูลก่อนส่งรายงาน

ประเด็นหลัก:ด้านระบบการสื่อสาร

การสื่อสารข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานวัณโรคระหว่างเครือข่ายภายในจังหวัดอุดรดิตถ์พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีการสร้างเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานงานวัณโรคที่ชัดเจน การประสานงานระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล ให้รับรู้นโยบายของจังหวัดผ่านการประชุมโดยผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานส่งต่อ คณะกรรมการ คณะทำงาน จากการประชุม และผ่านการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.)ซึ่งสื่อสารถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลการสื่อสารเป้าหมายการรักษาที่ชัดเจน ใช้โซเชียลมีเดียในการส่งต่อหรือตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเช่น ไลน์ โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต ในการติดต่อสื่อสาร

กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง นโยบายให้จัดตั้งคณะกรรมการ นโยบายสร้างเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานวัณโรค การประสานงานที่ชัดเจน

ผลซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารสะดวกต่อการทำงาน ได้รับข้อมูลผู้ป่วยรวดเร็ว ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยไม่หลุด/ไม่หายจากระบบการติดตาม ลดปัญหาการส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์อุดรดิตถ์ไปโรงพยาบาลชุมชน แก้ไขปัญหาข้อมูลการส่งต่อไม่ชัดเจน เช่นข้อมูลส่งต่อบางรายไม่ผ่านคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลศูนย์ก่อนส่งมาโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งพบว่าข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคจะไม่ครบ ไม่มีผลการตรวจเสมหะ(AFB) ไม่มีผลการตรวจเอกซเรย์ (x-ray) ไม่มีผลการตรวจเลือด (HIV)

ปัญหาอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงที่พัฒนา คือเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคบางส่วนยังขาดทักษะการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร ส่งผลการสื่อสารบางส่วนไม่ถึงผู้รับข้อมูล การสื่อความหมายการแปลความหมายไม่ตรงกัน ข้อเสนอแนะ มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานและทีมงานที่ดี ทำให้สามารถพูดคุยกันได้ง่ายขึ้น

ประเด็นหลัก:ด้านการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมหรือความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในมุมมองของคนทำงานวัณโรคภาคส่วนภายในโรงพยาบาล ซึ่งมองไปที่ความร่วมมือของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลพบว่ายังไม่เห็นความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลง ความร่วมมือของหน่วยงาน/องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ปัญหา/อุปสรรคของความร่วมมือคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้สนับสนุนงบประมาณเรื่องวัณโรค เนื่องจากไม่ได้จัดทำแผนงานโครงการบรรจุไว้ในแผนปี/แผน 4 ปี

บริบทแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกันในการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางพื้นที่ ความสัมพันธ์ได้รับการสนับสนุนทุกครั้งที่ขอสนับสนุนงบประมาณ บางพื้นที่ไม่เคยขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เงื่อนไขหรือข้อกำหนดการจัดทำโครงการต่างๆ ในการขอรับ งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีลำดับขั้นตอนมาก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การขออนุมัติดำเนินงานซับซ้อนจะต้องทำเอกสารราชการจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปยัง จังหวัด กระบวนการจ่ายเงินยุ่งยาก เงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะโอนเข้าเป็นเงินบำรุง หลังจาก ดำเนินโครงการสำเร็จแล้ว ต้องมีเอกสาร หลักฐานต่างๆ ส่งกลับไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แนวทางการแก้ไขปัญหาปรับ/ประยุกต์รูปแบบการทำงานตามบริบทของพื้นที่ ให้ประชาชนเขียน โครงการภาคประชาชนและดึงเข้าไปเป็นส่วนร่วมในการทำงาน

3.1 กลุ่ม 4

เป้าหมายผู้ร่วมถอดบทเรียนประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นหลัก : ภาวะผู้นำ

การดำเนินงานควบคุมวัณโรคก่อนการเปลี่ยนแปลง พบว่าหน่วยงานระดับสาธารณสุขอำเภอ ยังไม่มีความเข้มข้นในการทำงาน แต่เมื่อเริ่มการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนเริ่มต้นจากยุคของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ คือนายแพทย์ไพศาล ธัญญาวิณิชกุล ที่มีความตั้งใจแน่วแน่ใน การพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคให้มีความก้าวหน้าและสามารถแก้ปัญหาได้จริง จึงได้นำกลยุทธ์ สำคัญมากำหนดในระบบการทำงาน ได้แก่ ทุกระดับของหน่วยงานสาธารณสุขต้องมีการทำข้อตกลง การปฏิบัติงานร่วมกัน (MOU:Memorandum of Understanding) มีการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมเพื่อ กำหนดกระบวนการทำงานที่ชัดเจนในแต่ละระดับกำหนดเป็นตัวชี้วัดหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงส่งผลให้ สาธารณสุขอำเภอ ให้ความสนใจและนำมาเป็นตัวชี้วัด ประกอบกับในส่วนของระดับอำเภอก็ได้มีการทำ MOU ทุกระดับตั้งแต่ อำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำหนดเป็นตัวชี้วัดสำคัญ(KPI : key Performance Indicator) ที่มุ่งเน้นเป้าหมายผลสำเร็จที่ท้าทาย อาทิ 1.อัตราการตายต้องลดลง 2.อัตราการรักษาสำเร็จต้องเพิ่มขึ้น มากกว่าที่กรมควบคุมโรคกำหนด ทั้งนี้ได้กำหนดให้ตัวชี้วัดต่างๆ มีผลต่อการพิจารณาความดี ความชอบ จากการปรับระบบการดำเนินงานดังกล่าวเป็นผลดีต่อการทำงานของระดับอำเภอที่ทำงานเชิงรุก และเข้าถึงในพื้นที่มากขึ้น กล่าวคือสาธารณสุขอำเภอนำทีมออกติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยวัณโรค และกำกับ ติดตามเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการสุ่มตรวจเยี่ยมด้วยตนเอง บุคลากรที่ รับผิดชอบระดับอำเภอมีการเตรียมพร้อมพัฒนาศักยภาพตนเองในเรื่องการทำงาน ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น คือ

- 1) ควรจัดทำ MOU การดำเนินงานวัณโรค ระหว่างผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขกับหน่วยงานสาย การปกครองตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน ในจังหวัด และทุกระดับ
- 2) ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ควรเข้าพบผู้ว่าราชการจังหวัด และนายกองค์การ บริหารส่วนจังหวัด เพื่อชี้แจงความจำเป็น และผลักดันความร่วมมือ

ประเด็นหลัก:ระบบบริการ

การดำเนินงานควบคุมวัณโรคก่อนการเปลี่ยนแปลง พบว่า หน่วยงานระดับสาธารณสุขอำเภอ ยังไม่มีความเข้มข้นในการทำงานเป็นการคัดกรองแบบตั้งรับ แต่เมื่อเริ่มการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนปัจจุบัน คือ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยนโยบายผู้บริหารระดับจังหวัด ส่งผลให้ผู้บริหารสาธารณสุขอำเภอมีงานที่เข้มข้นขึ้นโดยตรวจคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ให้กับกลุ่มเสี่ยงและเน้นบูรณาการกับทุกคลินิก ในระดับอำเภอมีการจัดประชุมเชิงพัฒนากระบวนการ โดยบางอำเภออาจมีการประชุมหลายครั้ง แต่จะมีการประชุมใหญ่ อย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 1 ปี จัด DOT meeting ระดับจังหวัดทุก 3 เดือน มีกระบวนการกำกับ ติดตาม เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการประกวด DOT meeting จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ข้อเสนอแนะสำคัญเพื่อการพัฒนา ได้แก่

- 1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรเป็นผู้กำกับ ติดตาม และประเมินผลกิจกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งวิเคราะห์จุดแข็งและโอกาสการพัฒนาที่ชัดเจนให้เครือข่ายหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอ
- 2) กำหนดมาตรการหรือผลักดันให้เกิดกระบวนการสื่อสารข้อมูลให้อำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นหลัก:ระบบข้อมูล

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายผู้บริหารระดับจังหวัด ส่งผลให้ ผู้บริหารสาธารณสุขอำเภอ มีงานที่เข้มข้นขึ้นโดยมีศูนย์ประสานงานเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลศูนย์ มีการนำโปรแกรม TB-CM มาใช้ในคลินิกวัณโรค (TB clinic) และใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ส่งให้ผู้รับผิดชอบงานที่ต้องไปติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยตรง เข้าถึงข้อมูลรายบุคคล ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมทุกคน อย่างไรก็ตามยังคงพบปัญหาอุปสรรคการลงข้อมูลในโปรแกรม TB-CM บางแห่งใช้เจ้าหน้าที่อื่นลงข้อมูล ทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน และขาดการส่งผลสรุปข้อมูลให้แก่ท้องถิ่น

แนวทางการแก้ไขเกี่ยวกับประเด็นนี้ ได้แก่

- 1) ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ลงข้อมูลในโปรแกรม TB-CM
- 2) หากให้บุคคลอื่นบันทึกข้อมูลควรกำหนดให้ผ่านการฝึกมาก่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรกำกับการควบคุมคุณภาพการลงข้อมูลในโปรแกรม TB-CM
- 3) ควรต้องมีการพิมพ์เอกสารออกมาจากโปรแกรมเพื่อยืนยันข้อมูลและป้องกันการสูญหายหรือความผิดพลาด

ประเด็นหลัก:การสื่อสาร

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยนโยบายผู้บริหารระดับจังหวัด ส่งผลให้มีการกำหนดช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายมากขึ้น ทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่นการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม แทนเอกสารทะเบียนรายงาน การส่งต่อข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตทำให้การรับรู้รวดเร็วขึ้น ผลที่เกิดขึ้นคือ ติดตามผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น ติดตามผู้ป่วยรักษากำกับการรับประทานยาได้รวดเร็วขึ้น อย่างไรก็ตามยังคงพบปัญหาอุปสรรคเปลี่ยนผู้สื่อสารบ่อย บางคนไม่ใช่เทคโนโลยี

ดังนั้นจึงมีข้อเสนอที่สำคัญ คือ

- 1) ควรจัดตั้ง DATA CENTER ระดับอำเภอ
- 2) ควรใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีในการเชื่อมโยงเครือข่าย ที่มีความสะดวก คล่องตัว ต่อเนื่อง ทั้งเครือข่ายทั้ง โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลศูนย์/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล,อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน
- 3) พัฒนาระบบการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยเฉพาะการเก็บยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันยาเสื่อมคุณภาพ

ประเด็นหลัก:การมีส่วนร่วม

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยนโยบายผู้บริหารระดับจังหวัด ส่งผลให้ระดับอำเภอมีการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการ/เครือข่ายดำเนินงานวันโรคที่มสหวิชาชีพนีมีส่วนร่วมในการดำเนินงานวันโรคเชิงระบบมากขึ้น อาทิ มีการออกเยี่ยมผู้ป่วยและได้เห็นสภาพผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเห็นความสำคัญ ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจในการเยี่ยมบ้านเครือข่ายดำเนินงานวันโรคได้รับการอบรมในทุกตำบลและมีข้อเสนอที่สำคัญเพื่อการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น คือ

- 1) ควรจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการดำเนินงาน ผู้ป่วยวันโรคโดยเฉพาะ
- 2) พัฒนากลไกการประสานงานเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งผู้ที่คาดว่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ให้ครอบคลุม
- 3) จัดทำคำสั่งในรูปของคณะกรรมการ/เครือข่ายผู้ดำเนินงานควบคุมโรควันโรคระดับอำเภอ
- 4) จัดเวทีสรุปผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนกระบวนการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยเชิญเครือข่ายผู้ดำเนินงานควบคุมโรควันโรคเข้าร่วมด้วยเสมอ

สรุปแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรควันโรค จากการถอดบทเรียนบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วน ให้การสนับสนุนอย่างดี โดยสนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อมีการขอรับการสนับสนุนโดยการจัดทำโครงการแก้ปัญหาวันโรค รวมทั้งมีการร่วมดำเนินงานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องบางส่วน อาทิ การรณรงค์ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ จัดสรรงบประมาณให้ผู้ป่วยยากไร้ แต่บางส่วนมีส่วนร่วมน้อยเนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณที่จำเป็นต้องจัดสรรเพื่องานโครงสร้างพื้นฐาน สาธารณูปโภคก่อน ยังไม่พบข้อมูลที่มุ่งเน้นแก้ปัญหาโรควันโรค สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจาก ส่วนของสาธารณสุขไม่มีการสื่อสารข้อมูลสถานการณ์ที่จำเป็น ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ทราบว่าเป็นปัญหาประกอบกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางแห่ง ไม่มีผู้รับผิดชอบงานโดยตรง

ข้อเสนอแนะสำคัญเพื่อการพัฒนาและดำเนินงานร่วมกัน ได้แก่

- 1) หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรมีการสื่อสารข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ที่จำเป็นและคืนข้อมูลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับทราบอย่างต่อเนื่อง
- 2) หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสร้างกลไกเพื่อให้เห็นความสำคัญโรควันโรค ทั้งนายอำเภอนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 3) จัดทำ MOU การดำเนินงานวัณโรคระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับ หน่วยงานการปกครองตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนในจังหวัดและทุกระดับ

ข้อจำกัดด้านข้อมูล

ตัวแทนที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีจำนวนน้อย/บางส่วน เป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ที่เพิ่งย้ายมาปฏิบัติงาน

3.4 กลุ่ม 5

เป้าหมายผู้เข้าร่วมถอดบทเรียนประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดอุดรดิตถ์และอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดอุดรดิตถ์

ประเด็นหลัก:ด้านภาวะผู้นำ

เดิมการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในจังหวัดอุดรดิตถ์เป็นการทำงานในรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขเพียงด้านเดียว การวินิจฉัย ส่งต่อ คัดกรอง ทำได้เฉพาะพื้นที่ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์เท่านั้นทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค แต่ในปัจจุบัน จังหวัดอุดรดิตถ์ มีการดำเนินการควบคุมวัณโรคในพื้นที่ได้ดีขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะผู้นำ โดย มีนโยบายและตัวชี้วัด เกี่ยวกับการดำเนินงานวัณโรค ตั้งแต่ระดับกระทรวง ลงมาถึงผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน ทำให้มีการดำเนินการ ป้องกันควบคุมวัณโรค ในจังหวัดอุดรดิตถ์ มีความเข้มแข็ง ครอบคลุม ง่ายต่อการปฏิบัติงาน มีการสร้างแรงจูงใจต่อผู้ปฏิบัติงาน ด้านการพิจารณาความดีความชอบ และผู้นำทุกระดับให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานวัณโรค โดยผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานวัณโรค ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ อาสาสมัครสาธารณสุข มีการทำงานเป็นทีม การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำชุมชนและผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานด้านสาธารณสุขมีเครือข่ายความรู้ ความมั่นใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งภายในและภายนอกกระทรวง ส่วน สาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ ผู้นำตระหนักถึงความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ มีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานวัณโรคของผู้บริหารตั้งแต่ระดับกระทรวง จนถึงหน่วยงานในพื้นที่ มีเครือข่ายในการดำเนินงานวัณโรคมากขึ้น และชุมชนมีความเข้มแข็ง มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งมีหน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานประชาชนให้การยอมรับต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ แต่ยังพบปัญหา อุปสรรค คือ อาสาสมัครสาธารณสุข มีภาระงานมาก ไม่มีค่าตอบแทนในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคและ ตัวชี้วัดด้านสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรค ที่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น แต่นำมานับรวมว่าเสียชีวิตจากวัณโรค ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้ใจ ซึ่งทางกลุ่มได้เสนอแนวทางแก้ไข ของปัญหานี้คือ พิจารณาแก้ไขตัวชี้วัดเกี่ยวกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรค และควรมีใบประกาศเกียรติคุณให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคด้วยเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ

ประเด็นหลัก:ด้านบริการ

ก่อนการเปลี่ยนแปลง ใช้วิธีการคัดกรองผู้ป่วยโดยการเก็บเสมหะร้อยละ 10 ของจำนวนประชากร ที่มีอาการเข้าข่ายกับวัณโรค การรักษาใช้ระยะเวลานาน และปริมาณยาที่ใช้ในการรักษา มาก และมีอาการข้างเคียงสูง แต่ปัจจุบัน ใช้แบบคัดกรองตามกลุ่มเป้าหมาย ลดระยะเวลาในการ วินิจฉัยและรักษาสั้นลง สูตรยาที่ใช้รักษามีจำนวนและปริมาณน้อยทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการ รักษามากขึ้น มีกำลังใจในการเข้ารับการรักษา โดยมีระบบการกำกับติดตามการรับประทานยาที่ดีแบบ มีพี่เลี้ยง ชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ที่สถานพยาบาลใกล้บ้านได้ โดยมีระบบส่งต่อผู้ป่วยและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีเครือข่ายในการร่วมดูแลผู้ป่วย มีการเพิ่มจำนวน บุคลากรในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนในเรื่องของการเยี่ยมบ้าน

ด้านการรักษา มีการติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่อง ชัดเจน

ด้านการค้นหา มีการใช้แบบคัดกรองในการค้นหาผู้ป่วยและมีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง เพื่อความครอบคลุม ในทุกพื้นที่

ด้านการส่งต่อ มีระบบการส่งต่อที่ทันสมัย รวดเร็ว คือมีการใช้เทคโนโลยี ในการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มช่องทาง ในการสื่อสารหลายช่องทาง และสร้างเครือข่ายในการสื่อสารผ่านโซเชียลเน็ตเวิร์ค ทำให้เกิดความ รวดเร็วในการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในพื้นที่

ปัญหาอุปสรรค คือ ด้านการค้นหา ผู้ป่วย ปกปิดความจริง ให้ข้อมูลเท็จ ส่วนผู้ปฏิบัติงานยังไม่เข้าใจ คำถามของแบบคัดกรองที่ใช้ในปัจจุบัน เนื่องจากแบบคัดกรองยังไม่มีคำอธิบาย มีหลายแบบไม่เป็น รูปแบบเดียวกัน และอาสาสมัครสาธารณสุขบางท่าน ไม่สามารถอ่านหนังสือได้

การส่งต่อที่ใช้ โซเชียลเน็ตเวิร์ค ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีภาระค่าใช้จ่ายของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

การเยี่ยมบ้าน(DOT)ทำให้เพิ่มภาระงานให้แก่เจ้าหน้าที่ การติดตามจากสังคม ผู้เยี่ยมบ้านขาดความรู้ ขาดความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อผู้ปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมบ้าน ซึ่งทางกลุ่มได้เสนอแนวทางแก้ไข ของปัญหานี้คือ การทำความเข้าใจในแบบคัดกรองให้แก่ผู้ปฏิบัติงานให้ชัดเจนก่อนลงปฏิบัติงาน ให้ความรู้ทีมคัดกรอง สำหรับการคัดกรองวัณโรคโดยเฉพาะ ควรนำวิธีการคัดกรอง แบบตรวจเสมหะกลับมาใช้ใหม่ เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการค้นหาเนื่องจากการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยปกปิดข้อมูลจริง ควร สนับสนุนค่าใช้จ่ายในเรื่องการติดต่อสื่อสารให้กับผู้เยี่ยมบ้าน และควรเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นทีมโดยมี ผู้นำท้องถิ่นหรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นร่วมเยี่ยมบ้านด้วย

ประเด็นหลัก:ระบบข้อมูล

ก่อนการเปลี่ยนแปลง ระบบข้อมูลมีความซ้ำซ้อน ไม่สามารถแยกประเภทของผู้ป่วยได้ แต่ ปัจจุบันมีการสร้างทะเบียนผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วน และครอบคลุม สามารถส่งต่องานให้ ผู้อื่นได้กรณีผู้รับผิดชอบไม่อยู่ได้ การจัดทำรายงานโดยแยกประเภทรายงาน ส่งผลให้ สามารถ ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคได้ครอบคลุมและรวดเร็วขึ้น

ประเด็นหลัก:การสื่อสาร

ก่อนการเปลี่ยนแปลง ระบบการสื่อสารใช้วิทยุสื่อสารและจัดส่งเอกสารราชการทางไปรษณีย์ ซึ่งมีความล่าช้ามาก แต่ปัจจุบัน ใช้ระบบสื่อสารผ่านเว็บไซต์, โซเชียลเน็ตเวิร์ค มีสายด่วน เสียงตามสาย ส่งผลให้การรับรู้และการกระจายข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีมาตรฐาน สามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรคได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

ประเด็นหลัก:การมีส่วนร่วม

ก่อนการเปลี่ยนแปลงงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ มีหน่วยงานสาธารณสุขดำเนินการเพียงลำพัง ซึ่งมีบุคลากรในการปฏิบัติงานน้อย มีภาระงานมาก มีผู้ป่วยที่ต้องดูแลมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคได้อย่างครอบคลุม แต่ปัจจุบันมีการสร้างเครือข่ายในการทำงานโดยมีการบูรณาการกับองค์กรต่างๆในชุมชน ดึงทุกภาคส่วนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม มีกองทุนสุขภาพตำบล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทุกด้านมีมากขึ้น มีทีมงานในการดำเนินงานโรค (เยี่ยมบ้าน) มีกระบวนการกลุ่มในการดำเนินงาน แต่เครือข่ายยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคต่างๆ จึงควรเพิ่มความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคให้กับเครือข่าย เพื่อให้ทีมมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น ควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีร่วมกับองค์กรอื่น ๆ เพื่อให้มีเครือข่ายในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย และสามารถ ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

4.รายงานบทสรุปการสัมภาษณ์ ผู้บริหารหน่วยงานภาคีเครือข่ายดำเนินงานโรคจังหวัดอุดรดิตถ์วันที่ 16,19,20 มกราคม 2558

รู้.....นโยบายงานโรค

อดีตการทำงานโรคทำตามภารกิจ ความชัดเจนของงานโรคจังหวัดอุดรดิตถ์เริ่มต้นเมื่อปี 2552 นโยบายระดับกรม ระดับกระทรวง ชัดเจนเด่นชัดที่สุด ผู้บริหารระดับจังหวัดขณะนั้น มีแนวคิดผลักดันให้งานโรคเป็นงานประจำเน้นคุณภาพระบบงาน ไม่ใช่งานตามฤดูกาล การดำเนินการตามฤดูกาล ผลสำเร็จน้อย ดำเนินงานหรือการรณรงค์เป็นช่วงเวลา การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องหากไม่มีการกระตุ้นไม่มีหนังสือสั่งการจะไม่ดำเนินการ ประกอบกับประชากรจังหวัดอุดรดิตถ์มีความชัดเจน ขนาดของพื้นที่ไม่ไกลเกินที่จะเดินทางไปกำกับติดตาม นำข้อมูลความจริงของโรค สถานการณ์โรคจริงและปัญหาที่แท้จริงของโรคมาพูดคุยกัน กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ทำหรือไม่ทำ ใครทำได้ ใครทำไม่ได้ มีการปรับเปลี่ยนคนทำงานให้เหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่ กำหนดงานโรคเป็นงานท้าทาย ให้ความรู้แล้วสร้างระบบงานจากบนสู่ล่าง เจ้าหน้าที่เข้าใจ ผู้บริหารระดับจังหวัดติดตามงานผ่านการประชุม

ผลจากอดีตสู่ปัจจุบัน คงนโยบายการให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (Admit) ผู้ป่วยโรครายใหม่ จำนวน 2 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยและญาติที่มีศักยภาพการดูแลและการรับประทานยา ไม่เอื้อต่อการเริ่มต้นรับประทานยาโรค เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติ และการเตรียมชุมชนในการดูแล และการกำกับการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง ลดการแพร่กระจายเชื้อ ประเด็นคุณภาพของการรักษาผู้นำทีมแพทย์ผู้รักษาสั่งการและพูดคุยเรื่องแนวทางการรักษาและปัญหาการรักษาโรค จัดระบบช่องทางติดต่อขอรับคำปรึกษาปัญหาการรักษาหลังเวลาราชการเวลา 16.30-20.00 น. บูรณาการ

งานวัณโรคกับมาตรฐาน HA ซึ่งเน้นการทำงานเกินมาตรฐาน บุคลากรงานวัณโรคกับงาน DHS (District Health System) กำหนดทำข้อตกลง (MOU:Memorandum of Understanding) ระหว่างสาธารณสุขอำเภอ กับผู้รับผิดชอบงาน กำหนดอัตราตายเป็นตัวชี้วัดของกลุ่มงาน/หน่วยงาน หน่วยงานมอบหมายงานวัณโรคเป็นทีม มีคณะทำงานวัณโรคร่วมกันและแบ่งพื้นที่การดูแล บางหน่วยงาน รับงบประมาณการดูแล จากกองทุนโลก เมื่อได้รับรายงานผู้ป่วยในพื้นที่ ก็มอบหมายงาน กำกับติดตาม ประสานงาน ประสานงบประมาณ

ประเด็นปัญหาที่รบกวนการผลักดัน นโยบายงานวัณโรคไม่เด่นชัด งานวัณโรคไม่เป็นปัญหาของพื้นที่ เนื่องจากผลการรักษาสำเร็จเกินเป้าหมายที่กรมควบคุมโรคกำหนด ในขณะที่ท้องถิ่นประกาศนโยบาย ครอบคลุมทุกโรคไม่มีเฉพาะวัณโรค สืบเนื่องมาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ทราบนโยบายงานวัณโรค ไม่ทราบสถานการณ์วัณโรค เข้าใจว่าโรควัณโรคไม่มีแล้ว ไม่เข้าใจกระบวนการดูแลรักษา ผู้ป่วยวัณโรค การควบคุมวัณโรค เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีน้อย ในหน่วยงานที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายเจ้าหน้าที่ด้านปกครองเป็นผู้ประสานงานกับ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ดูแลด้านสาธารณสุข นโยบายด้านการสาธารณสุข ลงสู่ชุมชนน้อยมาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

รู้....ระบบบริการ

ระยะเริ่มการขับเคลื่อนงานวัณโรคตามนโยบายส่งผลให้มีการเพิ่มภาระงานระบบเอกสารรายงาน ผู้รับผิดชอบงานและทีมงานต่อต้านภาระงานที่เพิ่มขึ้น ต่อมาเมื่อเห็นผลสำเร็จของการทำงาน และ ผลสำเร็จของการตรวจประเมินคุณภาพงานซึ่งได้จากเอกสาร ทีมงานยอมรับระบบงานและเอกสารที่ เพิ่มขึ้น

การเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

- 1) การควบคุมคุณภาพของการรักษาด้วยยา มีเภสัชกรจัดยาให้ผู้ป่วยบางหน่วยงานเภสัชกรมาจ่ายยา ณ คลินิกวัณโรค ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาการรับประทานยาเภสัชกรแยกชนิดยาให้ผู้ป่วยเป็นชุด
- 2) ระบบการรักษาของแพทย์ไม่มีปัญหาเนื่องจากรักษาตามแนวทางการรักษาวัณโรค ปัจจัยสำคัญของการรักษาคือการกำกับการรับประทานยา
- 3) การดูแลรักษาในระยะเริ่มต้นของการรักษาจัดให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2 สัปดาห์ ยังคงนโยบายนี้อยู่ ยกเว้นบางรายที่ญาติมีศักยภาพในการกำกับการรับประทานยา
- 4) มีทีมงานแบบสหวิชาชีพเข้ามาร่วมงานดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค
- 5) การตรวจวินิจฉัยและการตรวจขั้นสูง ลดการตรวจเพาะเชื้อทุกราย ให้ตรวจเฉพาะรายตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้สิทธิค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย บางหน่วยงาน ปรับเปลี่ยนผู้อธิบายการเก็บเสมหะจากพยาบาลคลินิกวัณโรคเป็นเจ้าหน้าที่ชั้นสูงซึ่งจะได้เสมหะ ที่มีคุณภาพมากขึ้น ปรับวิธีการตรวจวินิจฉัยเริ่มต้นด้วยการเอกซเรย์แล้วจึงเก็บเสมหะ
- 6) การกำกับการรับประทานยา(DOT) ส่วนใหญ่ให้ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้กำกับการรับประทานยา โดยการกำกับการรับประทานยาครั้งแรกให้ เจ้าหน้าที่ไปพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุข สอนและ สาธิตวิธีการกำกับการรับประทานยาและวางแผนการกำกับการรับประทานยาร่วมผู้ป่วยและญาติ ครั้งต่อไปอาสาสมัครสาธารณสุขไปกำกับการรับประทานยาทุกวัน เจ้าหน้าที่สุ่มประเมิน ขณะเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กรณีผู้ป่วยไม่ยินยอมให้อาสาสมัครสาธารณสุขไปกำกับการรับประทานยาให้ ผู้ป่วยและญาติเลือกผู้นำในชุมชนมาเป็นผู้กำกับการรับประทานยา บางหน่วยงานกำกับการ

รับประทานยาโดยเจ้าหน้าที่แต่ปรับเวลาการรับประทานยาของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับเวลาสะดวกของเจ้าหน้าที่ กิจกรรมที่สนับสนุนการกำกับการรับประทานยาคือการค้นหา Key man ในชุมชนที่จะเป็นอาสาสมัครในการกำกับการรับประทานยา เช่น ผู้นำในท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้าน / ผู้ที่เคยมีญาติป่วยเป็น วัณโรค / พระภิกษุ/ เป็นต้น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง กำหนดเป้าหมายการคัดกรอง ให้เป็นตัวชี้วัดการทำงาน เช่น ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการคัดกรองวัณโรคร้อยละ 80 ผู้สูงอายุต้องได้รับการคัดกรองวัณโรคร้อยละ 100 โดยคัดกรอง ปี ละ 2 ครั้ง บางพื้นที่มีการคัดกรองด้วยคณะทำงานควบคุมโรค ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำในชุมชน บางพื้นที่บูรณาการงานคัดกรองโดยออกแบบคัดกรองกับการคัดกรองหลาย ๆ งาน มีการจัดประชุมชี้แจงการคัดกรองและแบบคัดกรองแก่อาสาสมัครสาธารณสุข

ประเด็นปัญหาที่รอการปรับปรุงแก้ไข การกำกับการรับประทานยาบางพื้นที่ญาติเป็นผู้กำกับการรับประทานยา เจ้าหน้าที่สุ่มประเมินด้วยการนับซองยาขณะเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การกำกับการรับประทานยาโดยอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ใช่การกลืนยาต่อหน้าทุกครั้ง บางครั้งใช้วิธีการถามว่ารับประทานยาหรือยัง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ว่างช่วงที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาวัณโรคพื้นที่ดูแลและกำกับการรับประทานยาได้ต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากใช้ยาสูตรดื้อยา การคัดกรองไม่ครอบคลุม เจริญไม่เต็มที่/ทีมคัดกรองน้อย/ข้อมูลคัดกรองไม่จริง/แบบคัดกรองไม่ได้ข้อมูลจริง ผู้รับการคัดกรองไม่พูดความจริง ขาดหลักสูตรการคัดกรองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ทีมงานหรือเพื่อนร่วมงานในหน่วยงานไม่เข้าใจงานกระบวนการทำงานวัณโรค การสื่อสารสาธารณสุข/ไม่ถึงชุมชน มาตรการทางสังคมไม่ครบทุกพื้นที่ การใช้กฎหมายกับชุมชนส่งผลกระทบต่อชุมชน/ประชาชน ผู้ป่วยมีคดีไม่ให้ความร่วมมือการรักษาการกำกับการรับประทานยา

รู้.....ระบบข้อมูล

ระบบการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยให้พื้นที่เพื่อการติดตามการกำกับการรับประทานยา พัฒนารวดเร็วขึ้นในอดีตระยะเวลาการส่งคืนข้อมูลประมาณ 2 เดือน ปัจจุบัน ปรับเปลี่ยนการแจ้งทางไลน์แล้วให้เจ้าหน้าที่ไปรับข้อมูลและยาของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในพื้นที่

ประเด็นปัญหาที่รอการปรับปรุงแก้ไข ขาดข้อมูลวัณโรคในพื้นที่ พื้นที่ขาดความรู้ แนวปฏิบัติขั้นตอนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่คืนข้อมูลสถานการณ์วัณโรคให้ภาคีเครือข่ายท้องถิ่น ฐานข้อมูลระบุผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่แต่ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในพื้นที่ ผู้ป่วยในพื้นที่แต่อยู่นอกเขตไม่ได้รับการกำกับการรับประทานยาส่งผลให้ขาดยาและตาย ผู้ป่วยอยู่นอกพื้นที่ไม่ได้รับการคัดกรองต่อเนื่อง พบเมื่อมีอาการป่วยกลับมารักษาล่าช้า ผู้ป่วย HIV ไม่เปิดเผยตัวชุมชนคัดกรองไม่ได้ การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคมาชุมชนจำนวนยาที่ได้มาไม่ครบไม่สามารถประเมินหรือตรวจเช็คความครบถ้วนของการรับประทานยาได้

รู้.....ระบบการสื่อสาร

การสื่อสารภายในโรงพยาบาล เกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่เป็นการสื่อสารตามแนวทางเวชปฏิบัติ(Clinical Practic Guidelines) ส่วนการสื่อสารระหว่างทีมงานสาธารณสุขจัดให้มีการประชุมเรื่องการควบคุมวัณโรคระดับอำเภอ โดยโรงพยาบาลเป็นเจ้าภาพการจัดประชุม

ประเด็นปัญหาที่รอการปรับปรุงแก้ไข การส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์มายังโรงพยาบาลในพื้นที่ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ไม่ชัดเจน การส่งเอกสารไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนังสือค้างที่สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานไม่อยู่หลายวันพื้นที่ได้เอกสารล่าช้า การคืนข้อมูลให้พื้นที่ พบ ปัญหาเจ้าหน้าที่ขาดจรรยาบรรณเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล การเปิดเผยข้อมูล

รู้.....การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

บูรณาการงานวัณโรคเข้ากับงานของอำเภอ บรรจุในวาระการประชุมอำเภอ มีคณะกรรมการ ระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุน งบประมาณ /คน/ รถบริการ การสร้างแรงจูงใจในการทำงานด้วยการพิจารณาความดีความชอบตามตัวชี้วัดผลงาน การสนับสนุน ประสานงาน อำนาจ ความสะดวกในการทำงาน การสนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การมอบใบประกาศ ให้อาสาสมัครสาธารณสุข จัดกิจกรรมนำเสนอผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข สนับสนุนอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

ประเด็นปัญหาที่รอการปรับปรุงแก้ไข ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคศึกษาวิชาการวัณโรคน้อย องค์กร-ปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ไม่มีเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขไม่เข้าใจเรื่องระบาดวิทยา การบูรณาการ วัณโรคระดับอำเภอ งานวัณโรคไม่เป็นปัญหาในพื้นที่ นายอำเภอไม่จำเป็นต้องติดตามงาน นโยบาย วัณโรคไม่ชัดเจนเรื่องบทบาทหน้าที่ของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขาดหลักสูตรการสร้างความรู้เข้าใจ เรื่องวัณโรคสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้นำท้องถิ่น/ท้องถิ่น

ความคาดหวัง.....สิ่งที่ยอยากให้เกิดขึ้นของผู้บริหาร

การพัฒนาองค์ความรู้วัณโรคครอบคลุมต่อเนื่องทุกระดับ ปัจจุบันใช้ระบบรุ่นที่สอนรุ่นน้อง องค์ความรู้ที่ได้ไม่เพียงพอ ไม่ครบถ้วน ต้องผลักดันให้มีกิจกรรมสร้างนวัตกรรมการทำงานวัณโรค การประกวด การสร้างงาน นวัตกรรมใหม่ เพิ่มการสร้างแรงจูงใจการทำงานโดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของงานการสอนสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) งานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) งานวัณโรค อีกทั้งประกาศเกียรติคุณ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกระดับ ผลักดันให้การ ก้ากับการรับประทานยาต่อหน้าให้ได้ครอบคลุมทุกราย ต้องจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขดูแล ผู้ป่วยวัณโรค 1 คนต่อ 1 อาสาสมัครสาธารณสุข เพิ่มบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการ ก้ากับการรับประทานยาต่อหน้า โดยแจ้งข้อมูลผู้ป่วยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดเป็น ตัวชี้วัด การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการก้ากับการรับประทานยา ควรเพิ่ม นักจิตวิทยาหรือองค์ความรู้ ด้านจิตวิทยาให้ทีมงานการก้ากับการรับประทานยาต่อหน้า เพิ่มกิจกรรม ทบทวนวิชาการวัณโรคให้คนทำงานวัณโรค โดยเฉพาะองค์ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในชุมชน การคืนข้อมูลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางแห่งอาจคืนเป็นข้อมูล จำนวน เพศ อายุ ซึ่งเป็นข้อมูลภาพรวมทั้งพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือจำแนกเป็นหมู่บ้าน แต่จะไม่คืนข้อมูลเป็น รายชื่อ และที่อยู่ของผู้ป่วย การชี้แจงในวาระการประชุมระดับอำเภอให้รายงานสถานการณ์พื้นที่ สำหรับพื้นที่ไหนไม่มีผู้ป่วยให้รายงานเป็น Zero report การคืนข้อมูลเร็ว การค้นหาเร็ว แก้ปัญหา การรักษาให้สำเร็จได้ ควรทบทวน หรือปรับปรุงค่านิยมการตายด้วยวัณโรค ควรเพิ่มมาตรการสร้าง

ความตระหนักให้ญาติและผู้ป่วยให้มีคุณภาพในการรักษาและการรับประทายต่อเนื่อง อีกทั้งนโยบายของผู้บริหารกับงานวัณโรค ต้องชัดเจน เพิ่มความชัดเจนของระบบการสื่อสารระหว่าง แม่ข่าย กับ ลูกข่าย และระบบการปรึกษากับโรงพยาบาลศูนย์แม่ข่ายและการคืนข้อมูลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5. รายงานบทสรุปการศึกษาดูงาน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 21-23 มกราคม 2558 นโยบายงานวัณโรค

แนวทางการดำเนินงานวัณโรคจังหวัดเชียงใหม่ ผู้บริหารกำหนดนโยบายที่ชัดเจนด้านการทำงานวัณโรคตั้งแต่ปี 2553 โดยมีการกระจายนโยบายตามลำดับ กำหนดให้อำเภอดำเนินงาน อำเภอกวนเค็มโรค และวัณโรคจะอยู่ในตัวชี้วัด จัดให้มีการทำข้อตกลง (MOU) ทุกพื้นที่ ครอบคลุมถึงในชุมชนโดยการทำข้อตกลง (MOU ภาคประชาชน) กับประชาชนทุกกลุ่มภายในชุมชน ทำข้อตกลงดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรการขั้นเด็ดขาดสำหรับการรับประทายวัณโรค กำหนดตัวชี้วัดของแต่ละพื้นที่เพื่อให้ประชาชนลุกขึ้นมาดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง ตั้งเป้าหมาย ในการทำงานและติดตามการดำเนินงานเมื่อสำเร็จว่าบรรลุตามเป้าหมาย หรือไม่ และปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขหรือหมดไปหรือยัง สนับสนุนให้คำตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุขในการกำกับกับการรับประทาย(DOT)

ระบบบริการดูแลรักษาวัณโรค

การสร้างประสิทธิภาพของการรักษาไม่มีนโยบายการให้ผู้ป่วยนอนพักรักษา 14 วันในระยะเริ่มแรกของการรักษาวัณโรค แต่จะดูตามลักษณะอาการการพูดคุยให้คำแนะนำเตรียมความพร้อมในการรักษาวัณโรคที่มีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประสบความสำเร็จของการรักษา เจ้าหน้าที่ออกไปให้ความรู้ผู้ป่วยพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมและกำกับการรับประทาย การจัดให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลในระยะเริ่มต้นของการรักษา ดำเนินการเป็นบางกรณี แต่เน้นใช้วิธีการกำกับการรับประทาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ มีอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้กำกับการรับประทาย การกำกับการรับประทายครั้งแรก อาสาสมัครสาธารณสุขไปพร้อมกับเจ้าหน้าที่เพื่อชี้แจงการกำกับการรับประทายโดยอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยไม่สะดวกให้ อาสาสมัครสาธารณสุขกำกับการรับประทาย ก็จะให้ผู้ป่วยและญาติร่วมวางแผนเลือกผู้กำกับการรับประทาย การบริหารจัดการยาวัณโรคที่บ้านผู้ป่วยกำหนดเก็บยาวัณโรคไว้กับญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขมากำกับการรับประทายทุกวัน กำกับการรับประทายไม่สามารถดำเนินการได้ทำทุกราย แนวทางการแก้ปัญหาผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถกำกับการรับประทายได้ทุกวัน ให้ตรวจเช็คผู้ป่วยไปรับยาตรงตามนัดหรือไม่และติดตามทันทีหากไม่มาตามนัด การใช้ผู้นำชุมชน พระภิกษุสงฆ์เป็นผู้เข้าไปร่วมวางแผนการกำกับการรับประทายโน้มน้าวจิตใจ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในพื้นที่อำเภอหางดงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ไม่มีเรื่องการติตรา เนื่องจากชุมชนยอมรับและยินยอมเปิดเผยข้อมูลระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลดำเนินการดังนี้ ผู้ป่วย วัณโรครายใหม่ซึ่ง

อยู่ในระยะแพร่เชื้อวันแรก จะมีญาติหรือเจ้าหน้าที่รับยาแทนจากแผนกจ่ายยา เภสัชกรเป็นผู้จัดยา มีนวัตกรรมถุงเก็บเสมหะประจำตัวผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ต้องออกไปจากบ้าน และนำไปเผาหรือฝังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จัดระบบการคัดแยกผู้ป่วยและแยกคลินิกรักษาผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยทั่วไป ให้บริการแบบ one stop service มีสัญลักษณ์ติดที่มุมบัตรประวัติผู้ป่วย(OPD Card) สำหรับการแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) มีบทบาทในการจัดระบบการคัดแยกผู้ป่วยและมีส่วนร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคเป็นทีมสหวิชาชีพ การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค จากการคัดกรองด้วยวาจา และเอกซเรย์แบบคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค ใช้แบบคัดกรอง 1 ใบ ต่อกลุ่มเสี่ยง 1 คน ทุกใบที่อาสาสมัครสาธารณสุขคัดกรอง เจ้าหน้าที่นำมาตรวจสอบ หากพบอาการผิดปกติเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปคัดกรองอีกครั้ง จัดกิจกรรมสนับสนุนการคัดกรอง จัดเวทีสำหรับให้ประชาชนเดินเข้ามาคัดกรองด้วยตนเองโดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขแกนนำด้านวัณโรค ตามแบบฟอร์มคัดกรอง ซึ่งมีรูปแบบชัดเจน อาสาสมัครสาธารณสุขจะมีข้อมูลกลุ่มเสี่ยงสูงในความรับผิดชอบของตนเองและคัดกรองด้วยวาจาตามแบบคัดกรองเป็นงานประจำทุกเดือนจำแนกความถี่ของการคัดกรองตามกลุ่มเสี่ยง เช่น การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ HIV คัดกรองด้วยวาจา และเอกซเรย์ ปีละ 2 ครั้ง การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน(contact house hold)คัดกรองทุกเดือน เป็นต้น งบประมาณการคัดกรอง ใช้งบเครือข่ายภาคประชาชน ซึ่งมีเครือข่าย 25 อำเภอ ก่อตั้งเมื่อเดือนมกราคม 2553 โดย พ่อประธาน โชติ ได้ระดมทุนจากการจัดงานเป็นต้นทุนการทำงานภาคประชาชน การเก็บเสมหะจากกลุ่มเสี่ยง อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทมากในการเก็บเสมหะ และจะเป็นผู้ที่ติดตามประชาชนที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบความเสี่ยงนำไปตรวจที่โรงพยาบาล

ระบบข้อมูลและการสื่อสาร

กระบวนการสื่อสารเครือข่ายทำงานวัณโรคในอำเภอหาดง ใช้วิธีการสื่อสารโซเชียลมีเดียสื่อสารผ่านทาง โทรศัพท์ ทางอีเมลและไลน์ ทำให้การส่งต่อ สะดวก ง่าย และรวดเร็ว มีระบบการส่งต่อข้อมูล ออกเป็นตารางไฟล์เอ็กเซล(Excel) ซึ่งผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคสามารถดึงข้อมูลจากระบบTB-CM แล้วจัดส่งไปให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดตามดูแลและกำกับติดตามให้ผู้ป่วยมารับยาตามนัด การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัดเพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีการประชุมทีมงานวัณโรคในโรงพยาบาลทุก 3 เดือน มีการจัดทำรายงานผู้ป่วย เสียชีวิต

การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ในอำเภอหาดงโดยเฉพาะตำบลบ้านไร่ เครือข่ายมีความเข้มแข็ง ปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินการคือการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรต่างๆ ประกอบด้วยงบของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณจากสำนักงานส่งเสริมการสร้างสุขภาพ งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)งบประมาณจากเครือข่ายวัณโรคภาคประชาชน จากกองทุนโลก(NGO)

จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจากเครือข่ายวันโรคภาคประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งนำเสนอโครงการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานวันโรค ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนมีอาสาสมัครแกนนำจะมีอาสาสมัครซึ่งเป็นคนต่างด้าว (อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว) และอาสาสมัครสาธารณสุขเด็กเป็นเครือข่ายในการคัดกรองผู้ป่วยวันโรค สร้างการมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีเสวนา โดยมีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คัดเลือกบุคคลที่มีต้นทุนและศักยภาพในชุมชนมาเป็นทีมการดำเนินงาน คัดเลือกบุคคลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับทราบข้อมูลสถานการณ์วันโรคประกอบการพิจารณางบประมาณของโครงการที่เสนอ มีการคืนข้อมูลให้ผู้นำชุมชนผ่านประชุมผู้นำชุมชนระดับอำเภอ จัดเวทีเสวนาปัญหาวันโรค โดยการลงไปคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การใช้เครือข่ายในชุมชนในการเฝ้าระวังวันโรคในชุมชนเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมองค์กรที่เชื่อฟังผู้นำชุมชน(พ่อหลวง) มีการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งกลุ่มช่วยกันทำงาน ส่งผลให้มีความตั้งใจในการทำงานมากขึ้น กระตุ้นให้ประชาชนลุกขึ้นมาดูแลสุขภาพตนเอง มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในระบบหมู่บ้านมีการนำเสนอแผนงานโครงการวันโรค ผ่านคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ

การนำมาประยุกต์ใช้ในการเติมเต็มส่วนขาดการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวันโรคแบบครบวงจร

แนวทางการนำประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาดูงานมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการตรวจสอบและการรับส่งข้อมูลในทุกระดับ แนวทางการกำหนดมาตรการทางสังคมมาเสริมการกำกับ การรับประทายา การสร้างเครือข่ายภาคประชาชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งเป็นช่องทางการขอรับ การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอาสาสมัครสาธารณสุขรู้แนวทางการปลูกฝังให้ประชาชนลุกขึ้นมาให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง แนวทางการสรุปข้อมูล และการคืนข้อมูลให้ชุมชนเรื่องสถานการณ์ รวมถึงระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคืนข้อมูลให้กับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุขผ่านจากเวทีประชาคม แนวทางการแก้ไขปัญหการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย แนวทางการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับหมู่บ้านการสร้าง ความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนให้มีส่วนร่วมชุมชน เข้าใจ เห็นความสำคัญ และตระหนักในเรื่องวันโรค การเพิ่มบทบาทให้อาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามกำกับกำกับการรับประทายา การคืนข้อมูลให้ชุมชน การให้ความรู้ความเข้าใจผ่านการจัดเวทีเสวนาในชุมชนให้ชุมชนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องวันโรคใน ระยะแพร่เชื้อและการสร้างภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยวันโรค

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปการถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคครบวงจร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อทำให้เกิดความรู้ที่เป็นบทเรียน นำไปปรับปรุงการปฏิบัติงานในโครงการต่อไปให้ดีขึ้น ผู้ปฏิบัติงานในทุกส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ได้ทำความเข้าใจและตระหนักในการทำงานของภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาความร่วมมือของเครือข่ายงานวัณโรคระดับพื้นที่ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบครบวงจร ซึ่งการศึกษครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป้าหมายหน่วยบริการที่มีผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในพื้นที่ระหว่างปี 2555-2558 และสามารถเข้าร่วมถอดบทเรียนหรือให้ความร่วมมือให้สัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุข ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ประสานงานวัณโรค ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลคลินิกวัณโรค เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เจ้าหน้าที่งานชันสูตรผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล เจ้าหน้าที่ส่วนสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประชนาผู้ป่วยวัณโรคจาก 6 อำเภอในจังหวัดอุดรธานี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ได้สร้างกรอบประเด็นคำถามในการถอดบทเรียน สัมภาษณ์ และประเด็นส่วนขาดซึ่งได้จากการถอดบทเรียนสำหรับศึกษาดูงาน ประเด็นคำถาม สร้างขึ้นจากการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ และกระบวนการถอดบทเรียน แล้วกำหนดประเด็นที่ต้องการศึกษา เหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดอุดรธานี 5 ประเด็นหลักคือ ภาวะผู้นำระบบบริการ ระบบข้อมูล การสื่อสาร การมีส่วนร่วม ทดสอบความเที่ยงตรงของประเด็นคำถาม ด้วยการสาธิตและฝึกทักษะการถอดบทเรียนในห้องประชุม สร้างทีมการถอดบทเรียน ระหว่างวันที่ 22-23 พฤศจิกายน 2557 โดยมีอธิบดีคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร ผศ.ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร เป็นผู้แนะนำการสาธิตและฝึกทักษะ ผลการถอดบทเรียนพบว่า

1) สาระการศึกษาการถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคครบวงจรจำแนกวิธีการดังนี้

(1) การประชุมกลุ่มถอดบทเรียนมีประเด็นสำคัญซึ่งเป็นแนวทางการปรับปรุงระบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคจังหวัดอุดรธานี เช่น การเพิ่มกิจกรรมในคลินิกบริการให้ได้ตามแนวทางคลินิกวัณโรคคุณภาพ ให้ครบถ้วนทุกกิจกรรม แนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง แบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ การตรวจชันสูตรที่มีคุณภาพ การบริหารจัดการคุณภาพยา การบริหารจัดการระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองการดูแลแรงงานต่างด้าว การบริหารจัดการป้องกันการขาดยาและการดื้อยา การกำกับการรับประชนาต่อหน้า การมีส่วนร่วมของพื้นที่ในการกำกับการรับประชนา การพัฒนาศักยภาพของทีมงานทุกภาคส่วน การพัฒนาการสื่อสารสาธารณะ การมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมวัณโรค การส่งเสริมการศึกษวิจัย เพื่อพัฒนาการควบคุมวัณโรค ให้เกิดประโยชน์แก่คณะทำงานในจังหวัดอุดรธานี จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 2 และจังหวัด หรือเขตอื่น ในประเทศไทยต่อไป

(2) จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานภาคีเครือข่ายดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค ประเด็นหรือแนวคิดที่สำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ ซึ่งมีส่วนส่งผลให้การดำเนินงานวัณโรคพื้นที่และจังหวัดอุดรธานี ประสบผลสำเร็จ เช่น การคงนโยบายการให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล การเตรียมชุมชนในการดูแล

และการกำกับการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง ลดการแพร่กระจายเชื้อ ประเด็นคุณภาพของการรักษา ผู้นำทีมแพทย์ผู้รักษาสั่งการ พุดคุยเรื่องแนวทางการรักษาและปัญหาการรักษาวัณโรค จัดระบบช่องทางติดต่อขอรับคำปรึกษาปัญหาการรักษาหลังเวลาราชการ บูรณางานวัณโรคกับมาตรฐาน HA และ DHS (District Health System) กำหนดทำข้อตกลง (MOU:Memorandum of Understanding) ระหว่างสาธารณสุขอำเภอกับผู้รับผิดชอบงาน กำหนดอัตราเสียชีวิตเป็นตัวชี้วัดของกลุ่มงาน/หน่วยงาน การสื่อสารภายในโรงพยาบาล ผ่านทาง CPG (Clinical Practice Guideline) สำหรับการสื่อสารระหว่างทีมงานสาธารณสุข จัดให้มีการประชุมคณะทำงานวัณโรค (DOTs Meeting) ระดับอำเภอ บูรณาการงานวัณโรคเข้ากับงานของอำเภอ บรรจุในวาระการประชุม และจัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุน งบประมาณ/คน

(3) บทเรียนสำคัญซึ่งได้จากการศึกษาดูงาน เช่น นโยบายงานวัณโรค ผู้บริหารกำหนดนโยบายที่ชัดเจนด้านการดำเนินงาน กำหนดให้วัณโรคจะอยู่ในตัวชี้วัดการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรค และ จัดให้มีการทำข้อตกลง (MOU) ทุกพื้นที่ ครอบคลุมถึงในชุมชนโดยการทำสัญญาใจ (MOU ภาคประชาชน) ระบบบริการดูแลรักษาวัณโรคการสร้างประสิทธิภาพของการรักษามีนโยบายการให้ผู้ป่วยนอนพักรักษา 14 วันในระยะเริ่มแรกของการรักษาวัณโรค การใช้ผู้นำชุมชน พระภิกษุสงฆ์ ร่วมวางแผนกำกับการรับประทานยา โน้มน้าวจิตใจและหาหนทางแก้ไขร่วมกัน ระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีนวัตกรรมถุงเก็บเสมหะประจำตัวผู้ป่วย ระบบข้อมูลและการสื่อสาร มีระบบการส่งต่อข้อมูล ออกเป็นตารางไฟว์เอ็กเซล (Excel) ซึ่งผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคดึงข้อมูลจากระบบTB-CM แล้วจัดส่งไปให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดตามดูแลและกำกับติดตามให้ผู้ป่วยมารับยาตามนัด การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัดเพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีการประชุมทีมงานวัณโรคในโรงพยาบาลทุก 3 เดือน มีการจัดทำกรรณายานผู้ป่วย เสียชีวิต การมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีความเข้มแข็งของเครือข่ายปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินการ คือการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรต่างๆ และงบประมาณจากเครือข่ายวัณโรค ภาคประชาชน มีอาสาสมัครแกนนำต่างด้าว อาสาสมัครสาธารณสุขเด็ก การคืนข้อมูลให้ภาคี การจัดเวทีเสวนาปัญหาวัณโรค การใช้เครือข่ายในชุมชนในการเฝ้าระวังวัณโรคในชุมชน เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมองค์กรที่เชื่อฟังผู้นำชุมชน (พ่อหลวง) มีการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งกลุ่มช่วยกันทำงาน ส่งผลให้มีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น กระตุ้นให้ประชาชนลุกขึ้นมาดูแลสุขภาพตนเอง มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในระบบหมู่บ้านมีการนำเสนอแผนงานโครงการวัณโรค ผ่านคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ

2) ผลการถอดบทเรียนตอบคำถามที่ตั้งไว้ในบทที่ 1 กล่าวคือ (1) บทเรียนความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดอุดรดิตถ์คืออะไร (2) ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายดำเนินงานวัณโรคเป็นอย่างไร (3) วิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลรักษาวัณโรคเป็นอย่างไร (4) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลรักษาวัณโรคเป็นแบบครบวงจรหรือไม่ ดังนี้

(1) บทเรียนความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดอุดรดิตถ์ คือนโยบายและการนำของผู้บริหาร ระดับกระทรวง/กรม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขนายแพทย์ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ กำหนดให้วัณโรคเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดขณะนั้นคือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายแพทย์ไพศาล ธัญญาวิณิจกุล ผลักดันให้งานวัณโรคเป็นงานประจำ เน้นคุณภาพระบบงาน ไม่ใช่งานตามฤดูกาล กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ ให้ทุกระดับในหน่วยงานสาธารณสุขทำข้อตกลงการปฏิบัติงานร่วมกัน(MOU) หน่วยงานใดปฏิบัติไม่ได้ ให้ปรับเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานนั้น ยุทธศาสตร์การทำงานอย่างมีส่วนร่วมกำหนดกระบวนการทำงานที่ชัดเจน ในแต่ละระดับ งานวัณโรคเป็นตัวชี้วัดหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 8 แห่ง รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหักและ ผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัดอุดรดิตถ์ที่ตอบรับนโยบายการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำจังหวัดและประกาศเป็นนโยบายเร่งรัดการดำเนินงานวัณโรค จากการเปลี่ยนแปลงของภาวะการนำ

ในขณะนั้นส่งผลให้ ผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจและตื่นตัวในการทำงานวัณโรค ต่อเนื่องถึงการดำเนินงานวัณโรคในปัจจุบันประสบผลสำเร็จ ซึ่งบทเรียนความสำเร็จที่พบคือ

1.1 ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ด้านระบบการรักษาวัณโรคประกอบด้วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การค้นหา การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา การกำกับการรับประทานยา(DOT) ข้อค้นพบที่ได้จากการถอดบทเรียน คือ การสร้างระบบบริการงานวัณโรคเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด เพิ่มการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคภายในโรงพยาบาล ด้วยกระบวนการทบทวนความเสี่ยง งานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) จัดให้มีโซนแยกตรวจผู้ป่วยวัณโรค จุดบริการเก็บเสมหะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเก็บเสมหะในโรงพยาบาล โรงพยาบาล บางแห่งจัดซื้อตู้เก็บเสมหะสำเร็จรูป เพิ่มระบบการให้คำแนะนำ การเก็บเสมหะโดยเจ้าหน้าที่ตรวจชั้นสูตรและตรวจสอบคุณภาพของเสมหะที่นำมาส่งทุกครั้งทุกคน พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมชุมชน สำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ เพิ่มพี่เลี้ยงการกำกับการรับประทานยาต่อหน้า โดยอาสาสมัครสาธารณสุข การคัดกรองมีแบบคัดกรองเฉพาะวัณโรค เพิ่มกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองวัณโรค ในผู้สูงอายุ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (Close contact) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ต้องขังและแรงงานต่างด้าว เน้นการคัดกรองเชิงรุก ผู้บริหารสาธารณสุขอำเภอขับเคลื่อนการทำงานเชิงรุกให้อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่

1.2 ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้านการสื่อสาร พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล(TB-CM) เป็นโปรแกรมสำเร็จรูปแบบ Off Line สามารถนำออกข้อมูลรายงานได้ ทบทวนขั้นตอนการออกไปส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค(บส.09) ให้ผ่านคลินิกวัณโรคทุกราย เพื่อลงข้อมูลการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ปรับเปลี่ยนวิธีการส่งให้ถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค รายนั้น ๆ เพิ่มระบบการสื่อสารทางโซเชียลเน็ตเวิร์ด การสื่อสารไม่จำกัดเฉพาะเจ้าหน้าที่มีช่องทางสายด่วนปรึกษาปัญหาการรักษาวัณโรค การสื่อสารข่าวสารด้านนโยบาย สื่อสารผ่านการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน และการประชุมคณะทำงานวัณโรค (DOTs Meeting) ทุก 3 เดือน

(2) ผลการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายดำเนินงานวัณโรคและวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลรักษาวัณโรค โดยจัดทำคำสั่งคณะกรรมการเครือข่ายวัณโรค กำหนดตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับงานวัณโรค ส่งผลให้เกิดการบูรณาการงานวัณโรคเข้ากับงานของอำเภอ บรรลุงานวัณโรคเป็นวาระการประชุมอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนงบประมาณ คนทำงาน และรถบริการรับส่งผู้ป่วยวัณโรค สร้างแรงจูงใจให้อาสาสมัครโดยสนับสนุนการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านงานวัณโรค ผลักดันปัญหาวัณโรคเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะชุมชนแออัดซึ่งเป็นที่อยู่ของผู้ด้อยโอกาสในเขตเมือง เพื่อสร้างโอกาสของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในชุมชนแออัด ขยายความร่วมมือเข้าไปในเรือนจำและโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก เพื่อคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในผู้ต้องขัง และประชากรในค่ายทหาร มีทั้งข้าราชการทหารครอบครัวของข้าราชการทหาร ตลอดจนทหารเกณฑ์ ซึ่งเป็นอีกกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนนอน ระดับของความร่วมมือเพิ่มมากขึ้นมีการส่งรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03)

(3) ผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลรักษาวัณโรคแบบครบวงจรครอบคลุม กล่าวคือการทำงานเฝ้าระวัง ค้นหาผู้สัมผัสร่วมบ้านสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ลดการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชน การดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรครักษาต่อเนื่อง การสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่าจังหวัดอุดรธานีมีการพัฒนาระบบการคัดกรอง โดยมีแบบคัดกรองเฉพาะวัณโรคเพิ่มกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองวัณโรคในผู้สูงอายุ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (Close contact) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ต้องขัง และแรงงานต่างด้าว เน้นการคัดกรองเชิงรุก ผู้บริหารสาธารณสุขอำเภอขับเคลื่อนการทำงานเชิงรุกให้

อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่ สำหรับการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมลดการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชน การดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรครักษาต่อเนื่อง มีกระบวนการพัฒนาเพิ่มการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคภายในโรงพยาบาล ด้วยกระบวนการทบทวนความเสี่ยงงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) จัดให้มีโซนแยกตรวจผู้ป่วยวัณโรค จุดบริการเก็บเสมหะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเก็บเสมหะในโรงพยาบาล โรงพยาบาลบางแห่งจัดซื้อตู้เก็บเสมหะสำเร็จรูป พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมชุมชน สำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ เพิ่มพี่เลี้ยงการกำกับกำกับการรับประทายยาต่อหน้า (DOT) โดยอาสาสมัครสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ยังไม่พบว่ามีหน่วยงานดำเนินการที่ชัดเจน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลรักษาวัณโรค จึงไม่ครบวงจรแบบองค์รวม

อภิปรายผลการถอดบทเรียน

ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดอุดรธานี เป็นผลจากนโยบายระดับกรม ระดับกระทรวง ซึ่งการวางรากฐานในปี 2552 เป็นเรื่องของนโยบายและการนำของผู้บริหารมีการวางรากฐานการดำเนินวัณโรคกำหนดนโยบายขณะนั้นชัดเจนมีต้นแบบการดำเนินงานและมีการกำกับติดตามจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ซึ่งต่อมา มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร ถึงแม้ไม่ได้กำหนดนโยบายวัณโรคเป็นงานเร่งด่วน แต่ระบบการทำงานวัณโรค ยังดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการทำงาน และความเข้มแข็งของคณะทำงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ผู้ประสานงานในโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค และภาคีเครือข่ายดำเนินงานวัณโรค ตลอดจนความชัดเจนผู้ประสานงานระดับจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติพุทธศักราช 2556 ในบทบาทและหน้าที่ของสำนักวัณโรค กำหนดนโยบายยุทธศาสตร์วางแผนควบคุมวัณโรคในระดับชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดการติดตามและประเมินผลงานควบคุมวัณโรคในจังหวัด บทบาทและหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประสานและพัฒนาเครือข่ายวัณโรคระดับอำเภอ บทบาทและหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ด้านการค้นหาคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ด้านการรักษา ให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐานสากล (International Standards for Tuberculosis Care:ISTC) ให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือเครือข่าย และสอดคล้องกับ เพ็ชรภรณ์ ชีวาลชาญชนกิจ⁴ กล่าวว่าภาวะผู้นำในองค์กรมีได้ในทุกระดับชั้น ตั้งแต่ ผู้บริหารระดับสูงในองค์กร ผู้บริหารในสายงานตามโครงสร้าง มีความสำคัญในการผลักดันนโยบายต่าง ๆ ไปสู่การจัดทำแผนงานและนำไปปฏิบัติ เพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพของโรงพยาบาล เนื่องจากการในการแปลงนโยบายไปสู่การดำเนินการ ผลสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายย่อม ต้องอาศัยบทบาทของผู้นำในทุกๆระดับในการผลักดัน

สำหรับความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค พบว่าข้อมูลการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคที่ลดลง ตามข้อคิดเห็นนักวิชาการสำนักวัณโรคกำหนดว่าเป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าดำเนินงานได้ครอบคลุมการค้นพบรายใหม่ จึงลดลง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อสำรวจข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดพบเชื้อรายใหม่ พบว่าร้อยละ 50 ผลเสมหะยังพบเชื้อกรดสูง 3+ แสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยอยู่ในชุมชนและไม่ได้รับการค้นพบนำเข้าสู่อการรักษา จนป่วยมากจึงเข้าสู่อการรักษา ผลตรวจเสมหะพบเชื้อกรดสูง การเปลี่ยนแปลงสูตรการรักษาทั้งสูตรรวมยาเม็ดหรือยาแยกเม็ดเป็นการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางวัณโรคแห่งชาติ สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติพุทธศักราช 2556 การรักษาวัณโรคในผู้ใหญ่และสูตรยารักษาวัณโรค หลักการให้ยารักษาวัณโรค FDC: Fixed dose combination ซึ่งเป็นยารวมหลายขนานผสมในเม็ดหนึ่งๆ เช่น HR หรือ HRZ หรือ HRZE การใช้ FDC จะช่วยเพิ่มความสะดวกในการรับประทานยาและหลีกเลี่ยงการเลือกกับประทายยาบางขนาน⁸ การบริหารจัดการการกำกับการรับประทานยา สามารถดำเนินการบางหน่วยงานขึ้นอยู่กับบริหารจัดการของผู้รับผิดชอบงานวัณโรคและคลินิกวัณโรค ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ กำหนดนโยบายการให้

ผู้ป่วยวัณโรคนอนพักรักษาในโรงพยาบาลระยะเริ่มการรักษา 2 สัปดาห์แรก ซึ่งช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติพุทธศักราช 2556 การควบคุมวัณโรคพื้นที่หรือกลุ่มเฉพาะคือการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล มาตรการการบริหารจัดการมาตรการควบคุมการแพร่เชื้อและเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุด จุดประสงค์ของมาตรการนี้ เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อวัณโรคมีโอกาสรื้อต่อบุคลากรและผู้ป่วยอื่น ๆ ลดการแพร่เชื้อโดยการวินิจฉัยผู้ที่มีอาการสงสัย และดำเนินการรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยเร็วที่สุด⁸ แต่ระบบการเฝ้าระวังค้นหา คัดกรองกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านไม่แตกต่างจากระบบการคัดกรองปกติ เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ.2556 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ การค้นหาแบบตั้งรับ (patient-initiated pathway) การค้นหาเชิงรุก (Active case finding) ทุกกลุ่มเป้าหมายดำเนินการตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ(NTP) กลุ่มเรือนจำ คัดกรองปีละ 1 ครั้ง ยังคงเน้นการคัดกรองด้วยวาจา พบความเสี่ยงแล้ว จึงดำเนินการเอกซเรย์และเก็บเสมหะกลุ่มที่มีโรคร่วมและกลุ่มโรคเรื้อรัง เบาหวาน ติดเชื้อ เอชไอวี คัดกรองด้วยวาจาต่อเนื่องทั้งปี ครอบคลุมถึงกลุ่มติดสุรา หรือผู้ดื่มสุราเป็นประจำ กลุ่มแรงงานต่างด้าว ติดตามผลการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว ให้ได้รับการตรวจเอกซเรย์ทุกราย

ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้านการสื่อสาร การดำเนินงานด้านการสื่อสารมีการใช้โซเชียลเน็ตเวิร์กมาช่วยในการสื่อสารแต่ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มที่มีศักยภาพในการสื่อสาร สำหรับด้านฐานข้อมูลการใช้โปรแกรมมาช่วยในการบันทึกข้อมูลเป็นการดำเนินงานระดับเขต ดำเนินการบันทึกข้อมูลเพื่อการส่งรายงานแต่ยังไม่พบการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลมาพัฒนาระบบงาน

ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายดำเนินงานวัณโรคและวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลรักษาวัณโรคพบว่ายังจำกัดอยู่ภายในหน่วยงานสาธารณสุขระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเฉพาะเรื่องงบประมาณไม่แตกต่างจากจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่ง พ.ศ.2556 การพัฒนาเครือข่ายและความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการควบคุมป้องกันวัณโรค จำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุนการเสริมสร้างภาคีเครือข่ายและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนในการควบคุมป้องกันวัณโรคให้สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ และตามแนวคิดการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของ ท่านอง ภูเกิตพิมพ์² กล่าวว่าการเข้ามามีส่วนร่วมมีลำดับของการมีส่วนร่วมตั้งแต่น้อยที่สุด ถึงการเข้ามามีส่วนร่วมมาก 5 ระดับคือ ระดับ 1 การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงานภาครัฐ (To Inform) เป็นระดับที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นน้อยสุด ระดับที่ 2 การเปิดให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานของรัฐ อย่างอิสระและเป็นระบบ ระดับที่ 3 เป็นระดับที่หน่วยงานภาครัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนงาน โครงการ และวิธีการทำงาน ระดับที่ 4 การที่หน่วยงานภาครัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม มีบทบาทเป็นหุ้นส่วน หรือภาคีในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ ระดับที่ 5 การเสริมอำนาจประชาชน (To Empower) เป็นระดับที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทเต็มในการตัดสินใจ การบริหารงาน และการดำเนินกิจกรรมใด ๆ เพื่อเข้ามาทดแทนการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ และตามการศึกษาของ สำเร็จ ชิมรัมย์¹⁰ การสร้างแกนนำวัณโรค และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมวัณโรคอย่างมีส่วนร่วมจากกิจกรรมของโครงการ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคได้รับการเยี่ยมบ้านและการดูแลให้กำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยใส่ใจดูแล และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงานในทุกขั้นตอน และมีภาคีเครือข่ายระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันวัณโรค ในชุมชนจากการถอดบทเรียนยังไม่พบการจัดทำโครงการสร้างกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่ออัตราการรักษาสำเร็จสูงกว่าจังหวัดอื่นในเขต คือความครอบคลุมการดูแลรักษา กล่าวคือ จำนวนของผู้ป่วยวัณโรคเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดที่มีประชากรมาก จำนวนผู้ป่วยมาก ในเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวน 2 จังหวัดที่พบผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 600 - 800 คนต่อปี ในขณะที่จังหวัดอุดรดิตถ์พบผู้ป่วยรายใหม่ 300 - 400 คนต่อปี ตลอดจนขนาดของโรงพยาบาลในพื้นที่ เช่นโรงพยาบาลศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยระดับเขต กับโรงพยาบาลศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยระดับจังหวัด ความครอบคลุมในการกำกับติดตามดูแลจะแตกต่างกัน ข้อจำกัดของภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับ องค์ความรู้เรื่องวัณโรค และแนวทางการรักษาตลอดจนสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ โดยเฉพาะอาสาสมัคร-สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำแผนงานโครงการสนับสนุนการป้องกันแก้ไขปัญหาวัณโรคในพื้นที่ และสนับสนุนความต่อเนื่องของการรักษาการ กำกับการรับประทานยา(DOT) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาดูงานอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าตำบลบ้านไร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่มีความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคประชาชน จึงได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรต่างๆ ผ่านภาคประชาชนและสอดคล้องกับ สิทธิกร โพธิ์ศรีและพรทิพย์ คำพอ³ ศักยภาพในการป้องกัน และควบคุมวัณโรค โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จะเพิ่มขึ้นเมื่อมีความรู้เรื่องวัณโรค ซึ่งความรู้การรับรู้จะเพิ่มขึ้นหลังจากมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญสถิติ และจากรายงานการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าท้องถิ่นไม่ทราบถึงสถานการณ์วัณโรคในพื้นที่ ดังนั้นการสร้างการมีส่วนร่วมต้องคืนข้อมูลสถานการณ์ให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายให้เห็นปัญหาร่วมกัน ก็จะมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เมื่อมีส่วนร่วม ก็จะเกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ตั้งแต่การเฝ้าระวังคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วย การดูรักษา และ การป้องกันการแพร่กระจายเชื่อเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา

การเติมเต็มส่วนขาดที่ได้จากการถอดบทเรียนซึ่งเป็นประเด็นที่รอการผลักดันและกำกับติดตาม บางประเด็นสามารถดำเนินการได้และบางประเด็นอาจต้องได้รับการสนับสนุนเชิงบริหารจัดการดังนี้

ปัญหาการดำเนินงานวัณโรคจากการถอดบทเรียน

- 1) นโยบายการทำงานของผู้บริหารมีความสำคัญเมื่อผู้บริหารเปลี่ยน นโยบายเปลี่ยนไม่ต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข

คณะทำงานและผู้ประสานงานระดับจังหวัดต้องมีความชัดเจน นำเสนอสถานการณ์ให้ผู้บริหารเห็นถึงความสำคัญ (ประเด็นปัญหานี้อาจมีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากผลการติดตามนิเทศระดับเขต พบว่าการดำเนินงานวัณโรคมีความต่อเนื่อง ผู้บริหารติดตามงานผ่านการประชุมประจำเดือนของกรรมการบริหารแผนงานสาธารณสุขระดับจังหวัด)

- 2) การคัดกรอง

- (1) กลุ่มเป้าหมายคัดกรองเพิ่มมากขึ้น การตรวจเสมหะมากขึ้น ภาระงานเพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานน้อยทรัพยากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ตรวจชันสูตร ซึ่งต้องขยายเวลาการรายงานผลการตรวจเสมหะวินิจฉัยโรควัณโรค
- (2) ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยรายใหม่ ไม่มีอาการตามแบบคัดกรอง แต่ผลเอกซเรย์เข้าได้กับการป่วยเป็นวัณโรคปอด
- (3) กลุ่มเสี่ยงผู้ต้องขังในเรือนจำ จำกัดโอกาสการเข้าถึงการคัดกรองด้วยเอกซเรย์ เช่น จำกัดจำนวนผู้ต้องขังที่นำออกมาเอกซเรย์ และเหตุผลความมั่งคั่งของการคุมขัง ไม่สามารถออกมาเอกซเรย์นอกเรือนจำ รถเอกซเรย์เคลื่อนที่เข้าประตูเรือนจำไม่ได้

- (4) นโยบายการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายไม่ครอบคลุมชุมชนแออัด โดยเฉพาะในเขตเมือง
 - (5) แบบคัดกรองที่ใช้ในปัจจุบันข้อคำถามไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจน และมีหลายแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขบางส่วนขาดทักษะการอ่านหนังสือ แบบคัดกรองไม่ได้ข้อมูลจริง ผู้รับการคัดกรองไม่พูดความจริง
 - (6) ผู้ป่วยอยู่นอกพื้นที่ที่ไม่ได้รับการคัดกรองต่อเนื่อง พบเมื่อมีอาการป่วยกลับมารักษา ตรวจพบป่วยวัณโรค เข้าสู่งการรักษาล่าช้า ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ไม่เปิดเผยตัว ชุมชนคัดกรองไม่ได้
- แนวทางการแก้ไข

- (1) ผลักดันนโยบายการคัดกรองเบื้องต้น ด้วยการเอกซเรย์ก่อนเก็บเสมหะส่งตรวจ ซึ่งจะลดปริมาณการตรวจเสมหะ และผลักดันการปรับปรุงรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ที่สามารถเข้าไปในเรือนจำได้
- (2) ประสานเทศบาลที่ดูแลพื้นที่ชุมชนแออัด ชี้แจงให้ตระหนักกว่าเป็นปัญหาแหล่งแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนแออัด ประสานความร่วมมือเข้าดำเนินแบบบูรณาการทุกปัญหาของชุมชน เช่น ยาเสพติด ความรุนแรงต่อเด็กและสตรี ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและการสาธารณสุข
- (3) อธิบายชี้แจงทำความเข้าใจในแบบคัดกรองให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติคัดกรองให้ชัดเจนก่อนลงปฏิบัติงาน ให้ความรู้ทีมคัดกรองวัณโรคโดยเฉพาะ ควรนำวิธีการคัดกรอง แบบตรวจเสมหะกลับมาใช้ใหม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาเนื่องจากการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยปกปิดข้อมูลจริง
- (4) ผลักดันให้เขต สำนักงานวัณโรคดำเนินการกำหนดแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงนอกพื้นที่ และระบบการส่งต่อ ติดตาม ผู้ป่วยวัณโรคนอกเขตพื้นที่

3) ด้านข้อมูล

- (1) เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ทำให้การลงข้อมูลอาจไม่เป็นปัจจุบัน
- (2) โปรแกรมการบันทึกข้อมูลมีการอัปเดตตลอดเวลา ในคลินิกวัณโรคการอัปเดตไม่เป็นปัจจุบัน ฐานข้อมูลระบุผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่แต่ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในพื้นที่
- (3) การลงข้อมูลในโปรแกรม TB-CM ใช้เจ้าหน้าที่อื่นลงข้อมูล ทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน
- (4) ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และคืนผลสรุปข้อมูลให้แก่ท้องถิ่น
- (5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดข้อมูลวัณโรค

แนวทางแก้ไขปัญหา

- (1) ควรจัดหาให้มีเจ้าหน้าที่สารสนเทศ Information technology คอยช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงเทคนิคด้าน Information technology
- (2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเป็นผู้ลงข้อมูลในโปรแกรม TB-CM กรณีมอบหมายให้บุคคลอื่นต้องผ่านการฝึกอบรมหรือการแนะนำและสาธิตเรื่องการลงบันทึกข้อมูล
- (3) เพิ่มระบบการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อควบคุมคุณภาพการลงข้อมูลในโปรแกรม TB-CM และเพิ่มการนำเอกสารออกมาจากโปรแกรมเพื่อยืนยันข้อมูลและตรวจสอบแล้วเก็บเป็นหลักฐานป้องกันการสูญหายหรือความผิดพลาด
- (4) ระบบการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการของโรงพยาบาลชุมชนไม่รองรับกับโปรแกรม TB-CM มีหลายโปรแกรมที่ใช้งานสำหรับส่งข้อมูลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) ด้านการสื่อสาร

- (1) สิทธิในการรักษาความลับของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยในไม่ทราบแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่

- (2) การส่งต่อที่ใช้ โซเชียลเน็ตเวิร์ค ส่งผลกระทบต่ออาสาสมัครสาธารณสุขมีภาระค่าใช้จ่ายของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น
 - (3) ข้อมูลส่วนที่เป็นความลับของผู้ป่วยจะส่งข้อมูลทางไลน์/อีเมล ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่ อาจละเมิดสิทธิด้านการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย
 - (4) เจ้าหน้าที่คลินิกโรคบางส่วนยังขาดทักษะการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร ส่งผลการสื่อสารทางโซเชียลเน็ตเวิร์ค บางส่วนไม่ถึงผู้รับข้อมูล
 - (5) การสื่อความหมายการแปลความหมายไม่ตรงกัน
 - (6) การส่งเอกสารไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับเอกสารล่าช้า เนื่องจากหนังสือต้องผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานไปราชการหรือลาหยุดหลายวัน ทำให้เอกสารค้างอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
 - (7) การคืนข้อมูลให้พื้นที่ พบปัญหาเจ้าหน้าที่ขาดจรรยาบรรณเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล การเปิดเผยข้อมูล
 - (8) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไม่คืนข้อมูลสถานการณ์โรคให้ภาคีเครือข่ายท้องถิ่น
 - (9) การส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์มายังโรงพยาบาลในพื้นที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ไม่ชัดเจน
- แนวแนวทางแก้ไขปัญหา
- (1) จัดทำหนังสือแจ้งเวียนแนวทางการสื่อสารให้ทุกหน่วยงานภายในองค์กรทราบ และชี้แจงผ่านการประชุมภายในหน่วยงาน การประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง
 - (2) พิจารณาสับสนุนค่าใช้จ่ายในเรื่องการติดต่อสื่อสารให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข
 - (3) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานและทีมงานที่ดี ทำให้สามารถพูดคุยกันได้ง่ายขึ้น
 - (4) ใช้เวที DOTs Meeting เป็นช่องทางสื่อสารทบทวนการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน
- 6) การเยี่ยมบ้าน และการกำกับกำกับการรับประทานยาต่อหน้า (DOT)
- (1) เพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่
 - (2) ผู้ป่วยบางรายอาจถูกตีตราจากสังคม
 - (3) อาสาสมัครสาธารณสุขที่เยี่ยมบ้านขาดความรู้
 - (4) ผู้ป่วยขาดความไว้วางใจต่อผู้ปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมบ้าน
 - (5) ผู้ป่วยในพื้นที่แต่อยู่นอกเขตไม่ได้รับการกำกับกำกับการรับประทานยาส่งผลให้ขาดยาและตาย
 - (6) การกำกับกำกับการรับประทานยาโดยอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ใช่การดูการกลืนยาต่อหน้าทุกครั้ง บางครั้งใช้วิธีการถามรับประทานยาหรือยัง
 - (7) ผู้ป่วยมีปัญหาด้านกฎหมายหนักคดีทางกฎหมายไม่ให้ความร่วมมือการรักษาการกำกับกำกับการรับประทานยา
- แนวทางแก้ไข
- (1) ควรเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นทีมโดยมีผู้นำท้องถิ่นหรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นร่วมเยี่ยมบ้านด้วย
 - (2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขต กำกับติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานคลินิกโรคคุณภาพมาตรฐานที่ 4⁹
- 7) ด้านการรักษา
- (1) ผู้ป่วยวัณโรคไปรักษาคลินิก แล้วไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาวัณโรคแห่งชาติ(NTP)
 - (2) การเปลี่ยนสูตรยารวมเม็ด แพทย์ที่รักษาไม่มีความรู้เรื่องแนวทางการขยายระยะเวลาการรักษากรณีผลเสมหะพบเชื้อในเดือนที่ 2
 - (3) แพทย์ไม่ขยายระยะเวลาการรักษาวัณโรคเมื่อผลการตรวจเสมหะเดือนที่ 2 พบเชื้อ
 - (4) การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคมาชุมชนจำนวนยาที่ได้มาไม่ครบไม่สามารถประเมินหรือตรวจเช็คความครบถ้วนของการกินยาได้

แนวทางการแก้ไข

- (1) ชี้แจงให้แพทย์ที่รักษาปฏิบัติตามแนวทาง NTP กรณีแพทย์ที่รักษาไม่ปฏิบัติตาม NTP ปรึกษาผู้อำนวยการเพื่อให้ผู้บริหารให้ความรู้กับแพทย์
- (2) กำหนดให้แพทย์ต้องผ่านการอบรมด้านวัณโรค

8) ด้านความร่วมมือ

- (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศนโยบายครอบคลุมทุกโรคแต่ไม่มีโรควัณโรค เนื่องจากท้องถิ่นไม่ทราบนโยบายงานวัณโรค ไม่ทราบสถานการณ์วัณโรค
- (2) บริบทแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (3) เงื่อนไขหรือข้อกำหนดการจัดทำโครงการต่างๆ สำหรับการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีลำดับขั้นตอนมาก
- (4) ความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับการค้นหาเชิงรุกยังดำเนินการไม่ครอบคลุม
- (5) การใช้กฎหมายเรื่องการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อกับชุมชนส่งผลกระทบต่อชุมชน/ประชาชนพื้นที่ขาดความรู้ แนวปฏิบัติขั้นตอนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

แนวทางแก้ไข

- (1) หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับพัฒนาระบบการคืนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตลอดจนเพิ่มการประชาสัมพันธ์โรควัณโรคผ่านสื่อหลายช่อง
- (2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องศึกษาทำความเข้าใจ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. 2558 อันดับที่ 48 คือ วัณโรค (Tuberculosis) และบูรณาการการบังคับใช้กฎหมายการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคกับพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 ในบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ

ปัญหาการดำเนินงานตามโครงการถอดบทเรียน

1) ตัวแทนที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีจำนวนน้อย บางส่วน เป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ที่เพิ่งย้ายมาปฏิบัติงาน การสะท้อนกระบวนการทำงานยังไม่ชัดเจนซึ่งเป็นข้อจำกัดการสรุปข้อมูลความร่วมมือ

2) ผู้นำกระบวนการถอดบทเรียน ผู้ช่วยกระบวนการถอดบทเรียนและผู้จัดบันทึกการถอดบทเรียน มีประสบการณ์และทักษะที่แตกต่าง ๆ แม้จะผ่านการให้ความรู้ฝึกทักษะ กระบวนการถอดบทเรียนและสาระประเด็นการสรุปบทเรียนจากการถอดบทเรียนรายกลุ่ม จะมีความละเอียดแตกต่างกัน ซึ่งอาจมีบางประเด็นที่มีการเล่าถ่ายทอดในการประชุมกลุ่ม แต่ไม่ได้นำมาสรุปในรายงาน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการสรุปการถอดบทเรียน

ภาคผนวก

ประชุมสร้างทีมงานถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วม
วันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2557



ประชุมสร้างทีมงานถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วม
วันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2557



ประชุมกลุ่มถอดบทเรียนความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วม
ของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
วันที่ 10-12 ธันวาคม 2557



ศึกษาดูงานและประชุมจัดทำรูปแบบเพิ่มเติมส่วนขาดความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วม
ของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
วันที่ 21-22 มกราคม 2558 ณ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่



สัมภาษณ์ผู้บริหารภาคีเครือข่ายดำเนินงานวันโรคจังหวัดอุดรดิตถ์
วันที่ 16,19,20 มกราคม 2558



สัมภาษณ์ผู้บริหารภาคีเครือข่ายดำเนินงานวันโรคจังหวัดอุดรดิตถ์
วันที่ 16,19,20 มกราคม 2558



รายชื่อผู้ร่วมประชุมกลุ่มถอดบทเรียนวันที่ 10-12 ธันวาคม2557

ณ เรือนไทยรีสอร์ท ตำบลรวมจิต อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

1.นางอัมพร เอี่ยมท่า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อุตรดิตถ์
2.นายวิทยา กาพิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.อุตรดิตถ์
3.นางสาวชบาทิพย์ กันทะสีมา	นักวิชาการสาธารณสุข	รพ.อุตรดิตถ์
4.นางศิริลักษณ์ อีวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.อุตรดิตถ์
5.นางสาววิภา น้อยท่าช้าง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	รพ.อุตรดิตถ์
6.นางสาวอรุณรัตน์ สุทธาเขตต์	เจ้าหน้าที่ช่วยปฏิบัติการด้านมนุษย์	พัฒนาสังคมและความมั่นคงฯ
7.นายรัก นันตะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสอ.เมือง
8.นางทัศนีย์ ปราบสมรัชย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.คิ่งตะเภา
9.นางดวงนภา หารษาไพบูรณ์	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.ขุนผาง
10.นางพยอม ผอบเหลือง	อาสาสมัครสาธารณสุข	รพ.สต.คิ่งตะเภา
11.นางสะอาด เพียนสว่าง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ทองแสนขัน
12.นางจุฑาภา อ่อนคง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ทองแสนขัน
13.พต.ญ.วัลยา ปัญญพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ค่ายพระยาพิชัยฯ
14.นางสาวธีรพร พูนุช	นักวิชาการสาธารณสุข	รพ.สต.บ้านแพะ
15.นายสิทธิชัย บุตรพองคำ	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	รพ.สต.บ้านแพะ
16.นายประทีป มูลหา	อาสาสมัครสาธารณสุข	รพ.สต.บ้านแพะ
17.นางสาวธิดารัตน์ แก้วคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.น้ำอ่าง
18.นายวินัย อินสุวรรณ	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	รพ.สต.บ้านวังแดง
19.นางอภิษฎา ถิ่นจอม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เรือนจำจังหวัดอุตรดิตถ์
20.นางนัยยา ปิซ โวโกษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	เทศบาลเมืองอุตรดิตถ์
21.นางวัจนรัตน์ ลาเป้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.น้ำปาด
22.นางกัลยาภรณ์ วันศรีกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.น้ำปาด
23.น.ส.รัชตาภรณ์ ใจชื่อ	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	รพ.น้ำปาด
24.นางสุนทรี อินตะ	เภสัชกรชำนาญการ	รพ.น้ำปาด
25.น.ส.ภาวินี อินกอง	นักวิชาการสาธารณสุข	สสอ.น้ำปาด
26.นางรองรัตน์ แสงคา	นักวิชาการสาธารณสุข	รพ.สต.ห้วยไคร้
27.นายหาญ โพธิ์ศรี	อาสาสมัครสาธารณสุข	รพ.สต.ห้วยไคร้
28.นางสาวอรจิรา จันทร์ตระกูล	เภสัชกรชำนาญการ	รพ.ท่าปลา
29.นางวิไลลักษณ์ มีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ท่าปลา
30.นางสาวละอองดาว ทารัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ท่าปลา

31.นางสาววิตรี โภษกรณ์	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ชำนาญงาน	รพ.ท่าปลา
32.นางกาญจนา สมนา	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	สสอ.ท่าปลา
33.นางสาวจินตนา กาทองทุ่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.ร่วมจิตร
34.นางประนอม เพ็งวันดี	อาสาสมัครสาธารณสุข	รพ.สต.ร่วมจิตร
35.นายอนันต์ อินทร์ตะพรม	เจ้าพนักงานธุรการ	เทศบาลร่วมจิตร
36.นางสาววิทวลา สมหอม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ตรอน
37.นางสาวณัฐธิดา ทิพย์ล้อย	เภสัชกรปฏิบัติการ	รพ.ตรอน
38.นางระวี ยกกระบัตร	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
39.นางกลอย ลาล่อง	อาสาสมัครสาธารณสุข	รพ.สต.ทุ่งยั้ง
40.นางธัญธิยา ทรงวุฒิ	นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ	เทศบาลคิ่งตะเภา
41.นางนิภาพร แบนเกสร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ลับแล
42.นางประพิศ พรหมอินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ลับแล
43.นายเกรียงไกร กิรติปัญช์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	รพ.ลับแล
44.นายศราวุธ คำสบาย	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สสอ.ลับแล
45.นายอุบล เพ็ชรธาตุ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.ทุ่งยั้ง
46.นางสาวอภิญญา ตันเจริญ	นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	รพ.บ้านโคก
47.นางรอรรัตน์ หนูแก้ว	เภสัชกรปฏิบัติการ	รพ.ลับแล
48.นายวีระนันท์ กันประเสริฐ	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	รพ.ทองแสนขัน
49.นางสาวปภัสสรณ์ แซ่มชู	ผู้ช่วยเจ้าพนักงานสาธารณสุข	เทศบาลตำบลทุ่งยั้ง
50.นางเนาวรัตน์ ทิอ่อน	งานสาธารณสุข	อบต.ขุนผา
51.นางลินทิพย์ จันทรดั่ง	ผู้ช่วยบันทึกข้อมูล	อบต.ขุนผา

รายชื่อวิทยากรกระบวนการ ผู้จัดบันทึกการถอดบทเรียนและคณะทำงาน

1. ดร.นิรมล พินน้ำเย็น	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาวิชาการ
2. ดร.ไพรัตน์ อ้นอินทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
3. แพทย์หญิงมนัสวีร์ ภูมิวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ
4. นางวรรณภา ภูเสม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
5. นางสาวรุ่ง กันทวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางสาวนันท์นภัส ยุทธไธสงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
7. นางสาวรัชฎีพร คำมินทร์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
8. นางกัญณภัทร เกสรสุคนธ์	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ
9. นายรัฐเดช ภูทองปิด	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

10. นางอรพรรณ ทานหิรัญ	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน
11. นางสาวทิพย์สุดา กองเนียม	บรรณารักษ์
12. นางสาวจริยา ยิ้มเจริญ	นักวิชาการสาธารณสุข
13. นางสาวศิริลักษณ์ คร้ามมี	นักวิชาการสาธารณสุข
14. นางสาวอัมพร เหล่าเจริญ	ผู้ประสานงานโครงการกองทุนโลกด้านวัณโรค
15.นางทัศนีย์ ดิษฐ์เจริญ	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
16.นายกิตติศักดิ์ คำเครือจันทร์	พนักงานขับรถ

รายชื่อผู้บริหารเครือข่ายดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคจังหวัดอุดรดิตถ์ที่ร่วมมือให้สัมภาษณ์

ประเด็นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยวัณโรคครบวงจร

วันที่ 16,19,20 มกราคม 2558

1. นายแพทย์ทรงวุฒิ ทรัพย์ทวีสิน.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
2. นายแพทย์ทัศนาก อำพนนวรรตน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลพิชัย
3. นายแพทย์กิตติพงษ์ อุบลสะอาด	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลลับแล
4. นายแพทย์นพพรสันต์ ปั่นก้อง.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน(รภ.)	โรงพยาบาลตรอน
5. นายแพทย์อิชัยอชิป บุญศักดิ์เลิศ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลน้ำปาด
6. นายแพทย์เสรี นพรัตน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลท่าปลา
7. นายชาญชัย เหล็กดำ	สาธารณสุขอำเภอ	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองอุดรดิตถ์
8. นายถาวรพัฒน์ จันทร์รัตน์	สาธารณสุขอำเภอ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำปาด
9. นางมาลี โชคเกิด	สาธารณสุขอำเภอ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอน
10. นายสมศักดิ์ มีอ่วม	สาธารณสุขอำเภอ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลับแล
11. นายธนูทอง รอดเกษม	สาธารณสุขอำเภอ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าปลา
12. นายชนghan เกตุทอง	สาธารณสุขอำเภอ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทองแสนขัน
13. นางจินดา มาแก้ว	รองนายกเทศมนตรี	สำนักงานเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์
14. นายขวลิต ประภัสสร	นายกเทศมนตรี	สำนักงานเทศบาลตำบลทุ่งยั้ง
15. นายเกริกฤทธิ์ สานตะ	นายกองค์การบริหารส่วนตำบล	สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลแสนตอ
16. นายดำเนิน นันเขียว	นายกองค์การบริหารส่วนตำบล	สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำอ่าง
17.นายบรรพต สุนิล	นายกองค์การบริหารส่วนตำบล	สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลทองบ่อ

18. นางดวงเดือน คำอ้าย	ผอ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไคร้
19. นายเจริญ สุปน	ผอ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพร้อมจิต
20. นายชาติรี อันสุบ	ผอ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยั้ง
21. นายพรหมภักดิ์ สุขโชติ	ผอ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านน้ำอ่าง
22. นายสมิตร แสงโรจน์	ผอ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านแพะ
23. นายไวพจน์ คำแกร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลตรอน
24. นางสาววิทวลา วัฒนาคุณากร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลตรอน

คำสั่ง

ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๔๒.๔/ ๑ ๓๖



กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๖ มกราคม ๒๕๕๘

เรื่อง การบริหารจัดการเขตสุขภาพและการจัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
สาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
โรงพยาบาลชุมชน และนิติกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๔๒.๑/ว ๒๗๙ ลงวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๑๓/๒๕๕๘ เรื่อง การบริหารจัดการเขตสุขภาพ
กำหนดเขตสุขภาพ และมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานใน
เขตสุขภาพ ลงวันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘

(๒) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๑๔/๒๕๕๘ เรื่อง จัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒
ลงวันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘

(๓) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๑๕/๒๕๕๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ
เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ลงวันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘

(๔) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๑๖/๒๕๕๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพ
ที่ ๑-๑๒ ลงวันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘

(๕) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๑๗/๒๕๕๘ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็น
ผู้บังคับบัญชา ลงวันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง กระทรวงสาธารณสุขได้แก้ไขคำสั่งแต่งตั้งผู้อำนวยการสำนักงานเขต-
บริการสุขภาพที่ ๑ และคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพที่ ๔, ๕, ๖ และ ๗ เรียบร้อยแล้ว
จึงได้แจ้งเวียนเพื่อทราบและแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ ดังความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงสาธารณสุขขอเรียนว่า กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่จะพัฒนาระบบสุขภาพ
ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและรักษาโรค รวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ พัฒนาระบบ
การทำงานที่มุ่งไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของคนไทยทุกคน เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ
อย่างยั่งยืนและได้มีนโยบายเร่งด่วนที่จะพัฒนาบทบาทและปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงานด้านสุขภาพของ
กระทรวงสาธารณสุขให้สามารถดำเนินบทบาทภารกิจที่ชัดเจน จึงได้กำหนดให้มีการบริหารจัดการในลักษณะ
เขตสุขภาพและมีสำนักงานเขตสุขภาพเพื่อดำเนินการตามนโยบายต่อไป ดังรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่-
ส่งมาด้วย (๑) - (๕)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักบริหารกลาง กลุ่มกฎหมาย

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๓๕

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๓๔

E-mail : legal@health.moph.go.th

(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๖๓ / ๒๕๕๘

เรื่อง การบริหารจัดการเขตสุขภาพ กำหนดเขตสุขภาพ และมอบหมาย
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๕๗๖/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ได้กำหนด
เขตบริการสุขภาพและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขตบริการสุขภาพ
เพื่อให้การปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปด้วยความคล่องตัว สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
กระทรวงสาธารณสุขจึงมีกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพในรูปแบบเขตสุขภาพ จำนวน ๑๓ เขตสุขภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ให้บริหารจัดการพื้นที่เป็นเขตสุขภาพ จำนวน ๑๓ เขต ดังนี้

๑.๑ เขตสุขภาพที่ ๑ รับผิดชอบ ๘ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา
แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง และจังหวัดลำพูน

๑.๒ เขตสุขภาพที่ ๒ รับผิดชอบ ๕ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดตาก พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์
สุโขทัย และจังหวัดอุตรดิตถ์

๑.๓ เขตสุขภาพที่ ๓ รับผิดชอบ ๕ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร
นครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี

๑.๔ เขตสุขภาพที่ ๔ รับผิดชอบ ๘ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดนครนายก นนทบุรี ปทุมธานี
พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง

๑.๕ เขตสุขภาพที่ ๕ รับผิดชอบ ๘ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี
ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร และจังหวัดสุพรรณบุรี

๑.๖ เขตสุขภาพที่ ๖ รับผิดชอบ ๘ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด
ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว และจังหวัดสมุทรปราการ

๑.๗ เขตสุขภาพที่ ๗ รับผิดชอบ ๔ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม
และจังหวัดร้อยเอ็ด

๑.๘ เขตสุขภาพที่ ๘ รับผิดชอบ ๗ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดนครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร
หนองคาย หนองบัวลำภู และจังหวัดอุดรธานี

๑.๙ เขตสุขภาพที่ ๙ รับผิดชอบ ๔ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์
และจังหวัดสุรินทร์

๑.๑๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐ รับผิดชอบ ๕ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดมุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ
อุบลราชธานี และจังหวัดอำนาจเจริญ

๑.๑๑ เขตสุขภาพที่ ๑๑ รับผิดชอบ ๗ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช
พังงา ภูเก็ต ระนอง และจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑.๑๒ เขตสุขภาพที่ ๑๒ รับผิดชอบ ๗ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง
ยะลา สงขลา และจังหวัดสตูล

๑.๑๓ เขตสุขภาพที่ ๑๓ รับผิดชอบ กรุงเทพมหานคร

ข้อ ๒ กำหนดและมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ ดังนี้

๒.๑ นายคำรณ ไชยศิริ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๑ (เขตตรวจราชการที่ ๑๕ และ ๑๖) ประกอบด้วย ๘ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง และจังหวัดลำพูน

๒.๒ นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๒ (เขตตรวจราชการที่ ๑๗) ประกอบด้วย ๕ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดตาก พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และจังหวัดอุตรดิตถ์

๒.๓ นายสุขุม กาญจนพิมาย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๓ (เขตตรวจราชการที่ ๒ และ ๑๘) ประกอบด้วย ๕ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี

๒.๔ นายธีรพล โตพันธานนท์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพ ดังนี้

- เขตสุขภาพที่ ๔ (เขตตรวจราชการที่ ๑, ๒ และ ๓) ประกอบด้วย ๘ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดนครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง

- เขตสุขภาพที่ ๑๒ (เขตตรวจราชการที่ ๖, ๗ และ ๘) ประกอบด้วย ๗ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา และจังหวัดสตูล

๒.๕ นายวิศิษฐ์ ตั้งนภากร ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพ ดังนี้

- เขตสุขภาพที่ ๕ (เขตตรวจราชการที่ ๔ และ ๕) ประกอบด้วย ๘ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร และจังหวัดสุพรรณบุรี

- เขตสุขภาพที่ ๖ (เขตตรวจราชการที่ ๓ และ ๙) ประกอบด้วย ๘ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว และจังหวัดสมุทรปราการ

๒.๖ นายรัฐวุฒิ สุขมี ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๗ (เขตตรวจราชการที่ ๑๒) ประกอบด้วย ๔ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด

๒.๗ นายชาญวิทย์ ทระเทพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๘ (เขตตรวจราชการที่ ๑๐ และ ๑๑) ประกอบด้วย ๗ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดนครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และจังหวัดอุดรธานี

๒.๘ นายสมศักดิ์ อรรฆศิลป์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๙ (เขตตรวจราชการที่ ๑๔) ประกอบด้วย ๔ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์

๒.๙ นางประนอม คำเที่ยง ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพ ดังนี้

- เขตสุขภาพที่ ๑๐ (เขตตรวจราชการที่ ๑๑ และ ๑๓) ประกอบด้วย ๕ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดมุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี และจังหวัดอำนาจเจริญ

- เขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร

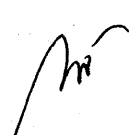
๒.๑๐ นายสุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๑๑ (เขตตรวจราชการที่ ๖ และ ๗) ประกอบด้วย ๗ จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง และจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้อ ๒ ให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับมอบหมายตามข้อ ๒ ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบอำนาจจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขตรวจราชการและติดตามประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตตรวจราชการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ และตามระเบียบ หรือมติคณะรัฐมนตรี โดยเคร่งครัด

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๖๑๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เรื่อง กำหนดเขตบริการสุขภาพ และมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๖๑๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เรื่อง การบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ และคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๕๗๖/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ เรื่อง กำหนดเขตสุขภาพ และมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘


(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๑๔ /๒๕๕๘
เรื่อง จัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

เพื่อให้การบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดบริการให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนภายในเขตสุขภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้จัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ขึ้นเป็นหน่วยงานภายใน และให้เป็นส่วนราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค มีฐานะเทียบเท่ากองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีเลขสารบรรณตามระเบียบงานสารบรรณ (เอกสารหมายเลข ๑) และโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพ ประกอบด้วย

- ๑.๑ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ
- ๑.๒ กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง
- ๑.๓ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
- ๑.๔ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- ๑.๕ กลุ่มงานอำนวยการ

(เอกสารหมายเลข ๒)

ข้อ ๒ ให้มีผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ เป็นผู้บังคับบัญชาของข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างในสำนักงานเขตสุขภาพ ในฐานะผู้อำนวยการ และมีรองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ โดยมีอำนาจหน้าที่ตามเอกสารแนบท้ายคำสั่งนี้ (เอกสารหมายเลข ๓)

ข้อ ๓ ให้สำนักงานเขตสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ตามเอกสารแนบท้ายคำสั่งนี้ (เอกสารหมายเลข ๔)

ข้อ ๔ ให้สำนักงานเขตสุขภาพ ใช้ทรัพยากรในเขตตามความเหมาะสม และเป็นไปตามระเบียบของทางราชการ

ข้อ ๕ ให้โอนสิทธิ ทรัพย์สินและอำนาจหน้าที่ของสำนักงานเขตบริการสุขภาพเขตที่ ๑-๑๒ มาเป็นของสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ข้อ ๖ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ ๑-๑๒ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้าง ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปในเขตสุขภาพจนกว่าจะได้มีการแต่งตั้งผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้าง

ข้อ ๗ ให้...

ข้อ ๗ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๔๔๙/๒๕๕๖ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๖ เรื่องจัดตั้งสำนักงานเขตบริการสุขภาพและคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพเขตที่ ๑-๑๒ และคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๖๑๖/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เรื่องจัดตั้งสำนักงานเขตบริการสุขภาพและคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพเขตที่ ๑-๑๓
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘



(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๑๔ / ๒๕๕๘
เรื่อง คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๑๔ / ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ นั้น เพื่อให้การดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยมีประสิทธิภาพ จึงเห็นสมควรออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ และกำหนดอำนาจหน้าที่

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้มีคณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ตามข้อ ๑ ประกอบไปด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๒.๑ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	ประธานคณะกรรมการ
๒.๒ สาธารณสุขนิเทศก์กระทรวงสาธารณสุข	รองประธานกรรมการ
๒.๓ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด	กรรมการ
๒.๔ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค	กรรมการ
๒.๕ ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๒.๖ ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิต	กรรมการ
๒.๗ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย	กรรมการ
๒.๘ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ไม่เกินเขตละ ๒ คน	กรรมการ
๒.๙ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป เขตละ ๒ คน	กรรมการ
๒.๑๐ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เขตละ ๒ คน	กรรมการ
๒.๑๑ ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ เขตละ ๒ คน	กรรมการ
๒.๑๒ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตละ ๒ คน	กรรมการ
๒.๑๓ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ เขตละ ๑ คน	กรรมการ
๒.๑๔ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม เขตละ ๑ คน	กรรมการ
๒.๑๕ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน เขตละ ๑ คน	กรรมการ
๒.๑๖ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตละ ๒ คน	กรรมการ
๒.๑๗ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข เขตละ ๒ คน	กรรมการ

๒.๑๘ ประธานเครือข่ายสมัชชาประชาชน เขตละ ๒ คน

กรรมการ

๒.๑๙ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ

กรรมการและเลขานุการ

๒.๒๐ เจ้าหน้าที่สำนักงานเขตสุขภาพ

ผู้ช่วยเลขานุการ

ในกรณีเขตสุขภาพใดไม่มีกรรมการตามข้อ ๒.๑๓ ก็ให้ถือว่ามีองค์ประกอบของคณะกรรมการตามที่กำหนดไว้ โดยให้คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพนั้น ประกอบด้วย กรรมการทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ ตามข้อ ๒

ข้อ ๓ ให้คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพมีรายละเอียดในการกำหนดองค์ประกอบวิธีการได้มา และการดำรงตำแหน่งของคณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ ตามเอกสารแนบท้ายคำสั่งนี้

ข้อ ๔ ให้คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๔.๑ กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ของกระทรวงสาธารณสุข และทิศทางการดำเนินงานในเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ ปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชนในพื้นที่

๔.๒ กำหนดกรอบแนวทางในการจัดสรรทรัพยากร ด้านการเงินการคลังและพัสดุด้านบุคลากร

๔.๓ ประสานงาน บูรณาการ ร่วมแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานเขตสุขภาพ โดยการระดมทรัพยากร และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

๔.๔ กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนด โดยมีการกำหนดเป้าหมาย ผลงานบริการตามที่ต้องการ และกำหนดตัวชี้วัดผลงานร่วมกัน

๔.๕ แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน ตามความจำเป็น

๔.๖ อื่นๆ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘

(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๑๖ /๒๕๕๘
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๑๖ /๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ นั้น เพื่อให้การดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยมีประสิทธิภาพ จึงเห็นสมควรออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ และกำหนดอำนาจหน้าที่

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้มีคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ตามข้อ ๑ ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

- | | |
|--|---------------------|
| ๒.๑ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒.๒ สาธารณสุขนิเทศก์กระทรวงสาธารณสุข | รองประธานคณะกรรมการ |
| ๒.๓ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด | กรรมการ |
| ๒.๔ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง | กรรมการ |
| ๒.๕ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง | กรรมการ |
| ๒.๖ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของกรม | กรรมการ |
| ๒.๗ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดละ ๑ คน | กรรมการ |
| ๒.๘ ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดละ ๑ คน | กรรมการ |
| ๒.๙ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๒.๑๐ เจ้าหน้าที่สำนักงานเขตสุขภาพ | ผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๓ ให้คณะกรรมการเขตสุขภาพ มีรายละเอียดในการกำหนดองค์ประกอบ วิธีการได้มา และการดำรงตำแหน่งของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ตามเอกสารแนบท้ายคำสั่งนี้

ข้อ ๔ ให้คณะกรรมการเขตสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๔.๑ นำนโยบาย ยุทธศาสตร์ ของกระทรวงสาธารณสุข สู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ ครอบคลุม ทั้งถึงเป็นธรรม

๔.๒ ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

๔.๓ ประสาน ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับนโยบาย และมาตรฐานการบริการสุขภาพตามที่กระทรวงกำหนด

๔.๔ กำหนดรูปแบบวิธีการจัดบริหารร่วม และบริการร่วมภายในเขตสุขภาพ อาทิเช่น One Province, One Hospital, One Regional, One Ownership

๔.๕ กำหนด...

๔.๕ ให้ความเห็นชอบและอนุมัติ ทรัพยากร ด้านการเงินการคลังและพัสดุ ด้านบุคลากร และด้านวิชาการ ของหน่วยงานในเขตสุขภาพ ที่เกินอำนาจของจังหวัดตามที่ได้รับมอบจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๔.๖ ให้ความเห็นชอบและอนุมัติ แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ แผนจัดสรร ทรัพยากร ด้านการเงินการคลังและพัสดุ ด้านบุคลากร ในเขตสุขภาพ ตามที่สำนักงานเขตสุขภาพเสนอ

๔.๗ ให้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน ดังนี้

(๑) แผนยุทธศาสตร์

(๒) พัฒนากำลังคน

(๓) การเงินการคลัง

(๔) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู คัดกรองผู้บริโภค)

(๕) อื่นๆ ตามความเหมาะสม

๔.๘ อื่นๆ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๕ ให้ยกเลิก

๕.๑ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๖๑๙/๒๕๕๖ ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๖ เรื่อง แต่งตั้งกรรมการเขตบริการสุขภาพเขตที่ ๑-๑๒

๕.๒ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๖๗๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เรื่อง แต่งตั้งกรรมการเขตบริการสุขภาพเขตที่ ๒

๕.๓ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๖๘๐/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เรื่อง แต่งตั้งกรรมการเขตบริการสุขภาพเขตที่ ๔

๕.๔ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๖๘๑/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เรื่อง แต่งตั้งกรรมการเขตบริการสุขภาพเขตที่ ๕

๕.๕ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๖๘๒/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เรื่อง แต่งตั้งกรรมการเขตบริการสุขภาพเขตที่ ๖

๕.๖ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๖๘๓/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เรื่อง แต่งตั้งกรรมการเขตบริการสุขภาพเขตที่ ๗

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘


(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๐๗ / ๒๕๕๘
เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้บังคับบัญชา

ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๔๔๔/๒๕๕๖ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้บังคับบัญชา ลงวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ นั้น เพื่อให้การบังคับข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปด้วยความถูกต้อง สะดวก และมีประสิทธิภาพ จึงเห็นควรปรับปรุงแก้ไขคำสั่งดังกล่าว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๔๙ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ และหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๑/ว ๒๓ ลงวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๕๒ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้บุคคลผู้ดำรงตำแหน่งดังต่อไปนี้ เป็นผู้บังคับบัญชาข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างในฐานะผู้อำนวยการกอง คือ

๑.๑ ราชการบริหารส่วนกลาง ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนัก ผู้อำนวยการศูนย์ ผู้อำนวยการกลุ่มหรือหัวหน้าหน่วยงานที่ได้จัดตั้งขึ้นเป็นการภายในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกำหนดให้มีฐานะเทียบเท่ากอง

๑.๒ ราชการบริหารส่วนภูมิภาค และราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคที่กำหนดให้มีฐานะเทียบเท่ากอง คือ

- (๑) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- (๒) สาธารณสุขอำเภอ
- (๓) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์
- (๔) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป
- (๕) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
- (๖) ผู้อำนวยการวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
- (๗) ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ข้อ ๒ การเป็นผู้บังคับบัญชาตามคำสั่งนี้ หมายถึง การบังคับบัญชาข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ซึ่งตนเป็นผู้บัญชาการหรือหัวหน้าของหน่วยงานนั้น

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๒๖๗/๒๕๕๖ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้บังคับบัญชาของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ ๒๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ และคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๔๔๔/๒๕๕๖ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้บังคับบัญชา ลงวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘

(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณานุกรม

1. ณาการ เก่งการพานิช. (2556). แผนงาน สอศ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหิดล “การถอดบทเรียน”. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2558, www.ph.mahidol.ac.th/sos/group6/lesson_learned.pdf.25
2. ทำนอง ภูเกิดพิมพ์. (2551). แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของชุมชน. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2558, <http://gotoknow.org/blog/mathu/334443.12> มกราคม 2553
3. พิสิทธิ์กร โพธิ์ศรี และ พรทิพย์ คำพอ. (2555). การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน: ชุมชนเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด[ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา).12 (2). สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562, <https://tci-thaijo.org/index.php/gskku/article/view/22494>.
4. เพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาญกิจ. (2557). การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ และประสิทธิภาพการจัดการของโรงพยาบาลศูนย์[ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์].วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ ราชภัฏเชียงราย 7(1). https://www.tci-thaijo.org/index.php/social_crru/article/view/80589.
5. วิกีพีเดีย. (2556). สารานุกรมเสรี. บรรยายสรุปจังหวัดอุดรดิตถ์, 12 ธค 2556. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2558, www.uttaradit.go.th/acrobat/infobrief_utt.pdf.
6. ศุภวัณณ์ พลายน้อย. (2556). นานาวิถีวิทยาการถอดบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด.
7. สถาบันพระบรมราชชนก. (2553). คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
8. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2556). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. (ฉบับปรับปรุง),พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร:องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
9. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2558). คู่มือประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
10. สำเริง ชิมรัมย์,จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และ สมศักดิ์ ศรีภักดี. (2558). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 12(1), 139-150.