วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร

Journal of Sakon Nakhon Hospital

ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563

Volume 23 No. 2 May – August 2020

วารสารโรงพยาบาลสกลนคร

Journal of Sakon Nakhon Hospital

ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563

Volume 23 No. 2 May – August 2020

ISSN 0859-7251

วารสารโรงพยาบาลสกลนคร กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม – เมษายน พฤษภาคม – สิงหาคม และกันยายน – ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. **เผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมและรวบรวมวิทยาการการค้นคว้าทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข**
2. **เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นในประเด็นปัญหาทางสาธารณสุข**
3. **เพื่อเผยแพร่ความก้าวหน้า กิจกรรมและข่าวสารทางการสาธารณสุข**

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.จิราพร เขียวอยู่
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นพ.กิติศักดิ์ ด่านวิบูลย์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

บรรณาธิการ

นพ.ศิรยุสม์ วรามิตร

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.จุฑารัตน์ ฤทธิ์ฤาชัย

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

ศ.ดร.นพ.ชุษณา สวนกระต่าย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.ปิยะธิดา นาคะเกษียร
คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.เอกพร รักความสุข
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

รศ.ดร.นพ.สุรชัย แซ่จึง
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.นพ.อนุชิต ปุญญทลังค์
คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร.พญ.วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ผศ.นพ.กมล แก้วกิติณรงค์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ผศ.พิพัฒน์ เรืองแสง
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.ดร.ทัดทรวง ปุญญทลังค์
คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร.จินตนา พาวงศ์
นักวิจัยอิสระ

อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ดร.ชลการ ทรงศรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ดร.เกษร แถวโนนงิ้ว
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7
จังหวัดขอนแก่น
อ.ดร.อนุศักดิ์ เกิดสิน
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

กองบรรณาธิการในสถาบัน

พญ.สมใจ อุดมพงศ์ลักขณา
นพ.พูลสวัสดิ์ วงศ์วิชิต
พญ.ฐิติมา วงศ์วิชิต
ภก.สมหมาย เทอำรุง
พว.พงศ์ลดา รักษาขันธ์
พว.วิราภรณ์ วราอัศวปติ
พว.ทัศนีย์ แดขุนทด
พว.อุไรวรรณ ศรีดามา
พว.ปิยนุช บุญกอง
พว.ไพลิน นัดสันเทียะ
พว.วิภา แก้วเคน
พว.ศศิธร ภักดีโชติ
พว.ประภัสสร สมศรี
นางสาวสุดคะนึง โรจนชีวาคม

ฝ่ายจัดการ

นางสาวพิสุทธิดา ขุนศรี
นางสาวสุพรรษา ช้ายสุพรรณ

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายนอกหน่วยงาน)

อ.ดร.นำพร อินสิน
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
อ.ดร.กุสุมาลี โพธิปัสสา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.เนาวรัตน์ เสนาไชย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม
อ.ณัติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม
อ.ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
ผศ.ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ภก.กิติศักดิ์ ไท้ทอง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
รศ.ดร.ชัจคเณจ์ แพรขาว
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.ดร.ทวีป แสงแห่งธรรม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ.เขมิภา แสนกล้า
คณะสหเวชศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
นพ.สุมน ตั้งสุนทรวิวัฒน์
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี
นพ.วรฤทธิ์ เลิศสุวรรณเสรี
ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นพ.วิธียุทธ คำตรี
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี
นพ.สุชาติ อรุณศิริวัฒนา
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
อ.ดร.สุดคนึง ฤทธิ์ฤาชัย
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
อ.ศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นาวาโท นายแพทย์สรยุทธ ชำนาญเวช
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ทวีศักดิ์ ศรีคำมูล
แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลเทพธารินทร์
อ.ดร.วิจิตร แผ่นทอง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายในหน่วยงาน)
พญ.จุฑารัตน์ นันตะสุข
พญ.ปิยวรรณ คำศรีพล
อ.วิราภรณ์ วราอัศวปติ
อ.ไมตรี ไปยะพรม
อ.ไพลิน นัดสันเทียะ
อ.วิชชุดา กิตติวราฤทธิ์
อ.ปิยนุช บุญกอง
อ.อุไรวรรณ ศรีดามา
อ.วันเพ็ญ ทิพม่อม
อ.บงกฎ ปัจสา
อ.รุ่งรักษ์ ภิรมย์ลาภ

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สมศักดิ์การพิมพ์ กรุ๊ป อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000
โทร. 042–711896

เจ้าของ

โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ 1041 ถนนเจริญเมือง อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000
โทร. 042–176000 ต่อ 1042

การบอกรับสมาชิก

ค่าสมัครสมาชิก	ปีละ 400 บาท	สั่งซื้อวารสาร	เล่มละ 150 บาท
ต่ออายุสมาชิก	ปีละ 400 บาท	ค่าตีพิมพ์วารสาร	ฉบับละ 2,000 บาท

หมายเหตุ : * หากบทความเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของกองบรรณาธิการแล้วจะไม่สามารถขอรับเงินค่าตีพิมพ์วารสารคืนได้
** ติดต่อสำนักงานวารสารโรงพยาบาลสกลนคร ที่งานวารสาร โรงพยาบาลสกลนคร โทร. 042–176000 ต่อ 1042

หมายเหตุ :-

- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายนอกโรงพยาบาลสกลนครที่ลงตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายในหรือภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ต่อบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายในโรงพยาบาลสกลนครที่ลงตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ต่อบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- ข้อเขียนและข้อคิดเห็นใด ๆ ในบทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวและเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ทั้งสิ้น
- บทความที่ลงตีพิมพ์ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารโรงพบาบาลสกลนคร การคัดลอกเพื่อพัฒนาเชิงวิชาการต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้อง

บทบรรณาธิการ

การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 กำลังดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ตัวเลขล่าสุด ณ วันที่ 14 สิงหาคม รายงานการติดเชื้อทั่วโลกอยู่ที่ 21 ล้านคน หรือขยับเพิ่มขึ้นทีละ 1 ล้านคน ในอัตราเร่งเพียง 4 วัน หลังจากผ่านหลัก 10 ล้านคนแรกในปลายเดือนมิถุนายน การขยับขึ้นมาทีละล้านของผู้ติดเชื้อ ยิ่งใช้เวลาสั้นลง จากฐานคนติดเชื้อทั่วโลกที่ใหญ่ขึ้น ตัวเลขที่ย่ำแย่เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลว ในการควบคุมโรคระบาดโควิด-19 ของประเทศใหญ่ๆ ไม่ว่าจะเป็นประเทศพัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนา เมื่อเทียบกับจีน ซึ่งเป็นประเทศขนาดใหญ่ประเทศแรกที่มีรายงานการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในอัตราเร่งในช่วงแรกๆ ของการระบาด แต่จีนกลับควบคุมได้ดีและอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า

ดูเหมือนว่าความล้มเหลวในการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ของสหรัฐ บราซิล อินเดีย หรือรัสเซีย ไม่ว่าจะมาจากสาเหตุใด ทั้งการไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชน การบริหารงานทางด้านสาธารณสุขที่ผิดพลาด นโยบายทางการเมือง ไม่เพียงแต่จะเป็นปัญหาเฉพาะหน้าของกลุ่มประเทศขนาดใหญ่เหล่านี้ แต่มันกลับฉุดรั้งการควบคุมการแพร่ระบาดและหายนะทางเศรษฐกิจไปทั่วโลก

วัคซีนถือเป็นหนึ่งในความหวังของการเอาชนะไวรัสมรณะที่มาแรงประจำปีนี้อย่าง โควิด-19 ส่งผลให้ขณะนี้ นักวิจัยจากนานาประเทศทั่วโลกต่างเร่งเดินหน้าพัฒนาวัคซีนพิชิตไวรัสดังกล่าวมากมาย โดยมีรายงานว่ามีการพัฒนาวัคซีนมากกว่า 150 ประเภท โดยวัคซีนทั้งหมดที่กำลังคิดค้นพัฒนานี้ล้วนมีเป้าหมายหลักเพื่อสร้างระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกายให้สามารถต่อสู้และเอาชนะเชื้อไวรัสได้ ทำให้บางครั้งวัคซีนออกฤทธิ์รุนแรงกว่าการติดเชื้อไวรัสโดยธรรมชาติ และอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อร่างกายตามมา ดังนั้นการที่จะผลิตวัคซีนตัวใหม่ออกมาแต่ละครั้งจึงต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน เพื่อทดสอบให้แน่ใจว่าจะไม่เกิดผลกระทบทางลบต่อร่างกายของมนุษย์ ในส่วนของระยะเวลาการคิดค้นและผลิตวัคซีนที่ว่านี้ โดยปกติจะต้องใช้เวลานานถึง 10-15 ปี ขณะที่ระยะเวลาในผลิตวัคซีนที่สั้นที่สุดที่เคยผลิตได้คือ วัคซีนสำหรับเชื้ออีโบลายังต้องใช้เวลานับปี ส่วนวัคซีนป้องกันโรคคางทูมที่ว่าเร็วก็ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 ปี อย่างไรก็ตาม ด้วยความจำเป็นเร่งด่วนบวกกับวิทยาการที่ก้าวหน้ามากขึ้น บรรดาผู้เชี่ยวชาญทั้งหลายต่างคาดการณ์ถึงความเป็นไปได้ที่ประชากรทั่วโลกจะได้รับวัคซีนสู้โควิด-19 ว่าอย่างเร็วที่สุดคือช่วงกลางปี พ.ศ. 2564 ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดหวังว่าประชากรเกือบทุกประเทศทั่วโลกจะได้รับวัคซีนภายในช่วงสิ้นปี พ.ศ. 2564

ดังนั้นเมื่อมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดโรคระบาดใหม่ ๆ ขึ้นในทุก ๆ ปีต่อจากนี้ ประกอบกับการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข การแพทย์เป็นเรื่องที่ทำได้ยากและมีข้อจำกัด วัคซีนจึงกลายเป็นความหวังสุดท้ายในสถานการณ์ ณ ขณะนี้

นพ.ศิรยุสม์ วรามิตร
บรรณาธิการ

สารบัญ

- **บทบรรณาธิการ**

- **นิพนธ์ต้นฉบับ**

การเปรียบเทียบปริมาณรังสีในปริมาตรเป้าหมายของการวางแผนการรักษาและอวัยวะเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยเทคนิคการฉายรังสีแบบสามมิติและปรับความเข้ม ในโรงพยาบาลสกลนคร 1

พัฒนพงษ์ แสนชนม์ วท.ม. เกียรติศักดิ์ พรหมเสนสา พ.บ., วว.รังสีรักษา และมะเร็งวิทยา
ศรายุทธ ครโสภา วท.ม. วิมลมาศ ทองงาม วท.ม.

ความซุกการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง 13

ชีวิน ขาวประภา พ.บ., วว.ประสาทศัลยศาสตร์

ความรู้และพฤติกรรมการจัดการถุงน้ำยาล้างไต ที่เกิดจากการล้างไตที่บ้านของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร 22

ธิดารัตน์ สุตะโคตร พย.ม.

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านนากระตึบ ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 37

ลัดดา พลพุทธา พย.ม. บุณยดา วงค์พิมล พย.ม.
อรทัย พงษ์แก้ว พย.ม. กฤษฎา เขื่อนโยธา
กัญญารัตน์ มูลทา จิราพร ตันกูล
ธิตินันท์ หงส์ลอยลม สิริพร บุญลาด
ปิยภรณ์ ยงยืน

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสกลนคร 47

สุรวิมล ไชยรบ ปพ.ส. กนกพร กุลวงษ์ พย.ม.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมแบบดั้งเดิมประยุกต์ 59

รัชฎา พูนปริญญา ปพ.ส. วิชชุดา กิตติวราฤทธิ์ พย.ม.

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว 70

ทรงศักดิ์ เทเสนา พ.บ.

ผลของการใช้นวัตกรรมโคอาล่าพาเพลินต่อความกลัวในการพ่นยาฝอยละอองของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 83

มารศรี ศิริสวัสดิ์ พย.ม. อภิสิทธิ์ ฉกรรจ์ศิลป์ วท.ม.
นงลักษณ์ บุญทอง พย.บ.

การพัฒนาเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 93

อัครินทร์ สูฝน รป.ม. ไพรจิตร ศิริมงคล ส.บ.
ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง ปร.ด.

สารบัญ (ต่อ)

การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่พบเอสทียกสูง จังหวัดสกลนคร 104

ขชล ศรียายาง พ.บ., วว.อายุรศาสตร์โรคหัวใจ

- **รายงานผู้ป่วย**

การจี้ทางลัดกระแสไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว ร่วมกับมีทางลัดกระแสไฟฟ้าที่มีความเสี่ยงสูง 120

เจนจิรา สวัสดิมานนท์ พ.บ., วว.อายุรศาสตร์โรคหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 136

ดารณี มิตรสุภาพ พย.บ.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย: กรณีศึกษา 2 ราย 148

สุภัตตรา อินทร์คำน้อย พย.บ.

- **บทฟื้นฟูวิชาการ**

บทบาทพยาบาลชุมชนในการป้องกัน COVID-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของอีสานไทย 160

พนารัตน์ ศาสนะสุพินธ์ ปร.ด.

การพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิตามปรัชญา “การมุ่งเน้นคุณค่าเป็นฐาน” 172

สฤษดิ์เดช เจริญไชย พ.บ. ส.ม. สุดคนึง ฤทธิ์ฤาชัย ปร.ด.

การเลี้ยงดูเด็กของปู่ย่าตายายในครอบครัวข้ามรุ่น 182

กุสุมาลี โพธิปัสสา ปร.ด. ทรงสุดา หมื่นไธสง ปร.ด.
ดาราพร รักหน้าที่ ส.ม. จิระพรรณ สุปัญญา พย.ม.
มัลลิกา มากรัตน์ วท.ม.

- **คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร** 192
- **แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร** 196
- **ใบ Check List สำหรับผู้เขียนก่อนส่งบทความให้วารสารโรงพยาบาลสกลนครพิจารณา** 197
- **ใบสมัครสมาชิกวารสารโรงพยาบาลสกลนคร** 199

นิพนธ์ต้นฉบับ Original article

การพัฒนาเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

อัครินทร์ สูฝน รป.ม.*
ไพรจิตร ศิริมงคล ส.บ.**
ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มแบบง่ายจำนวน 64 คน คือผู้ที่เคยป่วย ผู้สัมผัสโรค ผู้ใกล้ชิด กลุ่มเสี่ยง แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.โพนพิสัย จ.หนองคาย การพัฒนาเครือข่ายปากสวยโมเดล (PAKSUAI model network) 7 ด้าน คือ P: การวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน A: การปรับทัศนคติที่ดี K: พัฒนาความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยวัณโรค S: เสริมสร้างพลังการทำงาน U: กำหนดบทบาทหน้าที่และความร่วมมือ A: ติดตามการปฏิบัติงานและ I: สรุปผลการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายฯ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ค = 0.89

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และบทบาทเครือข่ายปากสวยโมเดลก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความคิดเห็นการพัฒนาเครือข่ายต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการมีส่วนร่วม ($\overline{X} = 4.71$, S.D. = 0.37) ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการมีเอกภาพ และด้านการสรุปทบทวน รายงานผลงาน ($\overline{X} = 4.38$, S.D. = 0.27; $\overline{X} = 4.38$, S.D. = 0.28) จากผลการวิจัย ควรให้ผู้นำชุมชนและเครือข่ายมีบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเครือข่ายปากสวยโมเดลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ: เครือข่ายปากสวยโมเดล การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากสวย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ผู้รับผิดชอบบทความ อีเมล์: pcu99837@gmail.com

** สาธารณสุขอำเภอโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

Development of PAKSUAI Model Network for Caring Patients with Tuberculosis

Akarin Soofon MPA*
Praijit Sirimongkhol B.P.H.**
Chaweewan Sridawruang Ph.D.***

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop PAKSUAI model network for caring patients with tuberculosis (TB). The 64 participants in Amphoe Phon Phisai, Nong Khai province were randomly selected including TB patients, TB's relatives, risk groups, community leaders, and public health staff. The development of PAKSUAI model network for caring patients with tuberculosis (PAKSUAI) composed of 7 dimensions; P: PARTICIPATION, A: ATTITUDE, K: KNOWLEDGE, S: SUPPORT, U: UNITY, A: ACTION and I: IMAGE. The research instruments were the questionnaires about knowledge and attitudes of participants related to TB disease and the development of PAKSUAI model network for caring patients with TB. Content validity and reliability had been validated. The reliability tested by Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire was 0.89.

The results revealed that the mean scores of knowledge and role of PAKSUAI model network before and after development were statistically significant difference ($p < 0.001$). The highest mean scores of attitudes for development of PAKSUAI model network toward caring patient with TB was the participant dimension ($\overline{X} = 4.71$, S.D. = 0.37). The lowest mean scores of attitudes were the unity and conclusion and report dimensions ($\overline{X} = 4.38$, S.D. = 0.27; $\overline{X} = 4.38$, SD = 0.28, respectively). This result suggested that the community leaders and networks should be strengthening their network continually for sustainable development.

Keywords: PAKSUAI model network, Caring patients with tuberculosis

* Registered Nurse (Professional Level), PAKSUAI Health Promoting Hospital, Amphoe Phon Phisai, Nong Khai Province, Corresponding Author Email: pcu99837@gmail.com

** Public Health Executive, Amphoe Phon Phisai, Nong Khai Province

*** Registered Nurse (Senior Professional Level), Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Udonthani Province

บทนำ

สถานการณ์โรควัณโรคผู้ป่วยขึ้นทะเบียนในจังหวัดหนองคาย ระหว่างปีงบประมาณ 2560–2562 พบผู้ป่วยรายใหม่ คิดเป็นอัตราตรวจพบ (Detection rate) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย ร้อยละ 73.69, ร้อยละ 71.53 และ ร้อยละ 81.38 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค(เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 90)[1] สถานการณ์วัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านปากสวย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ และรับการรักษาสำเร็จ ปี 2560–2562 คิดเป็นร้อยละ 100 อย่างไรก็ตามในปี 2562 มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 1 ราย[2] ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคและยังมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งคนในชุมชนยังขาดความรู้ ขาดกระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคในชุมชน ให้ได้รับการดูแลที่ดีและเหมาะสมอย่างต่อเนื่องนั้น เป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน ต้องอาศัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นทัศนคติและองค์ความรู้ของญาติ และชุมชนเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค มองว่าโรควัณโรค ที่เกิดขึ้น เป็นโรคที่น่ารังเกียจ และไม่ให้ความสำคัญในการดูแลรักษา ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการงานวัณโรค เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคประสิทธิภาพดีขึ้น ทำให้กลุ่มเสี่ยงวัณโรคและประชาชนมีความรู้ความเข้าใจตระหนักในการป้องกันควบคุมวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านสามารถพึ่งตนเองและอยู่ร่วมในชุมชนได้ ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาเครือข่ายปากสวย (PAKSUAI model) ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคจากการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการรักษาวัณโรคแบบ DOT โดยใช้ HEAL MODEL อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ที่เน้นการทำงานตาม 4 องค์ประกอบคือ มีเครือข่ายการทำงาน (H: Health network learning) การเรียนรู้แบบสร้างเสริมประสบการณ์ (E: Experiential learning) การทำงานให้สำเร็จได้ด้วยคนอื่นผ่านการเสริมพลัง (A: Appreciative participation learning) มีคนพาทำ (L: Leader learning)[3] และการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่โดยใช้ THABO model อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่เน้น 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย วิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม จัดทำแผนปฏิบัติการ กิจกรรมอบรมผู้แทนวัณโรคระดับตำบลกิจกรรมแจ้งข่าวเตือนภัยใส่ใจวัณโรค กิจกรรมจัดการสิ่งแวดล้อม กิจกรรมเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยวัณโรค การนิเทศ ติดตามการดำเนินงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน[4] และศึกษาตามกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[5] เพื่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค คือการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ด้วยการกำกับการรับประทานยา ทุกวัน สม่ำเสมอ ตามแผนการรักษาของแพทย์จนหายขาด การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ช่วง 2 สัปดาห์แรกถึง 2 เดือน ผู้ป่วยควรสวมหน้ากากอนามัย เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคสู่คนอื่นจากเชื้อที่ปนออกมาทางละอองเสมหะ จากการไอ จาม ควรแยกของเครื่องใช้ ไม่ใช้ร่วมกับคนอื่น การเก็บและกำจัดเสมหะ เวลาไอหรือจามใช้ทิชชูปิดปาก หรือการบ้วนเสมหะ น้ำลาย ใช้ถุงรอง ใส่ถังขยะปิดผาให้มิดชิด กำจัดทำลายทุกวันด้วยการเผาหรือการใช้ยาฆ่าเชื้อก่อนเททิ้งในซักโครก การดูแลความสะอาดพื้นด้วยน้ำยาถูพื้น สิ่งแวดล้อม ห้องนอนมีหน้าต่าง อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่แออัด อับชื้น แยกห้องน้ำดูแลให้สะอาดถูกสุขลักษณะ ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัวและชุมชนให้พบโดยเร็วโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือสัมผัสใกล้ชิด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม (ติดเตียงหรือติดบ้าน) ผู้ติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น[6]

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ออกแบบการวิจัยให้เป็นการวิจัยในประชากรกลุ่มเดียว

ใช้แนวคิด PAKSUAI model ประกอบด้วย P: PARTICIPATION การวิเคราะห์สถานการณ์วางแผนหาแนวทางแก้ไขการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย A: ATTITUDE การปรับทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคK: KNOWLEDGE พัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้มีความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยวัณโรค S: SUPPORT สนับสนุน เสริมสร้างพลังในการทำงานแก่เครือข่าย U: UNITY การกำหนดบทบาทหน้าที่และพันธสัญญาความร่วมมือ A: ACTION การกำกับติดตามการปฏิบัติงานตามวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดของเครือข่ายต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค I: IMAGE การสรุป ทบทวน รายงานผลการดำเนินงาน ของเครือข่าย เพื่อนำสู่การพัฒนาต่อยอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ที่ปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ 10 หมู่บ้าน ของตำบลวัดหลวงรวมจำนวน 277 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชากรหลักร้อยใช้เกณฑ์ 15–30%[7] เทียบสัดส่วนตามเกณฑ์และการสุ่มแบบง่าย จำนวน 64 คน ประกอบด้วยผู้ที่เคยป่วยวัณโรค 2 คน ผู้สัมผัสโรค/ผู้ใกล้ชิด กลุ่มเสี่ยง 32 คน ผู้นำชุมชน อสม. 28 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 คน ระยะเวลาศึกษาคือเดือนตุลาคม 2562 ถึงมีนาคม 2563 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นประชากรอาศัยในพื้นที่ 10 หมู่บ้าน ตำบลวัดหลวง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย อย่างน้อย 1 ปี สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าร่วมการพัฒนาเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามกิจกรรมการวิจัย และยินยอมให้ข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัย มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Plan) เครือข่ายร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อรับรู้ปัญหาร่วมกัน และการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค ดำเนินการโดย จัดประชุมเครือข่าย 1 วัน ก่อนดำเนินการ จัดทำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจและบทบาทเครือข่ายการดูแลวัณโรคจากนั้น คืนข้อมูลสถานการณ์วัณโรค 3 ปี ย้อนหลัง เปิดประเด็นข้อซักถามแบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม 1) กลุ่มผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/สมาชิกสภาอบต.) 2) กลุ่มผู้สัมผัส/ผู้ใกล้ชิดวัณโรค 3) กลุ่ม อสม. และ 4) กลุ่มผู้เคยป่วยวัณโรค เพื่อระดมความคิดค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน จากนั้นกลุ่มนำเสนอปัญหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ส่วนทีมวิจัยสรุปประเด็นสำคัญ

2. ขั้นดำเนินการ (Implement) จัดตั้งเครือข่ายดูแลผู้ป่วยวัณโรคและการกำหนดบทบาทหน้าที่และสัญญาความร่วมมือ การสนับสนุน การเสริมสร้างพลังในการทำงาน สนับสนุนทรัพยากร ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การให้กำลังใจ รับฟังปัญหา จัดทำแผนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค และการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงฯ กรณีป่วยมีทีมกำกับการกินยา ดำเนินการกำกับการกินยาในผู้ป่วยวัณโรค พัฒนาแบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคเครือข่ายสามารถใช้แบบคัดกรองส่งไปรับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาลแม่ข่ายทั้ง 2 แห่ง

3. ขั้นสะท้อนคิด (Reflective) การทบทวนวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานและข้อเสนอแนะของเครือข่ายหลังจากดำเนินการพัฒนาเครือข่ายปากสวยโมเดลประกอบด้วย ประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและบทบาทเครือข่ายต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังดำเนินการ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา อายุ ลักษณะตามกลุ่มเสี่ยงวัณโรค

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายฯ เป็นข้อคำถามแบบเลือกคำตอบ 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูก 1 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนความรู้ 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80–100 (คะแนนตั้งแต่ 16–20 คะแนน) ระดับความรู้ปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60–79 (คะแนนตั้งแต่ 12–15 คะแนน) ระดับความรู้น้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาและข้อเสนอแนะเครือข่ายปากสวยโมเดล เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 1–5 คะแนน โดยคิดค่าคะแนนความคิดเห็นน้อยที่สุด = 1 น้อย = 2 ปานกลาง = 3 มาก = 4 และมากที่สุด = 5 นำค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นมาจัดระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับความคิดเห็นมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด

เครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item–Objective Congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในด้านเนื้อหา ด้านภาษา และด้านสถิติ แบบสอบถามระดับความคิดเห็นฯ ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อายุ ลักษณะตามกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: S.D.) และการจัดระดับ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการทดสอบความรู้และบทบาทเครือข่ายปากสวยโมเดลก่อนดำเนินการกับหลังดำเนินการ โดยใช้ paired sample t–test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

กระบวนการวิจัยได้ดำเนินการโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เอกสารรับรองเลขที่ COA No.NKPH09 เริ่ม ตุลาคม พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

การพัฒนาเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การพัฒนาเครือข่าย PAKSUAI model มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ

1) ขั้นวางแผน (Plan) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค นำเสนอสถานการณ์ให้เครือข่ายรับรู้ปัญหา จากการประชุมเครือข่ายปากสวยโมเดล เมื่อต้นเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 64 คน สรุปสถานการณ์และปัญหาผู้ป่วยวัณโรคในปี พ.ศ. 2560–2562 มีแนวโน้มลดลง แต่อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด ในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีการเสียชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยไปทำงานต่างจังหวัดหลายปี แต่พอมีอาการหนักแล้วค่อยมารักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านไม่ถึง 1 เดือน ก็เสียชีวิต และสาเหตุที่ผู้ป่วยลดลงเกิดจากการเข้าถึงระบบคัดกรองไม่ครอบคลุม ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค ผลกระทบจากการป่วยวัณโรคดื้อยา การขาดความตระหนัก คิดว่าเป็นภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล ตามลำดับ ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาแบบมีพี่เลี้ยง จากการถอดบทเรียนเครือข่ายพบว่า เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมส่วนหนึ่งคือ อสม. ไม่สวมใส่หน้ากากอนามัยเวลาเยี่ยมกำกับให้ผู้ป่วยกินยา จึงพบว่า ครอบครัว อสม. ป่วยวัณโรค 2 คน กรณีผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง สาเหตุจากการกินยาหลายเม็ด ผลข้างเคียงของยา ทำให้เหนื่อย คลื่นไส้ ไม่ต้องการให้คนอื่นรู้ว่าตนเองป่วยกลัวว่าคนอื่นจะรังเกียจ เป็นต้น

2) ขั้นดำเนินการ (Implement) จัดตั้งเครือข่ายดูแลผู้ป่วยวัณโรคและการกำหนดบทบาทหน้าที่และสัญญาความร่วมมือ สนับสนุนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เสริมสร้างพลังในการทำงาน สนับสนุนทรัพยากร เช่น อุปกรณ์ สิ่งของที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การให้กำลังใจ รับฟังปัญหา และการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเครือข่าย ดำเนินการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงฯ รวมจำนวน 141 คน ส่งเอกซเรย์ปอด 39 คน คิดเป็นร้อยละ 27.66 ของกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากข้อจำกัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย กำหนดแผนเอกซเรย์รอบแรก โดยให้ รพ.สต.แต่ละแห่ง ทั้ง 15 แห่ง ส่งตรวจได้ครั้งละไม่เกิน 30 คน กลุ่มเป้าหมายคัดกรองที่ตกค้าง ทางเครือข่ายได้ประสานแผนคัดกรองกับโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนเพื่อให้เกิดการคัดกรองที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น พบผู้ป่วยจากระบบการคัดกรองป่วยเข้ารับการรักษา ทั้งสิ้นรวมจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้ป่วยรายใหม่ที่รับการรักษา

3) ขั้นสะท้อนคิด (Reflective) การทบทวนวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานเครือข่าย โดยใช้แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเครือข่ายปากสวยโมเดล หลังดำเนินการในระยะที่3และมีการทบทวนความรู้ในประเด็นที่มีข้อสงสัย หรือข้อที่ตอบผิดเป็นส่วนใหญ่ เกี่ยวกับผลข้างเคียงของการใช้ยาวัณโรค ให้เข้าใจอาการรุนแรงและอาการไม่รุนแรงของผลข้างเคียงการใช้ยาวัณโรคเพื่อความต่อเนื่องผู้ป่วยไม่ขาดยาในการรักษาวัณโรค ได้แก้ไขทำความเข้าใจกับเครือข่ายฯว่า การกำกับกินยาวัณโรค เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาถูกต้อง ครบถ้วน ทุกวัน ทั้งที่อยู่ต่อหน้าพี่เลี้ยงหรือไม่อยู่ต่อหน้าพี่เลี้ยงก็ตาม คนป่วยต้องได้รับการกินยา พี่เลี้ยงอาจจะตรวจสอบโดยการสอบถามผู้ป่วย การนับซองบรรจุเม็ดยา การดูสมุดคู่มือตามวันที่ เวลา การกินยา เป็นต้น และไขข้อข้องใจกับเครือข่ายเกี่ยวกับพี่เลี้ยงกำกับการกินยาควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาวัณโรค มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยวัณโรค สามารถให้คำแนะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย กำกับการกินยาได้ถูกต้อง แนะนำการปฏิบัติตัวป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่คนอื่น ทั้งในครอบครัว/ผู้ใกล้ชิด และชุมชน

ผลการพัฒนาเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบร้อยละ 81.25 (52 คน) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.31 (45 คน) การศึกษาระดับปริญญาตรีน้อยที่สุดคือร้อยละ 12.50 (8 คน) ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 50–59 ปี ร้อยละ 46.88 (30 คน) เป็นผู้สัมผัส/ผู้ใกล้ชิดโรค/กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 50.00 (32 คน) ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานอายุ 65 ปี ขึ้นไป 19 คน เป็น อสม. ร้อยละ 35.93 (23 คน) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n = 64)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 หญิง	52	81.25
1.2 ชาย	12	18.75
2. ระดับการศึกษา		
2.1 ชั้นประถมศึกษา	45	70.31
2.2 ชั้นมัธยมศึกษา	11	17.19
2.3 ปริญญาตรีขึ้นไป	8	12.50

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n = 64) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
3. อายุ (ปีเต็ม)		
3.1 อายุ 30–39 ปี	5	7.81
3.2 อายุ 40–49 ปี	17	26.56
3.3 อายุ 50–59 ปี	30	46.88
3.4 อายุ 60 ปีขึ้นไป	12	18.75
4. จำแนกประเภทกลุ่มตัวอย่าง		
4.1 อสม.	23	35.93
4.2 ผู้สัมผัส/ผู้ใกล้ชิดโรค กลุ่มเสี่ยง	32	50.00
4.3 ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/อบต.)	5	7.81
4.4 ผู้ป่วยเคยรักษาวัณโรค	2	3.13
4.5 จนท.รพ.สต.	2	3.13

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ความรู้ความเข้าใจของเครือข่ายฯเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคจากการตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่าย ก่อนการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ 15.79 จาก 20 คะแนน พบค่าคะแนนต่ำสุด 9 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน หลังการพัฒนาเครือข่ายฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ 18.50 จาก 20 คะแนน พบค่าคะแนนต่ำสุด 15 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน ภาพรวมส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดีทั้งก่อนและหลังการพัฒนาฯ โดยก่อนพัฒนาฯพบร้อยละ 53.13 หลังการพัฒนาฯ คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.90 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาเครือข่ายฯ (n = 64)

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย คือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0–11 คะแนน)	2	3.12	0	0
ระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 60–79 (12–15 คะแนน)	28	43.75	2	3.10
ระดับดี คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16–20 คะแนน)	34	53.13	62	96.90
$\overline{X}$ (S.D.)	15.79 (2.25)		18.50 (1.48)	
Median (IQR)	16 (7)		19 (2)	
Min: Max	9: 20		15: 20	

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้รายข้อของการตอบถูก–ผิด ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาเครือข่าย พบว่า หลังการพัฒนาเครือข่ายฯกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบถูกมากกว่าก่อนการพัฒนาเครือข่ายฯในทุกหัวข้อ โดยก่อนการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ หัวข้อสาเหตุที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมักพบการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค ตอบถูกร้อยละ 96.88 (62 คน) รองลงมาคือ ช่องทางการแพร่กระจายเชื้อ การติดต่อของวัณโรค ตอบถูกร้อยละ 93.75 (60 คน) ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาวัณโรค ตอบถูกร้อยละ 32.81 (21 คน) รองลงมาคือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการสวมหน้ากากอนามัย ตอบถูกร้อยละ 57.81 (37 คน) หลังการพัฒนาเครือข่ายฯ พบว่ามีข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 64 คน คิดเป็นร้อยละ 100 สามารถตอบถูกจำนวน 6 ข้อ และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดก็ยังคงเป็นข้อเดียวกันกับก่อนการพัฒนาคือ การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาวัณโรค ตอบถูกร้อยละ 57.81 (37 คน) แต่ตอบถูกมีจำนวนเพิ่มขึ้น 16 คน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการตอบถูกก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายฯ จำแนกรายข้อ (n = 64)

ความรู้และบทบาทเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	ก่อนพัฒนาการตอบถูก		หลังพัฒนาการตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความหมายของวัณโรค	43	67.19	46	71.88
2. การติดต่อของวัณโรค	55	85.94	60	93.75
3. อาการของวัณโรคปอด	55	85.94	64	100.0
4. ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค มีลักษณะอย่างไร	53	82.81	63	98.44
5. การปฏิบัติตัวของเครือข่ายฯกับผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค	46	71.88	57	89.06
6. การตรวจวินิจฉัยวัณโรคปอด	54	84.38	55	85.94
7. สถานที่ตรวจวินิจฉัยวัณโรคปอด	51	79.69	64	100.0
8. ระยะเวลาการรักษาวัณโรคปอด	57	89.06	64	100.0
9. ผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากยารักษาวัณโรค	57	89.06	61	95.31
10. การปฏิบัติตัวเมื่อพบผลข้างเคียงจากยาวัณโรค	21	32.81	37	57.81
11.ความสำคัญของพี่เลี้ยงกำกับการกินยา	53	82.81	58	90.63
12. บุคคลที่ควรเป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยา	42	65.63	54	84.38
13. การปฏิบัติของพี่เลี้ยงกำกับการกินยา	50	78.13	58	90.63
14. การปฏิบัติหน้าที่เครือข่ายเมื่อผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ตามนัด	52	81.25	62	96.88
15. การแนะนำครอบครัวที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ	55	85.94	64	100.0
16. สาเหตุที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงพบว่าป่วยเป็นวัณโรคมาก	62	96.88	64	100.0
17. ความจำเป็นต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดในการใช้หน้ากากอนามัย	37	57.81	59	92.19
18. วิธีป้องกันวัณโรคที่ดีที่สุด	58	90.63	64	100.0
19. ผลของการกินยาไม่ครบ	59	92.19	63	98.44
20. บทบาทสำคัญของ เครือข่าย ต่อการควบคุมวัณโรค	43	67.19	57	89.44

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการทดสอบความรู้และบทบาทเครือข่ายปากสวยโมเดลก่อนดำเนินการกับหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ paired sample t–test พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับนัยสำคัญ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความเข้าใจในบทบาทเครือข่ายฯต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

การทดสอบความรู้	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p–value
ก่อนดำเนินการ	15.79	2.26	2.70	2.15 ถึง 3.25	< 0.001
หลังดำเนินการ	18.50	1.48			

ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นการพัฒนาเครือข่ายต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวทาง PAKSUAI model ระดับความคิดเห็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 4 ด้าน และระดับมาก 4 ด้าน พบค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการมีส่วนร่วม ($\bar{X}$ = 4.71, S.D. = 0.37) ค่าเฉลี่ยต่ำสุดด้านการมีเอกภาพ ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = 0.28) และด้านการสรุปทบทวน รายงานผลงาน ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = 0.27) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและระดับความคิดเห็นการพัฒนาเครือข่ายฯ ต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ความคิดเห็นการพัฒนาเครือข่ายปากสวยโมเดล ต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านการมีส่วนร่วม (P=PARTICIPATION)	4.71	0.37	มากที่สุด
ด้านความรู้ความเข้าใจ (K=KNOWLEDGE)	4.62	0.33	มากที่สุด
ด้านการปฏิบัติ (A=ACTION)	4.57	0.34	มากที่สุด
ด้านการสนับสนุน เสริมสร้างพลังในการทำงาน (S=SUPPORT)	4.47	0.24	มาก
ด้านทัศนคติ (A= ATTITUDE)	4.47	0.30	มาก
ด้านการมีเอกภาพ (U=UNITY)	4.38	0.28	มาก
ด้านการสรุปทบทวน รายงานผลงาน (I=IMAGE)	4.38	0.27	มาก
โดยรวม	**4.51**	**0.22**	**มากที่สุด**

เครือข่ายพัฒนาร่วมสังเคราะห์และรายงานผลการดำเนินงานพบว่า การพัฒนาเครือข่ายฯ เป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ปัญหานั้นได้รับการแก้ไขหรือได้รับการพัฒนาต่อยอด ดังนี้ การยอมรับในการดูแลผู้ป่วยเสมือนญาติคนหนึ่ง จะทำให้งานสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ อสม. และแกนนำในชุมชนคือขุมพลังสำคัญที่จะทำให้การขับเคลื่อนงานป้องกันและรักษาวัณโรคสำเร็จ การเรียนรู้ในการป้องกันการเกิดโรคยังต้องทำต่อเนื่องในกลุ่มแกนนำอย่างทั่วถึงเพื่อการขับเคลื่อนที่สำเร็จ มีอุปสรรคด้านห้วงเวลาทำงานกับชุมชนที่จำเป็นต้องใช้เวลานอกเวลาราชการ เพื่อให้เข้าถึงผู้นำและ อสม. ตลอดจนญาติผู้ป่วย ผู้สัมผัสทำให้ต้องปรับเวลาให้เข้ากับชุมชนให้ได้ จนท. ต้องเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้นำชุมชนออกความคิดเห็นให้มากที่สุด และการให้คำชี้แนะในชุมชนเพิ่มเติมอีก

วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้และบทบาทเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค หลังดำเนินการเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาพรวมส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดีทั้งก่อน

และหลังการพัฒนาฯ โดยก่อนพัฒนาฯ พบร้อยละ 53.13 หลังการพัฒนาฯ พบร้อยละ 96.90 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิสิษฐ์กร โพธิ์ศรี และพรทิพย์ คำพอ[9] ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสร่วมบ้านด้านความรู้เรื่อง วัณโรคพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มีความรู้เรื่องวัณโรคระดับสูงก่อนการอบรม ร้อยละ 66.7 หลังการอบรมมีความรู้อยู่ระดับสูง ร้อยละ 100.0 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรเดช ชวะเดช[3] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับ DOT ในอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผลการดำเนินงานตามรูปแบบ HEAL MODEL ทำให้กลุ่มพี่เลี้ยงมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาวัณโรคแบบ DOT หลังการอบรมศักยภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมเกียรติ ตาตะมิ และคณะ[4] ศึกษาการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบ THABO Model 9 ขั้นตอน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษานี้พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเครือข่ายต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทาง PAKSUAI model ระดับความคิดเห็นรายด้าน พบค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายมีส่วนร่วมในขั้นวางแผนการทำงาน การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การจัดตั้งเครือข่ายดูแลผู้ป่วยวัณโรคและการกำหนดบทบาทหน้าที่และสัญญาความร่วมมือ สนับสนุนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เสริมสร้างพลังในการทำงาน การดำเนินงานและทบทวนผลการทำงานร่วมกันจึงทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิสิษฐ์กร โพธิ์ศรี และพรทิพย์ คำพอ[8] พบว่าการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมและป้องกันวัณโรค โดยเทคนิคกระบวนการทำงานตามขั้นตอนดำเนินงานที่กำหนดไว้ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การจัดประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม และการนำแผนงานโครงการที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้นไปปฏิบัติให้เกิดผลปรากฏชัดเจนโดยได้รับความร่วมมือดำเนินการจากประชาชนในหมู่บ้านเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

ด้านการดำเนินงานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรมีการประสานงานกับทุกภาคส่วนในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมที่ได้รับการปฏิบัติอย่างจริงจัง ควรให้ผู้นำชุมชน มีบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ การประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้เรื่องโรควัณโรคการควบคุมป้องกันโรคในชุมชนควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพวิเคราะห์การมีส่วนร่วมและบทบาทของเครือข่ายในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอโพนพิสัย ผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายปากสวยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน ส่งเสริมให้เกิดการขยายผลการดำเนินงานนี้อย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลวัดหลวงที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณที่ปรึกษาการวิจัย ดร.เทพไทย โชติชัย วสส. ขอนแก่น ดร.ชลการ ทรงศรี วพบ.อุดรธานี และคุณภรกต สูฝน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลโพนพิสัย จ.หนองคาย

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. สถานการณ์โรควัณโรคผู้ป่วยขึ้นทะเบียนในจังหวัดหนองคาย ระหว่างปีงบประมาณ 2560 – 2562 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://wwwnko2.moph.go.th/cdnk/
2. งานวัณโรค โรงพยาบาลโพนพิสัย. บันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลโพนพิสัย ปี 2560 – 2562. หนองคาย: โรงพยาบาลโพนพิสัย.
3. สุรเดช ชวะเดช. การพัฒนารูปแบบการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับ DOT ในอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. ว.สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561;8(3):340–351.
4. เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, สุทิน ชนะบุญ. การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. ว.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 2562:26(2);36–44.
5. คะนึง สายแก้ว, วิโรจน์ สารรัตนะ. โครงการบริหารการศึกษาปฐมวัยในเขตพื้นที่การศึกษาสุรินทร์ เขต 1: จากข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์: สุรินทร์ ; 2553.
6. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุม วัณโรค พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
7. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
8. พิสิษฐ์กร โพธิ์ศรีและ พรทิพย์ คำพอ. การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน : ชุมชนเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. ว.วิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2555:12(2);42–56.

วิสัยทัศน์ (Vision)

“โรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำ เป็นเลิศด้านการดูแลรักษาโรคมะเร็งและหัวใจ
อย่างครบวงจรในภูมิภาคอินโดจีน”

พันธกิจ (Mission)

1. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
2. บริการสุขภาพแบบผสมผสาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน
3. พัฒนาการเรียนรู้และการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ

ค่านิยม (Core Value)

M	=	Mastery	เป็นนายตัวเอง
O	=	Originality	เร่งสร้างสิ่งใหม่
P	=	People centered approach	ใส่ใจประชาชน
H	=	Humility	ถ่อมตนอ่อนน้อม

ค่านิยมองค์กร

“ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมนำความสำเร็จ”