



วันที่รับบทความ : 28/04/2566

วันที่แก้ไขบทความ : 25/05/2566

วันที่ตอบรับบทความ : 29/05/2566

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

การประเมินผลโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง

เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข

จินดา คำแก้ว^{1*}, สุรีย์ ธรรมิกบวร², จริญญา มีหนองหว้า³, จตุพร ผลเกิด⁴,

เยี่ยมอุบล สุขเสริม⁵, ถนอมศักดิ์ บุญสู่¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมราชชนก¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก³

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี⁴

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อุบลราชธานี⁵

E-mail: jinda@scphub.ac.th*

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์ประเมินผลโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข คือ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร ใช้กรอบแนวคิด CIPPIEST model ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือและความเชื่อมั่นได้ 0.87 เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง จังหวัดละ 8 – 15 คน ต่อจังหวัด และสำรวจกลุ่มเป้าหมายด้วยแบบสอบถาม สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแยกรายจังหวัด จำนวน 509 คน เก็บข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ 2564 - มกราคม 2565 ผลการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า 8 องค์ประกอบของการประเมินผลโครงการฯ ด้านบริบท ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.18, S.D.=.66) ด้านปัจจัยนำเข้า ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.92, S.D.=.62) ด้านกระบวนการ ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.03, S.D.=.58) ด้านผลผลิต ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.98, S.D.=.70) ด้านผลกระทบ ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.89, S.D.=.59) ด้านประสิทธิภาพ ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.87, S.D.=.68) ด้านความยั่งยืน ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.44, S.D.=.76) ด้านการถ่ายทอด ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.99, S.D.=.67) โดยรวมระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.95 S.D.=0.51) ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า วัณโรคเป็นปัญหาสำคัญเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพ ทำให้ได้รับงบประมาณการเข้าถึงระบบคัดกรองวัณโรคกลุ่มเสี่ยงได้ครอบคลุมมากขึ้น แต่ล่าช้าจากงบประมาณรวมทั้งคัดกรองด้วยวิธี X-Ray จากรถ Mobile และแจ้งผลส่งตรวจ Molecular Biology ส่งผลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ อีกทั้ง อุปสรรคจากระบบฐานข้อมูลหลายโปรแกรม ดังนั้น ควรทบทวนกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงจากการแพร่เชื้อระหว่างคัดกรอง สำหรับด้านความยั่งยืนของโครงการเป็นสิ่งที่ต้องทบทวนและพิจารณาให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม และควรพิจารณาดำเนินการในพื้นที่ระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ยังเป็นปัญหาเท่านั้น

คำสำคัญ : CIPP-IEST โมเดล, การประเมินผล, คัดกรอง, วัณโรค, กลุ่มเสี่ยง

* ผู้ประพันธ์บทความ



Evaluation of a Screening Program for New Cases of Tuberculosis among High-Risk Individuals in Health Service Area 10, Ministry of Public Health, Thailand

Jinda Khumkaew^{1*}, Suree trumikaborworn², Jaroonsree Meenongwah³,
Jutipon Ponkerd⁴, Yiemubol Sookserm⁵, Thanomsak Boonsu¹

Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Praboromarajchanok Institute¹

Faculty of nursing Kamphaeng phet Rajabhat University²

Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute³

The Office of Disease Prevention and Control, Region 10 Ubon Ratchathani⁴

Nation Health Security Office, Region 10 Ubon Ratchathani⁵

E-mail: jinda@scphub.ac.th*

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the screening program for detecting new tuberculosis (TB) patients in high-risk groups using the CIPPIEST model framework in Ubon Ratchathani, Sisaket, Amnat Charoen, Yasothon and Mukadhan Province of 10th Health Area under the Ministry of Public Health, Thailand. The content validity of the tool and its reliability had a score of 0.87. The data were collected through purposive sampling interviews in each province, with a range of 8-15 people per province and questionnaire with a simple random sampling of 509 individuals from different provinces during February 2021 - January 2022. The study found that the mean score for all eight components, the scores for Context, Inputs, Process, Outputs, Outcomes, Efficiency, Sustainability, and Transfer were 4.18 (S.D=.66), 3.92 (S.D=.62), 4.03 (S.D=.58), 3.98 (S.D=.70), 3.89 (S.D=.59), 3.87 (S.D=.68), 3.44 (S.D=.76), and 3.99 (S.D=.67), respectively and overall 3.95 (S.D=.51). Quality data revealed that tuberculosis was a significant policy issue at the district health level, resulting in increased funding to access screening systems for high-risk groups. However, implementation delayed, including budget constraints, and slow screening methods, such as X-Ray from mobile units and molecular biology test result notifications, which affected the registration of new patients. Furthermore, obstacles from various database systems must be reviewed to reduce the risk of infection during screening. Project sustainable ability



aspect must be reviewed and evaluated by community networks, and interventions in health system districts that remain problematic should be considered.

Keywords: CIPP-IEST model, Evaluation, Screening, Tuberculosis, High-Risk Individuals



บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยโรคสูง (2) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง และ (3) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยโรคคือยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาโรคสูงทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว เมื่อปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลก ภายในปี พ.ศ. 2578 (2035) กระทรวงสาธารณสุข เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงาน โดยมีมาตรการหลักในการดำเนินงานคือ (1) เร่งรัดการค้นหาวินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ (2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้าน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ต้องขัง และแรงงานข้ามชาติ ให้ครอบคลุมร้อยละ 90 (3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Patient center care ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ในประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 106,000 ราย (153 ต่อประชากรแสนคน)¹ การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคนั้น ประเทศไทยต้องมีอัตราการอุบัติการณ์เฉลี่ย ร้อยละ

12.5 ต่อปี ในขณะที่ปัจจุบัน มีอัตราการลดลงของอุบัติการณ์ ร้อยละ 2.7 ต่อปี

ปีงบประมาณ 2559 - 2562 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทมีอัตราการอุบัติการณ์ (Incidence rate) 121.04, 123.18, 120.13, และ 125.38 ต่อประชากรแสนคน อัตราการค้นพบ (Case detection rate) ร้อยละ 70.37, 72.62, 77.01 และ 76.84 การประเมินผลการรักษา ปี 2559 - 2562 มีอัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 82.06, 86.90, 86.00, 87.60 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.64, 8.64, 9.15, 8.90 และ อัตราการขาดยา ร้อยละ 2.86, 3.16, 3.14, 1.46 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2563 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 5,661 ราย อุบัติการณ์ 128.17 ต่อประชากรแสนคน อัตราการค้นพบ ร้อยละ 75.44 จากค่าประมาณการจะมีผู้ป่วยวัณโรค อีกทั้ง ผลการดำเนินงาน PA กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 86.72 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.43 อัตราการขาดยา ร้อยละ 1.66 ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ/มีโรคร่วม ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ปีงบประมาณ 2562 คัดกรองด้วยวาจา 510,118 ราย พบมีสงสัยวัณโรค (มีอาการเข้าได้) 101,927 ราย (ร้อยละ 19.98) ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก จำนวน 247,154 ราย (ร้อยละ 24.88) พบปอดผิดปกติ 12,303 ราย ได้รับการตรวจเสมหะเพื่อยืนยันการวินิจฉัย 19,272 ราย เป็นเสมหะพบเชื้อ 1,151 ราย และได้รับการตรวจด้วย X-pert MTB/RIF 2,350 ราย พบเชื้อวัณโรค 359 ราย พบเป็นวัณโรคคือยา Rifampicin 14 ราย รวมพบ



เป็นผู้ป่วยวัณโรคจากการคัดกรองทั้งสิ้น 2,030 ราย (ร้อยละ 0.40) ของเป้าหมายที่การถ่ายรังสีทรวงอก ปีงบประมาณ 2563 ดำเนินการคัดกรองด้วยวาจา 385,698 ราย พบมีสงสัยวัณโรค (มีอาการเข้าได้) 68,756 ราย (ร้อยละ 17.83) ได้รับการถ่ายรังสีทรวงอก จำนวน 255,373 ราย (ร้อยละ 66.21) พบปอดผิดปกติ 9,850 ราย (ร้อยละ 3.86) ได้รับการตรวจเสมหะเพื่อยืนยันการวินิจฉัย 17,600 ราย เป็นเสมหะพบเชื้อ 1,234 ราย และได้รับการตรวจด้วย X-pert MTB/RIF 3,618 ราย พบเชื้อวัณโรค 491 ราย พบเป็นวัณโรคดื้อยา Rifampicin 10 ราย รวมพบเป็นผู้ป่วยวัณโรคจากการคัดกรองทั้งสิ้น 2,368 ราย (ร้อยละ 0.61) ของเป้าหมายที่ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ซึ่งส่วนใหญ่มาจากกลุ่มผู้สัมผัสโรค, ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามลำดับ²

จากข้อมูลเบื้องต้นและปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรครวมทั้งปัญหาการดื้อยา จากสาเหตุการพบผู้ป่วยล่าช้า หรือการไม่สามารถค้นหาหรือติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกมารับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกหรือการค้นหาผู้ป่วยที่เสี่ยงยังไม่ครอบคลุมหรือครบถ้วนตามเป้าหมายหรือแนวทางที่กำหนด ทำให้วัณโรคยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคหรือร่วมบ้านผู้ป่วย หรือผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเจ็บป่วยด้วยวัณโรค จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการคัดกรองหรือค้นหา ได้แก่ ผู้สูงอายุผู้ป่วย

โรคเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้น และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แรงงานต่างชาติ หรือกลุ่มผู้ต้องขัง โดยสรุป ปัญหางานป้องกันควบคุมวัณโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 มีดังนี้ (1) อัตราการค้นพบ (Case detection rate) ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (2) อัตราการเสียชีวิตยังสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม และ (3) แนวโน้มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) เพิ่มขึ้น ดังนั้น เขตสุขภาพที่ 10 จึงได้ดำเนินการโครงการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ซึ่งค้นหากลุ่มเป้าหมายเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน เพื่อตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาต่อไป ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 10 อุบลราชธานี ในหมวดงบประมาณ PPA ในปีงบประมาณ 2563 เป็นต้นมา เนื่องจาก โครงการดังกล่าวได้ดำเนินโครงการและมีการประเมินผลตามวัตถุประสงค์โครงการ แต่ยังไม่มีการประเมินอย่างเป็นระบบ ซึ่งหลักการของโครงการภายหลังการดำเนินโครงการแล้วจะต้องมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนา ปรับปรุงโครงการให้มีคุณภาพได้มาตรฐานและบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ³ ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัย จึงทำการประเมินโครงการฯ โดยใช้รูปแบบ CIPPIEST Model⁴ เป็นรูปแบบการประเมินที่มีความเหมาะสมผลครอบคลุมการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ



ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอด มีการพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการอย่างรอบครอบ⁵ โดยผลการประเมินที่ได้จากการประเมินครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนา ปรับปรุง และเสริมจุดแข็งของโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และส่งผลต่อสุขภาพประชาชนที่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืน ด้านการถ่ายทอดของโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข

นิยามศัพท์

จากการทบทวนแนวคิดการประเมินผลรูปแบบ CIPP Model คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ในวิจัยนี้ โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ (Outcomes) ของโครงการเป็นสำคัญ จึงได้ประยุกต์รูปแบบ CIPPIEST Model ที่มีความครอบคลุมองค์ประกอบทุกด้าน รวมทั้งยังมีเหตุผลและเป็นระบบ ไม่นับการวิเคราะห์จุดใดจุดหนึ่ง แต่เป็นรูปแบบการประเมินที่มีความต่อเนื่อง ทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วน และจะนำไปสู่การตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดนิยามศัพท์แต่ละองค์ประกอบดังนี้

1. บริบท คือ บริบทเกี่ยวกับโครงการ ความต้องการจำเป็น ความเป็นไปได้ ความพร้อมของโครงการ และวัตถุประสงค์ของโครงการ

2. ปัจจัยนำเข้า คือ ความเหมาะสมของงบประมาณ ความเหมาะสมของบุคลากร และความเหมาะสมของรูปแบบการจัดโครงการ

3. กระบวนการ คือ กระบวนการดำเนินงาน การประสานงาน การจัดกิจกรรมในโครงการ และการติดตามโครงการ

4. ผลผลิต คือ การประเมินผลผลิตอย่างรอบด้านเกี่ยวกับ ผลที่เกิดกับกลุ่มเป้าหมาย และผลที่เกิดกับชุมชน

5. ผลกระทบ คือ สิ่งที่ได้รับผลประโยชน์ได้รับ (จากโครงการหรือสิ่งแทรกแซง) ความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองตามความต้องการซึ่งเป็นผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบของโครงการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อโครงการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลกระทบของโครงการต่อประชาชน ผู้บริหาร ผู้เข้าร่วมโครงการและองค์กร

6. ประสิทธิภาพ คือ ผลที่เกิดขึ้นว่าบรรลุตอบสนองความต้องการความจำเป็นของกลุ่มผู้ที่ได้รับผลประโยชน์

7. ความยั่งยืน คือ ผลที่เกิดขึ้นมุ่งพิจารณาประเมินความคงอยู่หรือความต่อเนื่องในการทำโครงการที่ประสบผลสำเร็จไปใช้ รวมถึงวิธีการในการรักษาไว้ซึ่งความสำเร็จของโครงการดังกล่าว

8. การถ่ายทอด คือ จุดเด่นที่สามารถขยายผลต่อเนื่องได้ มีการนำโครงการหรือสิ่งแทรกแซงที่ประสบผลสำเร็จไปประยุกต์หรือปรับปรุงใช้ในที่อื่น ๆ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการประเมินผลโครงการ (Evaluation Research) แบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใด ช่วงเวลาหนึ่ง รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative



Research) จากแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Quantitative Research) ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ดำเนินการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูลที่ศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2564 - มกราคม 2565 พื้นที่จังหวัดเขตสุขภาพที่ 10

การพิทักษ์สิทธิ์ งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2564-010 วันที่รับรอง 2 กุมภาพันธ์ 2564 วันหมดอายุ 1 กุมภาพันธ์ 2565

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 1) กลุ่มตัวอย่าง(ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ) จำนวน 8 – 15 คน ต่อจังหวัด รวม 5 จังหวัด จำนวน 40- 75 คน ประกอบด้วยตัวแทนผู้รับผิดชอบโครงการหรือผู้จัดการโครงการ ระดับจังหวัด และบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการในกิจกรรมของโครงการระดับอำเภอ ระดับตำบล พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ โยธธร และมุกดาหาร ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ คือ ผู้รับผิดชอบโครงการหรือผู้จัดการโครงการ ระดับจังหวัด และตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการในกิจกรรมของโครงการระดับอำเภอ และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และ 2) กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ) คือ บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 โดยกลุ่มตัวอย่างได้จาก

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับใช้ค่าเฉลี่ยที่ไม่ทราบขนาดประชากร⁶

$$n = \frac{z^2 \sigma^2}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

Z = พื้นที่ใต้เส้นโค้งปกติมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ 5% ทารสองได้ค่า = 1.96

σ^2 = ความแปรปรวนของประชากรซึ่งประมาณจากความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของสมัย พูนทอง และคณะ⁷ = 0.49²

d = ความคลาดเคลื่อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกำหนดให้เป็น 0.5

แทนค่าได้กลุ่มตัวอย่าง = 369 คน แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 จึงได้ป้องกันการสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 38 ได้กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย จำนวน 509 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามอำเภอ แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความคิดเห็นตามกรอบแนวคิดงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นตาม CIPPIEST Model เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับด้านบริบท จำนวน 5 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 12 ข้อ ด้านกระบวนการ จำนวน 13 ข้อ ด้านผลผลิต จำนวน 2



ข้อ ด้านผลกระทบ จำนวน 3 ข้อ ด้านประสิทธิผล จำนวน 2 ข้อ ด้านความยั่งยืน จำนวน 3 ข้อ และด้านการถ่ายทอด จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมด 42 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scales) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาโครงการ

2. แบบสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่มเป็นข้อคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ประเด็นข้อคำถามเกี่ยวกับด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) รวมทั้ง แบบสอบถามความคิดเห็นเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณผ่านการพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ให้ถูกต้องและเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญควบคุมป้องกันโรค จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย วัดและประเมินผล จำนวน 2 คน และนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

อุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตลงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยประสานรายละเอียดและชี้แจงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

3. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการ มีการแนบหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและหนังสือชี้แจงเพื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วย เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้ส่งคืนมาที่ผู้วิจัยตามระยะเวลาภายใน 1 สัปดาห์ หากเกินกำหนดผู้วิจัยจะดำเนินการประสานงานไปยังผู้ช่วยวิจัยเพื่อติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ได้คืน

4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อขอสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นและผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงประมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและสำหรับข้อมูลสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืน ด้านการถ่ายทอด ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่ใช้การวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง และวัดการกระจายของข้อมูล แล้วนำมาแปลผลเพื่อประเมินระดับคุณภาพ จำนวน 4 ระดับ^๑



คะแนนเฉลี่ย 0.01 – 2.00 ระดับคุณภาพน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 ระดับคุณภาพปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 ระดับคุณภาพดี

คะแนนเฉลี่ย 4.01 – 5.00 ระดับคุณภาพดีมาก

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาโครงการ ได้นำมาสังเคราะห์และตีความเพื่อสรุปข้อมูล พร้อมนำเสนอข้อมูลแบบพรรณนาความ

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่โดยใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง และผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองในประเด็นต่าง ๆ ตามองค์ประกอบ โดยมีการลงพื้นที่ จำนวน 5 ครั้งๆละ 1 จังหวัด หลังจากนั้นได้นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สังเคราะห์และตีความเพื่อนำมาสรุปข้อมูลโครงการด้วยกระบวนการ CIPPIEST Model และนำเสนอข้อมูลแบบพรรณนาความ สรุปดังนี้

1. ด้านบริบท (C: Context Evaluation)

พบว่า บุคลากร 5 จังหวัด ให้ข้อมูลว่า “งานควบคุมป้องกันโรคได้กำหนดเป็นปัญหาพื้นที่ระดับนโยบายจากผู้บริหารของเขตสุขภาพที่ 10 และงานโรคยังเป็นงานประจำที่ต้องดำเนินการ” อีกทั้ง

“จังหวัด B ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่น” (PM-TB จังหวัด B.) ทำให้ผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้องเข้าใจและรับทราบกับนโยบายดังกล่าว

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (I: Input Evaluation)

พบว่า บุคลากร 5 จังหวัด ให้ข้อมูลตรงกันว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการคือเจ้าหน้าที่คนเดิมที่รับผิดชอบงานวัณโรคของหน่วยงาน และได้ทบทวนระบบและกลไก” PM-TB จังหวัด A และ C กล่าวว่า “จังหวัดมีการอบรมฟื้นฟูบุคลากรเพื่อทบทวนการปฏิบัติงานและมีการชี้แจงการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์งบประมาณด้วย แต่งบประมาณมีจำนวนจำกัด” สำหรับตัวแทนอำเภอหลายแห่ง กล่าวว่า “บางอำเภอได้ประชุมเพื่อเตรียมการและได้รับสนับสนุนการจัดกร รวมทั้ง งบประมาณจากท้องถิ่น” สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการยืนยันว่าได้จากทะเบียนรายงาน และมีบางคนให้ข้อมูลว่า “ระยะเวลาดำเนินการกระชั้นมาก อีกทั้ง การระบาดของไวรัสโควิด-19 ส่งผลต่อการบริหารจัดการโครงการ”

3. ด้านกระบวนการ (P: Process Evaluation)

พบว่า ตัวแทนจังหวัด A ให้ข้อมูลว่า “สถานการณ์โควิดส่งผลต่อการทำงาน ทำให้ขยายเวลา อีกทั้ง รถ Mobile X Ray ได้รับแจ้งผลการอ่านฟิล์มล่าช้านานเกิน 1 เดือน” ตัวแทนจังหวัด B ให้ข้อมูล “รถเอกซเรย์ไม่ได้คุณภาพ ภาพรังสีไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสีขาดความชำนาญ บางกิจกรรมไม่เพียงพอ” ตัวแทนจังหวัด C ให้ข้อมูล “การระบาดโควิดส่งผลต่อความล่าช้าในการทำงาน งบประมาณไม่เพียงพอ รถ Mobile X-Ray เอกซเรย์ส่งผลอ่านช้า และขั้นตอนส่ง AFB&XPERT ล่าช้า”



ตัวแทนจังหวัด D ให้ข้อมูล “ภาพฟิล์มเมื่อ up load ลงระบบโรงพยาบาลไม่ได้ ผลการคัดกรอง CXR ล่าช้า” ตัวแทนจังหวัด E ให้ข้อมูล “ผลอ่านฟิล์มล่าช้า ส่งผลต่อการติดตามเก็บเสมหะเพื่อตรวจ AFB รวมทั้งบันทึกข้อมูลล่าช้า ไม่ครบถ้วน”

4. ด้านผลผลิต (P: Product Evaluation) มีบางจังหวัดให้ข้อมูล “เนื่องจากมีการจัดสรรโควตา กลุ่มเป้าหมาย บางอำเภอได้ผลงานไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ แต่ภาพรวมจังหวัดยังมีผลงานเป็นไปตามเป้าหมาย” และทุกจังหวัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงานและกิจกรรมเป็นไปตามโครงการฯ

5. ด้านผลกระทบ (I: Impact Evaluation) พบว่า ตัวแทนทุกจังหวัดรู้สึกพึงพอใจต่อโครงการ และเห็นว่าเป็นโครงการที่ดีที่มาหนุนเสริมการทำงาน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำหรับกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น PM-TB จังหวัด C ให้ข้อมูลว่า “ผู้ทำงาน ดีใจที่มีโครงการนี้ เพราะมีงบประมาณมาเติมให้การทำงานครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้สูงอายุ”

6. ด้านประสิทธิผล (E: Effectiveness Evaluation) พบว่า ตัวแทนทุกจังหวัดยืนยันถึงความครอบคลุมและการเข้าถึงการรักษาของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เกิดการมีส่วนร่วมจากเครือข่าย เช่น ตัวแทนจังหวัด A, C, D เล่าตรงกันว่า “การดำเนินงานนี้ได้รับความร่วมมือจากท้องถิ่น หรือผู้นำหมู่บ้านในการจัดการรับ-ส่งกลุ่มเป้าหมาย ส่วนอสม.ได้ร่วมเป็นผู้ช่วยตามกลุ่มเสี่ยง ช่วยดูแลจัดการในช่วงการออกหน่วย X-ray”

7. ด้านความยั่งยืน (S: Sustainability Evaluation) พบว่า ตัวแทนทุกจังหวัดเห็นด้วยที่จะให้ท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพในด้านงบประมาณ เช่น ตัวแทนจังหวัด A และ B เล่าว่า “หากท้องถิ่นที่มีปัญหาวัณโรคในพื้นที่ ควรสนับสนุนงบประมาณกองทุนตำบลเพื่อทำกิจกรรมคัดกรองวัณโรค เพื่อให้ชุมชนรับผิดชอบกันเอง”

8. ด้านการถ่ายทอด (T: Transportation Evaluation) จากการสนทนากลุ่ม ตัวแทนจังหวัด D ให้ข้อมูล “มีตำบลหนึ่งที่พบอัตราป่วยวัณโรคสูงกว่าพื้นที่อื่น ๆ และเครือข่ายร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและดำเนินกิจกรรมจนบรรลุผล ซึ่งน่าจะเป็นแหล่งเรียนรู้และขยายผลเทคนิคที่ต้นนี้ไปยังพื้นที่อื่น” ตัวแทนจังหวัด A ให้ข้อมูล “โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งได้นำแนวคิด STI TB model ที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถเป็นพื้นที่ต้นแบบสำหรับการดำเนินงานได้” สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้รับการยืนยันจากตัวแทนทุกจังหวัดว่า “การทำให้เกิดเป็นตัวชี้วัดเชิงนโยบาย การมีบุคลากรและทีมคณะทำงานที่ดี เป็นปัจจัยทำให้โครงการนี้บรรลุผลสำเร็จ อีกทั้ง ได้รับความร่วมมือจากพื้นที่ ทำให้ลดอุปสรรค ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานได้อย่างดี”

**การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ**

จากแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบกลับ
สรุปดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 61.10 อายุเฉลี่ย
40.76 ปี (S.D.=9.89) ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติงาน
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ

ร้อยละ 77.00 ดำรงตำแหน่งด้านสาธารณสุขและพยาบาล
วิชาชีพ ร้อยละ 76.20 และ 18.40 ตามลำดับ การศึกษา
ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.00 ระยะเวลาที่ทำงาน
ป้องกันควบคุมโรค เฉลี่ย 10.14 ปี (S.D.=8.78)
และรอบปีที่ผ่านมาได้รับการอบรมเพื่อพัฒนา
ศักยภาพการควบคุมป้องกันโรค ร้อยละ 42.10
รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ (n=507)		
ชาย	197	38.9
หญิง	310	61.1
2. สถานที่ปฏิบัติงาน (n=509)		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	8	1.6
โรงพยาบาลจังหวัด	8	1.6
โรงพยาบาลชุมชน	47	9.2
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	54	10.6
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ	392	77.0
3. ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน (n=505)		
แพทย์	2	0.4
นักเทคนิคการแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2	0.4
เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	6	1.2
รังสีเทคนิค/รังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีเทคนิค	17	3.4
พยาบาลวิชาชีพ	93	18.4
นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	385	76.2



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา (n=506)		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	9	1.8
ปริญญาตรี	430	85.0
สูงกว่าปริญญาตรี	67	13.2
5. รอบปีที่ผ่านมา ฝึกอบรมการค้นหาและคัดกรองวัณโรค กลุ่มเสี่ยง (n=506)		
ได้รับการฝึกอบรม	213	42.1
ไม่ได้รับการฝึกอบรม	293	57.9

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการฯ แยกตามองค์ประกอบ CIPPIEST model กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ มีผู้รับผิดชอบโครงการทุกระดับ(จังหวัด/อำเภอ/ตำบล) อย่างชัดเจน, โครงการฯ สอดคล้องกับนโยบายหรือตัวชี้วัดของหน่วยงาน และ โครงการฯ นี้มีวัตถุประสงค์ชัดเจนในการดำเนินงาน (4.34, 4.30 และ 4.22 ตามลำดับ) สำหรับประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือ โครงการฯ นี้ควรยุติเนื่องจากไม่เป็นปัญหาของ

พื้นที่, โครงการฯ นี้มีความยุ่งยากต่อภาระงานประจำของท่าน และ ประเด็นมีงบประมาณเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมโครงการ (2.67, 3.18 และ 3.54 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์รายองค์ประกอบโดยค่าเฉลี่ย 5.00 ของแต่ละด้าน พบว่า ด้านบริบทและด้านกระบวนการดำเนินงานตามโครงการฯ ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.18 และ 4.03 ตามลำดับ) ส่วนด้านอื่น ๆ ระดับดี รวมทุกองค์ประกอบของการประเมินผลได้ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.51) มีคุณภาพระดับดี ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับคุณภาพขององค์ประกอบต่าง ๆ

องค์ประกอบของการประเมินผล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผลระดับคุณภาพ
1. ด้านบริบท (Context Evaluation)	4.18	0.66	ดีมาก
2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)	3.92	0.62	ดี
3. ด้านกระบวนการ (Process Evaluation)	4.03	0.58	ดีมาก
4. ด้านผลผลิต (Product Evaluation)	3.98	0.70	ดี



องค์ประกอบของการประเมินผล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผลระดับ คุณภาพ
5. ด้านผลกระทบ (Impact Evaluation)	3.89	0.59	ดี
6. ด้านประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation)	3.87	0.68	ดี
7. ด้านความยั่งยืน (Sustainability Evaluation)	3.44	0.76	ดี
8. ด้านการถ่ายทอด (Transportation Evaluation)	3.99	0.67	ดี
สรุป	3.95	0.51	ดี

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาโครงการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการกำหนดปัญหาโรคเป็นประเด็นปัญหาเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพที่ 10 และกลุ่มเป้าหมายตามโครงการเป็นกลุ่มที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งการได้รับงบประมาณดังกล่าวเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนกิจกรรมดำเนินงาน

แต่ควรทบทวนเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณที่ให้มุ่งลงพื้นที่เป้าหมายโดยตรง พิจารณาระบบและกลไกการคัดกรองของแต่ละพื้นที่ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การดึงเครือข่ายและทรัพยากรต่าง ๆ มาร่วมรับผิดชอบเกี่ยวกับรณรงค์คัดกรอง ทบทวนลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มสัมผัส กลุ่มเสี่ยงที่จะนำเข้าสู่กระบวนการคัดกรอง อีกทั้ง ควรทบทวนระบบการบันทึกข้อมูลของผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคอีกด้วย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปประเด็นปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประเด็น	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. กลุ่มเป้าหมาย	1.ระดับชุมชน ยังไม่ให้ความสนใจ 2.กลุ่มเป้าหมาย ไม่สนใจ ไม่ครอบคลุม เก็บสารคัดหลั่งไม่ถูกต้อง คัดกรองไม่ตรง ระยะเวลาการก่อโรค รวมทั้งการเคลื่อนย้าย ประชากรที่ส่งผลต่อการคัดกรองฯ	



ประเด็น	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	3.กลุ่มผู้ป่วย ไม่กินยา ระบบกำกับ อาการ ข้างเคียงของยา การไม่ยอมรักษา	
2. ผู้ให้บริการ	1.เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพมีภาระ งานที่มาก 2.เจ้าหน้าที่ของเครือข่ายหน่วยบริการ สุขภาพมีส่วนร่วมให้บริการน้อย 3.บุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอ อัตรากำลัง เจ้าหน้าที่โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการ และข้อจำกัดการเยี่ยมบ้าน	หน่วยงานสาธารณสุข (มีผู้รับผิดชอบ ชัดเจน ผูกอบรม จัดสรรอัตรากำลัง ทีมงาน สร้างทีม อสม.ร่วมเป็นผู้ให้ บริการ รวมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ (ถ่ายภาระงานบางกิจกรรมให้ อปท. ส่งเสริมเอกชนร่วมคัดกรอง สร้างทีม แกนนำคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพิ่มความรู้ ทักษะให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย
3. งบประมาณ	1.งบประมาณจำกัด 2.งบประมาณไม่สอดคล้องกับกิจกรรม 3.งบประมาณล่าช้า 4.ค่าใช้จ่ายในการนำส่งสิ่งส่งตรวจสูง (High cost)	ได้การจัดหางบประมาณ (ตั้ง งบประมาณต้นปี มีแหล่งงบประมาณ หลากหลาย มีรถ Mobile X- Ray การบริหารงบประมาณ (งบประมาณ ลงพื้นที่โดยตรง) ระบุประเภทการใช้ จ่ายที่สามารถเบิกได้ ความรวดเร็ว ของการจัดสรรและเบิกจ่ายประมาณ
4. วิธีการ	1.นโยบายเปลี่ยนแปลง 2.การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าใจไม่ตรงกัน รวมทั้งการ กรอกข้อมูลผ่านระบบที่มีปัญหาบ่อย 3.กระบวนการจัดทำโครงการฯ ล่าช้า 4.การตรวจคัดกรอง ได้แก่ การรับส่ง กลุ่มเป้าหมายและการปนเปื้อน การตรวจ แบบ Mobile X- Ray ที่ช้า กลุ่มเป้าหมาย กลัวระบบส่งต่อกลุ่มเสี่ยง 5.การบริหารเวลา (การเลื่อนนัด ปัญหา เร่งด่วน เช่น โควิด-19) 6.ระบบข้อมูล (ฐานข้อมูลมาก รับส่งข้อมูลช้า)	การค้นหากลุ่มเป้าหมาย (ขยายพื้นที่ เป้าหมายให้ครอบคลุม) การคัดกรอง (ขั้นตอนการเก็บเสมหะ เพิ่มช่อง ทางการเข้าถึง) การรับส่งข้อมูล (ขั้นตอนชัดเจน โปรแกรมกรอกไม่ ยุ่งยาก รับส่งข้อมูลที่รวดเร็ว ระบบ ติดตามผู้ป่วย



ประเด็น	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
5. วัสดุอุปกรณ์	1.รถ Mobile X- Ray มีจำนวนน้อยคัน ส่งผลต่อการคัดกรองล่าช้าทั้งเขตสุขภาพ 2.การเดินทางของกลุ่มเป้าหมายไม่สะดวก ไม่มีรถรับส่ง กลุ่มเสี่ยงมีอุปสรรคในการ เดินทางไปรับการตรวจยืนยันและการรักษา	รถ Mobile X- Ray ที่มีจำนวนจำกัด ทำให้ทำงานได้ล่าช้า

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงเขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข โดยนำกรอบแนวคิด CIPPIEST model มาออกแบบเป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้เกี่ยวข้องที่เลือกแบบเจาะจง และเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มเป้าหมายให้ความคิดเห็นจากองค์ประกอบของการประเมินผลโครงการ ระดับค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.51) ซึ่งเป็นระดับดี ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การกำหนดปัญหาวัณโรคเป็นประเด็นปัญหาเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพ สอดคล้องกับปัญหาวัณโรคพื้นที่ระดับเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นการยกระดับปัญหาให้สามารถขับเคลื่อนการคัดกรองโรคและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้ครอบคลุมมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกษมวาทษ์ไกร และคณะ⁹ แต่มีความล่าช้าในการเข้าสู่ระบบคัดกรองเนื่องจากการตรวจ Mobile X-Ray มีจำนวนจำกัดและการรับทราบผลการตรวจคัดกรอง

ช้าจากการอ่าน ซึ่งควรทบทวนระบบและกลไกการดำเนินงานกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบการคัดกรองได้รวดเร็ว รวมทั้ง ทบทวนระบบการบันทึกข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ

โครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงเขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข ได้รับงบประมาณ P&P Area based จำนวน 3,500,000 บาท/ปี ครอบคลุมทั้ง 5 จังหวัด โดยดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง มีโรคร่วม, กลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคเสมหะบวก ต้อยา สัมผัสโรคร่วมบ้าน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน) ทั้งนี้ กระบวนการตามโครงการนี้ ไม่มีกระบวนการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายตามแบบประเมินคัดกรองด้วยวาจาแม้ว่าจะคัดกรองได้สะดวก ง่ายต่อการใช้งานแต่มีค่าความไวค่อนข้างต่ำสอดคล้องกับข้อค้นพบจากงานวิจัยของศศิธร ศรีโพธิ์ทองและคณะ¹⁰ ทั้งนี้การค้นหากกลุ่มเสี่ยงสูงเข้าสู่ระบบการตรวจ X-Ray และ Molecular Biology ทำให้การใช้จ่ายงบประมาณต่อหัวสูงกว่าปกติ รวมทั้ง ข้อจำกัดด้านเครื่องมือคัดกรอง, ผู้มีประสบการณ์อ่านผลคัดกรอง, ระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลหลายระบบ ยังเป็นอุปสรรค



ต่อการทำงานซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญจันทร์ โสมหงษ์และคณะ¹¹ ที่พบปัญหาที่เกิดจากรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดของบุคลากรด้านการแพทย์ทั้งความรู้ความเข้าใจการคัดกรอง ระบบการจัดการความเสี่ยงการกระจายเชื้อในระหว่างคัดกรอง การสื่อสาร เป็นต้น อาจส่งผลให้การนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลล่าช้าอีกด้วย สำหรับจากการประเมินโครงการ PPA ของการประเมินผลโครงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โครงการนี้มีองค์ประกอบของการประเมินผลด้านบริบทและด้านกระบวนการที่ดีมาก เนื่องจากเป็นภาระงานเดิมที่ดำเนินการอยู่แล้ว เพียงแต่ยกระดับความสำคัญขึ้นมาเป็นนโยบายการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ระดับเขตสุขภาพที่ 10 สำหรับด้านความยั่งยืนของโครงการเป็นสิ่งที่ต้องทบทวนและพิจารณาให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมสอดคล้องกับงานวิจัยดวงใจ ไทยวงศ์และคณะ¹² ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานเกิดจากความร่วมมือของชุมชน และควรพิจารณาเฉพาะพื้นที่ระดับอำเภอที่ยังเป็นปัญหาเท่านั้นรวมทั้งจัดทำปฏิทินการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่สอดคล้องกับงานวิจัยของสมัย พูนทองและคณะ¹³ และหากผลักดันขับเคลื่อนงานอำเภอในรูปแบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน จะทำให้ลดอัตราป่วยตาย พัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะทำให้การทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศรีสุนทร วิริยะวิภาตและคณะ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงการพิจารณาตัดสินใจ

1. การคัดกรองกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการต่าง ๆ ควรคำนึงถึงอรรถประโยชน์ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
2. เนื่องจากวัณโรคมีระยะฟักตัวที่ยาวและการแสดงอาการจะเกิดขึ้นกับบุคคลแต่ละวัยต่างกัน ดังนั้น การจัดทำช่วงเวลาคัดกรองควรให้เหมาะสมกับหลักทางระบาดวิทยา เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและแม่นยำ
3. การคัดกรองด้วยวาจา ยังมีความจำเป็นและสำคัญ เพราะสามารถกระทำได้ซ้ำ ๆ ตามวงรอบและประหยัดค่าใช้จ่าย รวมทั้งช่วยกรองผู้สงสัยเข้าสู่ระบบการตรวจ X-ray และ Molecular Biology
4. พื้นที่ MDR-TB หรือพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์สูง ควรกำหนดเป็นนโยบายพื้นที่ระดับอำเภอและมีเครือข่ายพื้นที่ร่วมรับผิดชอบขับเคลื่อนการดำเนินงาน
5. การจัดบริการคัดกรองวัณโรค โดยมีการรับ – ส่งกลุ่มเป้าหมาย ควรคำนึงถึงหลักการลดการสัมผัส และ Universal Precaution
6. ควรจัดระบบให้มีรถ Mobile X Ray ภาคเอกชนเข้าร่วมดำเนินการ เพื่อลดระยะเวลารอคอย
7. ควรทบทวนความซ้ำซ้อนของการรอกผลงานการคัดกรองในระบบโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อลดภาระงานของผู้รับผิดชอบ รวมทั้ง ออกแบบระบบรายงานที่ตอบตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานวัณโรคด้วย



2. ข้อเสนอแนะเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนและเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการบำบัดรักษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและเชื่อในชุมชนได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจเครื่องมือวิจัย ได้แก่ ผศ.ดร.นฤมล สิงห์ตง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ผศ.ดร.อารี บุตรสอน วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และ ดร.กุลจิตดา กุลประทีปปัญญาวินิจฉัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ รวมทั้งคณะผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 10 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานีที่สนับสนุนบริหารจัดการศึกษาในครั้งนี้ ท้ายสุดขอขอบพระคุณกลุ่มเป้าหมายที่ให้ความกรุณาในการร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, Global TB Report. [อินเทอร์เน็ต]. 2019 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.paho.org/en/documents/global-tuberculosis-report-2019>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://http-ddc.moph.go.th/ui/form/Login.aspx>
3. พงศ์เทพ จิระโร. การประเมินโครงการ: สิ่งจำเป็นในการทำงานยุคใหม่. วารสารศึกษาศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2564]. 23(3): [หน้า 43-56]. เข้าถึงได้จาก <http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/2098/43-56.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Stufflebeam DL, and Coryn CLS. Evaluation: theory, models and applications (2nd edition). Francisco: Jossey-Bass; 2014
5. รัตน์ บัณฑิต. รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้ CIPP and CIPPIEST Evaluation Models: Mistaken and Precise Concepts of Applications. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2563]. 5(2): [หน้า 7-24]. เข้าถึงได้จาก <https://dokumen.tips/documents/aaaaaa-aaaaaa-cipp-aaa-cipp-iest-aaa.html?page=1>
6. อรุณ จิระวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2558.



7. สมัย พูนทอง, เจริญชัย คำแฝง, ชนะ หอมจันทร์, จีระนันท์ คำแฝง และทวีศักดิ์ จันทร์หอม. การประเมินผลโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารควบคุมโรค[อินเทอร์เน็ต].2556. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2563]. 39(3): [หน้า266-271]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/155083>
8. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. คู่มือประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษา พ.ศ.2557.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ภาพพิมพ์; 2560
9. เกษสุมา วงษ์ไกร, พุทธิไกร ประมวล, ภัทรภรณ์ บัวพันธ์. การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10[อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 26 ธันวาคม 2565]. 18(1): [หน้า 73-82]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/249614/169641>
10. ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง, วิโรจน์ วรรณภีระ, วาสนา เกตุมะ. การคัดกรองวัณโรคปอดในกลุ่มเสี่ยงและประสิทธิภาพของแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอด.พุทธชินราชเวชสาร[อินเทอร์เน็ต].2561. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2563]. 35(3): [หน้า394-400]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/201190/140603>
11. เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์, ศุภรดา ภาแสนทรัพย์, น้ำฝน เสาวภาคย์ไพบูลย์. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิพิสัย.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 26 ธันวาคม 2565]. 29(1): [หน้า96-110].เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/250824/170547>
12. ดวงใจ ไทยวงษ์, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์, สุวัฒนา อ่อนประสงค์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมวัณโรคโดยหมอประจําบ้านของอำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2566]. 29(3): [หน้า111-30]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/259745/175213>
13. สมัย พูนทอง, เจริญชัย คำแฝง, ชนะ หอมจันทร์, จีระนันท์ คำแฝง, ทวีศักดิ์ จันทร์หอม. การประเมินผลโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารควบคุมโรค[อินเทอร์เน็ต].2556. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2563]. 39(3): [หน้า266-71]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/155083>



14. ศรีสุนทร วิริยะวิภาต, กังสดาล สุวรรณรงค์, ชุตินา วัชรกุล, สารัช บุญไตรย์. การประเมินผลนโยบายต่อการขับเคลื่อนโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2555.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น[อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2563]. 19(2): [หน้า 84-99]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/166088/120116>