

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สำหรับผู้ที่เป็ณวัณโรคในชุมชน

นิสากร วิบูลชัย Ph.D.*

มลฤดี แสนจันทร์ พย.ม.**

บรรจง จาตบุญนาท พย.ม.***

วันสุ ทวีคณะโชติ โพธิ์พรณ์ พย.บ.***

ชูชาติ วงศ์อนุชิต Ph.D.****

กัทธ ดานา ปร.ด.**

จรัญญา จุฬารี พ.บ.***

วัฒนา สว่างศรี สส.ม.***

อุดมลักษณ์ สุทธิเจริญ พย.ม.***

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** โรงพยาบาลมหาสารคาม

**** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ติดต่อผู้เขียน: กัทธ ดานา Email: kamthorn@smnc.ac.th

วันรับ:	3 พ.ย. 2566
วันแก้ไข:	11 มี.ค. 2567
วันตอบรับ:	21 มี.ค. 2567

บทคัดย่อ

กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตสังคม สำหรับผู้ที่เป็ณวัณโรคในชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อน ช่วยเพื่อนสำหรับผู้ที่เป็ณวัณโรคในชุมชน ภายใต้บริบทของชุมชนในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยมี ผู้ร่วมวิจัยคือ ผู้ที่เป็ณวัณโรค ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสุขภาพ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลจากเวทีระเบียน แบบวัดการรับรู้ว่าตนเองถูกตีตรา และแบบบันทึก ภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Odds ratio, multiple logistic regression, paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้า มี 4 ประเด็นได้แก่ นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน โครงสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน บทบาทของเพื่อนช่วยเพื่อนในการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการสนับสนุนด้านต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแล (2) กระบวนการ ประกอบด้วย การพัฒนาสมรรถนะกลุ่มเพื่อน โปรแกรมการจัดการตนเองแบบพบปะกัน การเป็น พี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา และการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ผลลัพธ์ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตสังคม ภายหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า ชุมชนเกิดเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนที่มีการบริหารจัดการและดูแลผู้ที่เป็ณวัณโรคในชุมชน ผู้ที่เป็ณวัณโรคทั้ง 26 ราย ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาครบถ้วนและหายจากการเป็ณวัณโรค และมีการรับรู้ว่าตนเองถูกตีตราลดลง และสามารถนำกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จากการศึกษาวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบท ทรัพยากรและสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็ณวัณโรคในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ: กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน; การรับรู้ว่าตนเองถูกตีตรา; ผู้ที่เป็ณวัณโรค; ชุมชน

บทนำ

วัณโรค (tuberculosis; TB) เป็นโรคติดต่อสำคัญที่กลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ปัญหาความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และแรงงานเคลื่อนย้าย ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (the end TB strategy) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยพบว่า ยังเป็นประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้งมีภาระโรควัณโรคสูง มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่ได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงของโลกใหม่ ทั้ง 3 ประเภท สำหรับ ปี ค.ศ. 2021 – 2025^(1,2)

การเจ็บป่วยด้วยวัณโรคนับว่าเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพประการหนึ่งที่มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับการตีตรา (stigmatization) ซึ่งเป็นผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากปฏิกิริยาของสังคมที่มีต่อคุณลักษณะอันไม่เป็นที่พึงประสงค์ของบุคคลซึ่งไม่สอดคล้องกับบรรทัดฐานและความคาดหวังของสังคม ผู้ที่เป็นวัณโรคส่วนใหญ่มักปิดบังข้อมูลและไม่กล้าเปิดเผยตนเอง เนื่องจาก วิถีกังวล กลัวสังคมรังเกียจ ไม่ยอมรับ (self-stigma) ขณะเดียวกันสมาชิกในครอบครัวและชุมชนก็อาจเกิดความรังเกียจ รวมถึงหวาดกลัวในการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรค (social stigma) สิ่งเหล่านี้ยังคงเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพที่ทำให้การเข้าถึงประชากรที่มีความเปราะบางกลุ่มนี้เป็นไปด้วยความยากลำบาก เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ที่เป็นวัณโรค รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือกันระหว่างผู้ที่เป็นวัณโรค บุคลากรสุขภาพและองค์กรในชุมชน⁽³⁻⁷⁾

จากแนวโน้มและความซับซ้อนของปัญหาวัณโรคที่เพิ่มมากขึ้นและผลกระทบต่างๆ ที่ตามมาภายใต้สภาพ

ของสังคมไทยในปัจจุบัน ทำให้สามารถตระหนักได้ถึง ความจำเป็นในการพัฒนาการดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคโดยเฉพาะในชุมชน ซึ่งถือว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและมีระยะเวลายาวนานในการรับประทานยาวัณโรคอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการหายจากวัณโรคและไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน โดยใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support group)⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นการจัดกระทำและ/หรือส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นวัณโรคมีการเปลี่ยนมุมมองความคิดไปในทิศทางที่เหมาะสม มีหลายการศึกษาพบว่า การมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดประสบผลสำเร็จในการรักษาสูงถึง 2.44 เท่า (aOR: 2.44; 95%CI=2.10–2.82)⁽⁹⁾ และการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกับครอบครัว เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน (OR 2.11, 95%CI=1.45–3.06) ด้านสุขภาพจิต (OR 3.01, 95%CI=2.14–4.25) ซึ่งส่งผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วย⁽¹⁰⁾ แนวคิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นการรวมกลุ่มที่อาศัยประสบการณ์ในการเรียนรู้ โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ อาศัยประสบการณ์ในการเรียนรู้ (lived experience) ตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และความสามารถการใช้ชีวิตในสังคม (innate ability) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การมีส่วนร่วม หวังให้ผู้ที่เป็นวัณโรคเกิดการแบ่งปันประสบการณ์ตรงจากการจัดการตนเองเมื่อเป็นวัณโรค ได้พูดคุยถึงปัญหาของกันและกัน (sharing) และประสบการณ์ของผู้ที่เป็นวัณโรคสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นได้ ส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้มีความตระหนักรู้ในตนเอง ทำให้การรับรู้ตัวตนถูกตีตราลดลง เกิดเครือข่ายในการดูแลและนำไปพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management)

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ที่เป็นวัณโรค ในชุมชน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นวัณโรคมีการรับประทานยาต่อเนื่องครบ ตามแผนการ

รักษามีการจัดการตนเองเป็นไปตามแผนที่กำหนด และหายจากวัณโรค รวมทั้งลดการรับรู้ว่าเป็นโรค ถูกตีตราของผู้ที่เป็นวัณโรค

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564⁽¹¹⁾ แนวคิดการตีตรา (Stigma)^(7,12,13) แนวคิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน⁽¹⁴⁾ ภายใต้การเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning)⁽¹⁵⁾ การจัดการตนเองของ Lorig & Holman⁽¹⁶⁾ เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁽¹⁷⁾ ประกอบด้วย การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (act) การสังเกต (observe) และสะท้อนผล (reflect) เป็นแนวคิดเชิงกระบวนการ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาซึ่งเป็นวงจรต่อเนื่องกัน ระหว่าง พฤศจิกายน 2565 – กรกฎาคม 2566 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน

2) ขั้นตอนกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย ดังนี้

2.1) การวางแผน (plan) โดยการประชุมทีมแกนนำ การพัฒนารูปแบบฯ เพื่อสร้างแผนปฏิบัติการ (action plan)

2.2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (act) และสังเกตผล (observe) โดยการลงมือปฏิบัติตามแผนงานและสังเกตผลที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแก้ปัญหาตามสถานการณ์ที่พบและรวบรวมปัญหา การสรุปและถอดบทเรียน

2.3) กระบวนการการสะท้อนผล (reflect) และปรับปรุงแผน โดยการสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงแผนร่วมกัน ประกอบด้วย การสนทนากลุ่มย่อยเพื่อวิเคราะห์และแก้ปัญหาตามสภาพการณ์ การประชุมชี้แจงสถานการณ์พัฒนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ ถอดบท

เรียนและปรับปรุงแผนพัฒนาในวงจรต่อไป จนได้รูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

3) ขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน โดยการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยประกอบด้วย ผลสำเร็จของการรักษาพยาบาล ได้แก่ ผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ และการลดการรับรู้ว่าเป็นโรคของผู้ที่เป็นวัณโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย (1) ผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน จำนวน 26 คน และผู้ดูแล จำนวน 26 คน (2) ผู้ให้การดูแลของโรงพยาบาล ได้แก่ ทีมแกนนำบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบด้านวัณโรค จำนวน 6 คน (3) ผู้ให้การดูแลของศูนย์สุขภาพชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน จำนวน 1 คนต่อผู้ที่เป็นวัณโรค 1 คน และ (4) แกนนำสุขภาพชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 1 คนต่อผู้ที่เป็นวัณโรค 1 คน รวมทั้งสิ้น 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติการเป็นวัณโรค ผลตรวจเสมหะก่อนเข้ารับการรักษา การมีโรคร่วม โรคเอชไอวี เบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง โรคตับ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการติดเชื้อเรื้อรัง

2) แบบบันทึกผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค ได้แก่ การรับประทานยาครบตามแผน และผลการตรวจการหายจากวัณโรค

3) แบบวัดการรับรู้ว่าเป็นโรคของผู้ที่เป็นวัณโรค เป็นแบบวัดที่ดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ตราบาภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ฉบับภาษาไทย (Internalized Stigma of Mental Illness

Scale: ISMI-Thai) ที่แปลโดยชูชาติ วงศ์อนุชิต และคณะ⁽¹⁸⁾ จำนวน 29 ข้อ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ ประสพการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ การแยกตนเองออกจากสังคม และความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณติตราลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไม่เห็นด้วย (2) เห็นด้วย (3) หรือเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4) การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ⁽¹⁸⁾ ช่วงคะแนน 1.00 – 2.50 แปลผลว่ามีการรับรู้ว่าคุณติตราในระดับต่ำ และช่วงคะแนน 2.51 – 4.00 แปลผลว่ามีการรับรู้ว่าคุณติตราในระดับสูง

4) แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกข้อมูลจากการสังเกต การสนทนาอื่นๆ ที่ไม่เป็นทางการ รวมทั้งการบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนา

5) อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อุปกรณ์การบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของที่เป็นวัณโรคได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 0.90 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) เท่ากับ 0.81 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Odds ratio, Multiple logistic regression, Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 65-02-020 วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2565 และเลขที่

MSKH_REC 65-02-020 วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและการรับรู้ว่าคุณติตราของผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน

1.1 ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอด

จากการศึกษาย้อนหลัง 5 ปี โดยทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ลงทะเบียนที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างปี 2561–2565 จำนวน 1,960 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชาย 1,300 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.33 และเพศหญิง 660 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.67 ผู้ป่วยวัณโรคมีอายุเฉลี่ย 60.24 ปี ผลตรวจเสมหะก่อนเริ่มรักษาเป็นบวก 897 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.77 มีโรคร่วม 950 ราย ร้อยละ 48.47 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 737 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.60 รองลงมาคือ ไตวายเรื้อรัง จำนวน 646 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.96 ราย มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา จำนวน 240 ราย รอดชีวิต จำนวน 1,720 และพบว่า ในปี 2561–2565 มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาร้อยละ 8.69 (95%CI=6.37–11.54), 14.25 (95%CI=10.88–18.20), 14.25 (95%CI=10.88–18.20), 13.11 (95%CI=10.10–16.63) และ 14.65 (95%CI=11.06–18.89) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดประกอบด้วย ปัจจัยผู้ป่วยวัณโรคมีอายุมากกว่า 60 ปี (OR=2.61, 95%CI=1.42–4.35) ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กก/ม² (OR=1.54, 95%CI=1.18–3.45) ผู้ป่วยมีโรคร่วม (OR=1.74, 95%CI=1.17–4.05) ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ (OR=2.15, 95%CI=2.21–5.29) โรคไตวายเรื้อรัง (OR=4.36,

การพัฒนาแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน

95%CI=2.62-5.27) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (OR=2.56, 2.41; 95%CI=1.27-3.06) มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ 95%CI=1.92-5.75) และติดเชื้อราเรื้อรัง (OR=1.58, (AOR=1.22; 95%CI=1.01-2.05) ความเครียดในระดับสูง (AOR=1.12; 95%CI=1.04-2.17) และมีการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด (AOR=1.45; 95%CI=1.06-3.18) ดังตารางที่ 1

1.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

พบว่า ความชุกของการรับรู้การติตราในผู้ป่วยวัณโรคระดับสูง ร้อยละ 53.8 (95%CI=3.48-7.21) และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราในผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน คือ ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง (AOR=

1.06-3.18) ดังตารางที่ 1

1.3 กระบวนการดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน

พบว่า มีการดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชนโดยการติดตามนัดที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลแม่ข่ายและการติดตามเยี่ยมบ้านด้วยวิธีการทางโทรศัพท์เป็นหลัก แต่วิธี

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราของผู้ป่วยวัณโรค

ปัจจัย		การรับรู้การติตรา		COR (95%CI)	AOR (95%CI)
		ต่ำ n (%)	สูง n (%)		
เพศ	ชาย	10 (83.33)	10 (71.43)	1*	1*
	หญิง	2 (16.67)	4 (28.57)	2.00 (0.29=13.51)	1.75 (0.57=8.14)
อายุ (ปี)	<60	6 (50.00)	4 (28.57)	2.50 (0.49=12.64)	2.06 (0.62=9.51)
	>60	6 (50.00)	10 (71.43)	1*	1*
ประเภทของการรักษา	รายใหม่	2 (16.67)	4 (28.57)	0.50 (0.07=3.38)	0.86 (0.25=4.81)
	ต่อเนื่อง	10 (83.33)	10 (71.43)	1*	1*
ระยะเวลาในการป่วย	<6 เดือน	4 (33.33)	4 (28.57)	1*	1*
	>6 เดือน	8 (66.67)	10 (71.43)	1.30 (0.24=6.63)	1.02 (0.04=5.33)
ขนาดของครอบครัว	<5 คน	5 (41.67)	7 (50.00)	1*	1*
	>5 คน	7 (58.33)	7 (50.00)	0.70 (1.15=3.38)	0.47 (0.63=2.78)
การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย	ใช่	0	1 (7.14)	1.90 (0.32=2.80)	1.25 (0.28=2.77)
	ไม่ใช่	12 (100)	13 (92.86)	1*	1*
การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว					
	ใช่	1 (8.33)	3 (21.43)	0.33 (0.03=3.72)	0.35 (0.23=3.79)
	ไม่ใช่	11 (91.67)	11 (78.57)	1*	1*
ดัชนีมวลกาย (BMI)	ต่ำกว่าเกณฑ์	4 (33.33)	8 (57.14)	1.38 (1.07=1.86)	1.22 (1.01=2.05)
	ปกติ	8 (66.67)	6 (42.86)	1*	1*
การได้รับการดูแลจากครอบครัวต่อเนื่อง					
	ใช่	2 (16.67)	5 (35.71)	1*	1*
	ไม่ใช่	10 (83.33)	9 (64.29)	2.64 (1.52=3.56)	2.41 (1.27=3.06)
การรับรู้ระดับความเครียด	ต่ำ/ปานกลาง	1 (8.33)	5 (35.71)	1*	1*
	สูง	11 (91.67)	9 (64.29)	1.16 (1.02=1.67)	1.12 (1.04=2.17)
การใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด					
	ใช่	6 (50.00)	8 (57.14)	1.75 (1.16=3.53)	1.45 (1.06=3.18)
	ไม่ใช่	6 (50.00)	6 (42.86)	1*	1*

หมายเหตุ: 1* = reference category

การนี้ผู้เยี่ยมไม่เห็นสถานการณ์จริงที่บ้านของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถตรวจนับจำนวนของยาที่ผู้ป่วยรับประทานจริง และยาที่เหลือ เนื่องจากการรับประทานยารักษาวัณโรค อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่ค่อนข้างรุนแรงและเป็น ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าผู้ที่เป็นวัณโรครับประทานยาครบหรือไม่ และพบว่ามีส่วนร่วมในการวางแผนและออกแบบการดูแล รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านและชุมชนร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ดูแล และผู้ที่เป็นวัณโรค ยังมีน้อย ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ที่เป็นวัณโรคและผู้ดูแลได้ทั้งหมด และลดการตีตราทั้งจากตนเองและสังคมจากการเป็นวัณโรคได้ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเชื่อมประสานและส่งต่อข้อมูลการรักษาและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน รวมทั้งกรณีการย้ายเข้าและออกจากพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้น ชี้แนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน ภายใต้บริบทของชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 2 ประเด็น คือ (1) ด้านการดูแลแบบ“กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน” และ (2) ด้านการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นวัณโรค

2. รูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (ก) ปัจจัยนำเข้า มี 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ นโยบายและแผนการดำเนินงาน โครงสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน บทบาทของเพื่อนช่วยเพื่อนในการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการสนับสนุนด้านต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแล (ข) กระบวนการ ประกอบด้วย การดำเนินการตามกรอบกระบวนการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นวัณโรค ได้แก่ การพัฒนาสมรรถนะกลุ่มเพื่อน ผู้ดูแลหลักและเพื่อนจิตอาสาในชุมชน โปรแกรมการจัดการตนเองแบบพบปะกัน การเป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา การติดตามและเสริมพลัง และ (ค) ผลลัพธ์ ประกอบด้วย การกำหนดผลลัพธ์ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและ

จิตสังคม

ก) ปัจจัยนำเข้า

1) นโยบายและแผนการดำเนินงานในการขับเคลื่อนเพื่อเป้าหมายการบรรลุอัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น การรักษาล้มเหลว ขาดยาและโอนออกทดลอง และลดการตีตราทั้งจากตนเองและสังคม

2) โครงสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยกำหนดการแบ่งวงกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ได้แก่ “เพื่อนที่เป็นวัณโรคด้วยกัน” “เพื่อนผู้ดูแล” คือผู้ดูแลหลักในบ้าน “เพื่อนจิตอาสาในชุมชน” คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน “เพื่อนหมอ” คือ บุคลากรสุขภาพที่เป็นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน “เพื่อนพี่เลี้ยง” คือ ทีมนิเทศแกนนำ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายงานที่สอดคล้องกับสมรรถนะของเพื่อนในแต่ละกลุ่ม

3) บทบาทของเพื่อนช่วยเพื่อนในการสนับสนุนการจัดการตนเองได้แก่ (1) การประเมิน (Assess) ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองด้านรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (2) การแนะนำ (Advise) เป็นการอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา (3) การตกลง (Agree) เป็นการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองที่เหมาะสมและวางแผนการจัดการตนเองร่วมกัน (4) การช่วยเหลือ (Assist) เมื่อผู้ที่เป็นวัณโรคประสบปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง ร่วมกับผู้ที่เป็นวัณโรคหาแนวทางแก้ไขปรับเปลี่ยนเป้าหมายพร้อมให้คำแนะนำกับผู้ที่เป็นวัณโรค และ (5) การจัดการ (Arrange) ด้วยการติดตามแบบปะหน้า การโทรศัพท์ และช่องทางไลน์กลุ่ม และนัดติดตามพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ ได้แก่ ผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ และการรับรู้ว่าตนเองถูกตีตราลดลง

4) การสนับสนุนด้านต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแล ได้แก่ ระบบการเข้าถึงยารักษาวัณโรคและการติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนอาหารและอาหารเสริมเพื่อช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต่อสู้กับวัณโรค สนับสนุนในการเยี่ยมอุปกรณ์เพื่อการสื่อสารระหว่างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์พกพา เป็นต้น รวมทั้งประสานกับหน่วยงานในพื้นที่ในการอำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

ข) กระบวนการ ประกอบด้วย การดำเนินการตามกรอบกระบวนการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นวัณโรค ได้แก่

1) การพัฒนาสมรรถนะกลุ่มเพื่อนผู้ดูแลหลักและเพื่อนจิตอาสาในชุมชน เป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 หลักสูตร ดังนี้ (1) หลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน สำหรับ “เพื่อนหมอ” และ (2) หลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน สำหรับ “เพื่อนผู้ดูแล” คือผู้ดูแลหลักในบ้าน และ “เพื่อนจิตอาสาในชุมชน”

2) โปรแกรมการจัดการตนเองแบบพบปะกัน เป็นชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman ซึ่งกล่าวถึง การจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดการทางการแพทย์ (2) การจัดการบทบาทของตัวผู้ป่วย และ (3) การจัดการด้านอารมณ์ โดยการใช้ความรู้ และการฝึกทักษะ ซึ่งการฝึกทักษะมี 6 อย่าง ได้แก่ (1) ทักษะการแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ที่เป็วัณโรคได้ระบุปัญหาที่พบด้วยตนเอง (2) การตัดสินใจตอบสนองต่อการรับประทันยารักษาวัณโรคและลดพฤติกรรมเสี่ยง (3) การใช้ประโยชน์แหล่งข้อมูลที่สามารถติดต่อได้เมื่อเกิดปัญหาระหว่างการเจ็บป่วย (4) การส่งเสริมทักษะการสื่อสารเมื่อต้องพบแพทย์ (5) การลงมือปฏิบัติ และ (6) การปรับการปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล และการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน จากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ (1) ทักษะการปฏิบัติด้วยตนเอง โดย การลงมือปฏิบัติในการกำหนดเวลาการ

รับประทันยารักษาวัณโรค การจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยง (2) ตัวแบบ (3) การตีความอาการที่เกิดขึ้น เป็นการรู้ถึงอาการและสามารถอธิบายถึงอาการที่เกิดขึ้นของตนเอง และ (4) การชักจูงด้วยคำพูดและการชักจูงจากสังคม โดยบุคลากรสุขภาพและตัวแบบบุคคลที่เป็นเพื่อนผู้ที่เป็นวัณโรคซึ่งประสบความสำเร็จในการรักษาและหายจากการเป็นวัณโรคแล้ว

3) การเป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา มีระบบพี่เลี้ยงประจำโซนที่คอยช่วยเหลือในทีมเพื่อนช่วยเพื่อนและเป็นที่ปรึกษา ประสานงานเพื่อส่งต่อข้อมูลปัญหาให้กับ “เพื่อนพี่เลี้ยง” คือ ทีมนิเทศแกนนำ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน โดยแบ่งเป็นโซนพื้นที่ และมีไลน์กลุ่มของโซนเพื่อให้การสื่อสาร ส่งต่อ และให้คำปรึกษาที่รวดเร็ว

4) การติดตามและเสริมพลัง เป็นการติดตามการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นวัณโรคและเสริมพลังร่วมกันโดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

ค) ผลลัพธ์ ประกอบด้วย การกำหนดผลลัพธ์ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตสังคม

ผลลัพธ์กับผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน

ผู้ที่เป็นวัณโรคทั้ง 26 ราย ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาครบถ้วน และมีผลการตรวจเสมหะ (sputum AFB) ยืนยันไม่พบเชื้อวัณโรคทางเสมหะก่อนสิ้นสุดการรักษาหรือได้รับการวินิจฉัยยืนยันด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือลักษณะทางคลินิกจากแพทย์ว่าหายจากการเป็นวัณโรคแล้วและมีการรับรู้ว่าคุณเองถูกตีตราของผู้ที่เป็นวัณโรคลดลงกว่าการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า รูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชนได้มีการพัฒนาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจรการวิจัยเชิง-

ตารางที่ 2 การรับรู้ว่าตนเองถูกตีตราของผู้ที่เป็นวัณโรคก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแบบเพื่อนช่วยเพื่อน^a ด้วยสถิติ paired t-test

การตีตรา	ก่อน		หลัง		Mean difference	t	p-value
	mean	SD	mean	SD			
ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม	2.73	0.65	2.09	0.19	0.64	6.21	<0.001
การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ	2.75	0.82	1.80	0.20	0.95	6.75	<0.001
ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ	2.51	0.54	1.87	0.16	0.64	5.56	<0.001
การแยกตนเองออกจากสังคม	2.99	0.61	2.12	0.35	0.87	8.44	<0.001
ความต้านทานต่อการรับรู้ถูกตีตรา	2.33	0.82	2.81	0.22	0.48	3.39	0.002
รวม	2.74	0.41	2.01	0.11	0.73	10.72	<0.001

ปฏิบัติการเป็นหลักสำคัญในการสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน ตั้งแต่การ วิเคราะห์และมองเห็นปัญหาร่วมกันจนถึงการปฏิบัติการ และประเมินผล ซึ่งมีลักษณะเป็นวงจรปฏิบัติการ หมุนไป ข้างหน้าเรื่อยๆ ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อมุ่ง พัฒนางานให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน

การวิจัยนี้พบว่า กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสามารถลดการ รับรู้ตัวตนถูกตีตราของผู้ที่เป็นวัณโรคได้ และนำไปสู่ ผลลัพธ์ที่ดีในการรับประทานยาวัณโรคและปฏิบัติตาม แผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามแนวคิดกลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งมีหลักการขับเคลื่อนสำคัญ คือ (1) การเป็นพวกพ้องหรือมีเครือข่ายภายในกลุ่ม (homogeneity) (2) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และ (3) การรับรู้ตนเองผ่านการแบ่งปันประสบการณ์ส่วนบุคคลหรือเรื่องราวความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองในกลุ่ม (identification)^(12,19,20) โดยรูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วย เพื่อนที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการดูแล โดยใช้กลุ่มเพื่อน ตั้งแต่ “เพื่อนที่เป็นวัณโรคด้วยกัน” “เพื่อนผู้ดูแล” คือผู้ดูแลหลักในบ้าน “เพื่อนจิตอาสาใน ชุมชน” คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน “เพื่อน หมอ” คือ บุคลากรสุขภาพที่เป็นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน และ

“เพื่อนพี่เลี้ยง” คือ ทีมนิเทศแกนนำ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน โดยเพื่อนเหล่านี้เป็น กลุ่มวงเพื่อนที่ร่วมกันสนับสนุนและดูแลผู้ที่เป็นวัณโรค ทั้งการให้คำปรึกษา (counseling) การดูแลผู้ป่วยรับ- ประทานยาโดยการสังเกตตรง (directly observed treatment: DOT) การดูแลด้านโภชนาการ (nutritional care) การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ (financial support) และการ เชื่อมประสานการดูแลในทีม (collaboration) เพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤตของชีวิตในการรับ- ประทานยาวัณโรคและปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดในช่วง ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จนหายจากการเป็นวัณโรค และบรรลุเป้าหมายของการรักษาพยาบาล

ผลจากกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนดังกล่าว ทำให้กลุ่มเพื่อน ช่วยเพื่อนมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น เกิดความรู้สึกถึง คุณค่าของกลุ่ม (perceived group value) ความเป็น เอกลักษณะของกลุ่ม (group identification) และมีความ ยั่งยืน (substantiality)⁽²¹⁾ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ที่เป็น วัณโรคได้มีโอกาสใช้ทรัพยากรในกลุ่มในการจัดการ ตนเองมากขึ้น และเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต⁽²¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lyons และคณะ⁽²²⁾ และการ ศึกษาของ Sun และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สามารถลดการรับรู้การตีตราตนเองในผู้ที่มีความผิดปกติ

ทางจิตได้ รวมถึงผลลัพธ์อื่น ๆ เช่น ความเครียด การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการขอรับการช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Foster และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนอื่น สามารถช่วยลดการรับรู้ว่าตนเองถูกตีตราได้ในผู้ที่เป็นวัณโรค และการศึกษาของ Cooper และคณะ⁽²³⁾ ที่พบเช่นกันว่า กลุ่มเพื่อนช่วยทำให้เห็นถึงแบบอย่างการดำเนินชีวิต ทำให้รู้สึกถึงการเป็นพวกเดียวกัน มีความใกล้ชิดกัน ส่งผลต่อการลดความรู้สึกการตีตราตนเอง และการศึกษาเชิงคุณภาพของ Akeju และคณะ⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างการรับประทานยารักษาวัณโรค พบว่า การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และชุมชน ส่งผลต่อการลดการรับรู้ว่าตนเองถูกตีตราและมีความต่อเนื่องในการรักษาวัณโรค

การศึกษาในขั้นตอนการค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตรา เป็นการสำรวจผู้ที่เป็นวัณโรคที่รับบริการและอาศัยอยู่จริงในเขตอำเภอเมืองมหาสารคามและเลือกเฉพาะกลุ่มที่ผ่านการรักษาในระยะ 2 เดือนขึ้นไปแล้วเท่านั้น ข้อค้นพบด้านการรับรู้การตีตราและปัจจัยฯ อาจไม่สามารถอธิบายได้ครอบคลุมถึงผู้ที่เป็นวัณโรคที่อยู่ในช่วงของการรักษาในระยะอื่นและในพื้นที่อื่นได้ทั้งหมด

สรุปและข้อเสนอแนะ

รูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชนสามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย โดยผู้ที่เป็นวัณโรคมีการรับประทานยาต่อเนื่องครบตามแผนการรักษาที่กำหนด มีการจัดการตนเองเป็นไปตามแผนที่กำหนด และหายจากวัณโรค รวมทั้งลดการรับรู้ว่าตนเองถูกตีตราของผู้ที่เป็นวัณโรค โดยมีปัจจัยและเงื่อนไขสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนา คือ (1) ความตื่นตัวและตระหนักถึงปัญหาร่วมกัน (2) นโยบายที่ชัดเจนและถ่ายทอดลงมาตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลสู่ชุมชน (3) การมีพันธะสัญญาและมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่มุ่งสู่การดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชนที่ดีขึ้น (4) การให้คุณค่าและกำลัง

ใจขณะการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (5) การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการสื่อสารแผนการดูแลในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และ (6) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม

ข้อเสนอแนะ

สถานบริการสุขภาพอื่นที่สนใจสามารถนำกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนตามขั้นตอนจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบท ทรัพยากรและสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคที่เป็นอยู่ในพื้นที่นั้น และอาจมีการพิจารณาถึงการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ทั้งที่เป็นแรงจูงใจด้านไม่ใช้การเงิน (nonfinancial incentive) เช่น จัดให้มีการรับรองมาตรฐานการดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชนโดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในแต่ละชุมชนได้พัฒนาความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชน จัดเวทีประกวดและมอบรางวัลเชิดชูเกียรติทีมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่ให้บริการดีเลิศ เป็นต้น และการสร้างแรงจูงใจด้านการเงิน (financial incentive) อาจดำเนินการด้วยกลไกการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมให้กับกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่มีผลการดำเนินการเป็นเลิศและทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ที่เป็นวัณโรคดีขึ้น โดยแหล่งเงินงบประมาณอาจมาจากงบประมาณของหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ หรือประชาชน องค์กร ภาคี-เครือข่ายในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมหรือกองทุนส่งเสริม ววน. ประจำปีงบประมาณ 2565

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.

2. World Health Organization. WHO global lists of high burden countries for tuberculosis (TB), TB/HIV and multidrug/rifampicin-resistant TB (MDR/RR-TB), 2021 – 2025. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. de Araújo GS, Pereira SM, dos Santos DN, Marinho JM, Rodrigues LC, Barreto ML. Common mental disorders associated with tuberculosis: a matched case-control study. *PloS ONE* 2014;9:e99551.
4. Pradhan A, Koirala P, Bhandari SS, Dutta S, García-Grau P, Sampath H, et al. Internalized and perceived stigma and depression in pulmonary tuberculosis: do they explain the relationship between drug sensitivity status and adherence?. *Frontiers in psychiatry* 2022;13:869647.
5. Chen X, Du L, Wu R, Xu J, Ji H, Zhang y, et al. Tuberculosis-related stigma and its determinants in Dalian, Northeast China: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2021;21:6.
6. Yang TW, Park HO, Jang HN, Yang JH, Kim SH, Moon SH, et al. Side effects associated with the treatment of multidrug-resistant tuberculosis at a tuberculosis referral hospital in South Korea: a retrospective study. *Medicine* 2017;96:e7482.
7. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry* 2012;57(8):464–9.
8. Foster I, Galloway M, Human W, Anthony M, Myburgh H, Vanqa N, et al. Analysing interventions designed to reduce tuberculosis-related stigma: a scoping review. *PLOS Global Public Health* 2022;2(10):e0000989.
9. Potty RS, Kumarasamy K, Munjattu JF, Reddy RC, Adepu R, Singarajipura A, et al. Tuberculosis treatment outcomes and patient support groups, southern India. *Bulletin of the World Health Organization* 2023;101(1):28–35A.
10. Maynard C, Tariq S, Sotgiu G, Migliori GB, van den Boom M, Field N. Psychosocial support interventions to improve treatment outcomes for people living with tuberculosis: a mixed methods systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2023;61:102057.
11. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรค ประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2021
12. Sun J, Yin X, Li C, Liu W, Sun H. Stigma and peer-led interventions: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2022;13:915617.
13. Courtwright A, Turner AN. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public Health Rep* 2010;125(Suppl 4):34–42.
14. Ministry of Health Services British Columbia. Peer support manual. British Columbia: Ministry of Health Services; 2001.
15. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall;1984.
16. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanism. *Society of Behavioral Medicine* 2003;26(1):1–7.
17. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. Victoria: Deakin University; 1992.
18. Wong-Anuchit C, Mills AC, Schneider JK, Rujkorakarn D, Kerdpongchote C, Panyayong B. Internalized stigma of mental illness scale – Thai version: translation and assessment of psychometric properties among psychiatric outpatients in central Thailand. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016;30(4):450–6.
19. Lenkens M, van Lenthe FJ, Schenk L, Magnée T, Sentse M, Severiens S, et al. Experiential peer support and its effects on desistance from delinquent behavior:

- protocol paper for a systematic realist literature review. *Syst Rev* 2019;8:119.
20. Watson E. The mechanisms underpinning peer support: a literature review. *J Ment Health* 2019;28(6):677–88.
21. Correll J, Park B. A model of the ingroup as a social resource. *Pers Soc Psychol Rev* 2005;9:341–59.
22. Lyons N, Cooper C, Lloyd–Evans B. A systematic review and meta–analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC psychiatry* 2021;21(1):315.
23. Cooper RE, Saunders KRK, Greenburgh A, Shah P, Appleton R, Machin K, et al. The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. *BMC Med* 2024;22:72.
24. Akeju OO, Wright SCD, Maja TM. Lived experiences of patients undergoing tuberculosis treatment in Tshwane, Gauteng province. *Health SA Gesondheid* 2017;22:259–67.

Development of the Peer Support Group Care Model for Persons with Tuberculosis in Community

Nisakorn Vibulchai, Ph.D.*; Kamthorn Dana, Ph.D.**; Monrueedee Sanchan, M.N.S.**;
Charanya Churari, M.D.***; Bunjong Jadboonnak, M.N.S.***; Wattana Sawangsri, M.P.H.***;
Wansu Taweekanachote Pothiporn, B.N.S.****; Udomlak Sutthicharoen, M.N.S.****; Choochart
Wong-Anuchit, Ph.D.****

* Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok
Institute; ** Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; ***
Mahasarakham Hospital, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2024;33(6):1051-62.

Corresponding author: Kamthorn Dana, Email: kamthorn@smnc.ac.th

Abstract: This action research aimed to develop the peer support group care model for persons with tuberculosis in the community in the context of Mueang district, MahaSarakham province. Participants consisted of persons with tuberculosis, caregivers, village health volunteers, and health care providers. Research instruments included questions for a focused group discussion, patient medical record form, internalized stigma of tuberculosis scale, and health status record form. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, odds ratio, multiple logistic regression, paired t-test, and content analysis. The research results revealed that the peer support group care model consisted of three elements as follows: (1) inputs, including policy and implementation guidance, peer group structure, peer group's roles, and facilities supports; (2) process: a care framework for peer support group and self-management of persons with TB, including peer group competency enhancement, peer-led face-to-face self-management programs, peer coaches or mentors, and appreciative inquiry; and (3) outcomes, including key performance indicators about physical and psychosocial health outcomes. After implementing the model, peer support group network was established for management and care for person with TB in community and completed implementation along the plan setting. Twenty-six persons with TB received complete treatment and were cured. The internalized stigma was decreased among persons with TB. The process of a develop the peer support group care model from this study can be applied to be consistent with the resource context and situation of caring for people with tuberculosis in other areas.

Keywords: peer support group; internalized stigma; persons with tuberculosis; community