การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่บ้าน ตำบลนาภู อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

The development of home caring guidelines in pulmonary tuberculosis patients with short-course treatment in Naphu Subdistrict, Yangsi Surat District, Mahasarakham Province

วราภรณ์ ริมไธสง[1] กำทร ดานา[2*] สุรชัย เฉนียง[3] แจ่มจันทร์ เทศสิงห์[2]
Waraporn Rimthaisong[1] Kamthorn Dana[2*] Surachai Chaniang[3] Chaemchan Thessingha[2]

***Corresponding author: kamthorn@smnc.ac.th**
(Received: December 29, 2022; Revised: March 1, 2023; Accepted: March 28, 2023)

บทคัดย่อ

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดคือการรักษาให้ครบตามกระบวนการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ตำบลนาภู อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย และ 3) การประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย ดำเนินการระหว่าง ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนาและ สถิติ McNemar Chi-square test ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเกิดภาวะเครียด เบื่ออาหาร รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่าวัณโรคเป็นโรคที่น่ารังเกียจถูกตีตราจากสังคม อสม. กังวลเกี่ยวกับการรักษาและการระบาดในชุมชน ทีมสหวิชาชีพขาดการเยี่ยมบ้านและการติดตามอย่างต่อเนื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้าน ประกอบด้วย การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดทำแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง และผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้น พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และผู้ดูแลในครอบครัวควรให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยวัณโรคปอด, แนวทางการดูแลที่บ้าน, ทีมสหวิชาชีพ

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าหมากคำ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[3] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
[1] Laomakkham Health Promotion Hospital, Yangsi surat District, Mahasarakham Province
[2] Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[3] Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhonphanom University

Abstract

The goal of caring for pulmonary tuberculosis patients is to ensure the completion of treatment and prevent a recurrence. This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of home care guidelines for pulmonary tuberculosis patients in Tambol Naphu, Yangsi Surat district, Mahasarakham Province. The study was conducted in three stages from October 2021 to September 2022, including an evaluation of the patient care situation, the development of home care guidelines, and an evaluation of their use. Data were collected through in-depth interviews, focus group discussions, and questionnaires and analyzed using content analysis, descriptive statistics, and the McNemar Chi-square test. The study found that pulmonary tuberculosis patients suffered from stress, anorexia, and inconsistent medication use. Family caregivers perceived tuberculosis as a stigmatized disease, village health volunteers were concerned about treatment and the epidemic situation in the community, and the multidisciplinary team was inadequate for home visits and follow-up. The home care guidelines for tuberculosis patients included nurse and stakeholder roles and a follow-up plan for patients at home. After using the guidelines, pulmonary tuberculosis patients experienced reduced anxiety and depression, while family caregivers improved their awareness of the disease and caregiving skills with statistical significance ($p<0.05$). Therefore, nurses, multidisciplinary teams, and family caregivers should continue to provide pulmonary tuberculosis patient care to improve the quality of care in the community.

Keywords: Pulmonary tuberculosis patients, Home care guideline, Multidisciplinary teams

1. บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่มีการระบาดในทุกภูมิภาคทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้รายงานในปี 2021 มีผู้ป่วยวัณโรคปอดทั่วโลกประมาณ 10.6 ล้านคน ซึ่งเพิ่มจากปี 2020 ที่มีจำนวน 10.1 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคปอดประมาณ 1.6 ล้านคน และนอกจากนี้ยังพบอัตราอุบัติการณ์ของการป่วยด้วยโรควัณโรคปอดที่เพิ่มขึ้นในปี 2021 จากปี 2020 อยู่ที่ ร้อยละ 3.6[1] จากสถานการณ์ดังกล่าว ยังถือว่าผลการดำเนินการควบคุมหรือหยุดการแพร่ระบาดของวัณโรคยังห่างไกลจากเป้าหมายที่สมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ได้มีมติรับรองการลดอุบัติการณ์ของวัณโรคให้ได้ ร้อยละ 80 ภายในปี 2030 ตามเป้าหมายที่ 3 ของการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ[1] ที่สำคัญระหว่างปี 2020-2021 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคเกิดภาวะดื้อยา (Multidrug resisitant; MDR) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3

ในประเทศไทยโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เป็นหน่วยบริการด่านหน้าในการต่อสู้กับการระบาดของวัณโรคในชุมชน ที่ผ่านมาผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา คิดเป็น 21.67 ต่อประชากร 100 คนต่อปี ในบรรดาผู้ป่วยเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงของการรักษาวัณโรคไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น การว่างงาน (AHR 3.12, 95%CI 1.41–6.86), การติดเชื้อ HIV ร่วม (AHR 2.85, 95%CI 1.25–6.46), มีประวัติการติดเชื้อก่อนหน้า (AHR 2.00, 95%CI 1.04–3.81), เสมหะ AFB เป็นบวกเมื่อสิ้นสุดระยะเร่งรัด (AHR 5.66, 95%CI 2.33–13.74) และไม่ได้ดำเนินการตรวจ AFB เมื่อสิ้นสุดระยะเร่งรัด (AHR 18.40, 95%CI 9.85–34.35)[2] และยังมีความท้าทายหลายอย่างที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เช่น การรับรู้และผู้ป่วยไม่มีความรู้ที่ดีสำหรับวัณโรค สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำ[3] และการจัดการรายกรณีและผู้ให้บริการที่ไม่ใช่แพทย์[4]

ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าหมากคำ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสาคาม พบผู้ป่วยวัณโรคปอดจากปี 2561-2565 คือ 6, 9, 5, 11 และ 12 ราย ตามลำดับ และที่สำคัญผู้ป่วยที่รักษาครบตามกระบวนการเพียง ร้อยละ 43.2, 55.7, 44.6, 33,5 และ 46.1 เท่านั้น จากการสังเกตและสัมภาษณ์ในการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยบางรายไม่อยากเปิดเผย รู้สึกเหมือนตัวเองเป็นที่จับจ้องในชุมชน บางรายรับประทานยาไปสักระยะมีปัญหาเบื่ออาหาร เหนื่อยอ่อนเพลีย จึงไม่รับประทานยาและเข้ารับการรักษาต่อ สมาชิกในครอบครัวบางรายรู้สึกวิตกกังวลและเครียด ซึ่งถือเป็นประเด็นที่เจ้าหน้าที่และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญและจัดการกับประเด็นปัญหาเหล่านี้

การเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ในชุมชน เนื่องจากเป็นการใช้ประโยชน์จากตัวบุคคล ครอบครัวและเครือญาติในการดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน[5] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลจากการเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านส่งผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาค่อนข้างมาก Mohan[6] ได้ฝึกอบรมบุคลากรสำหรับการเยี่ยมบ้านในช่วงระยะเวลา 6 เดือนของการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มาตามนัดกลับมารักษาสูงถึง ร้อยละ 96.3 และมีอัตราความสำเร็จในการรักษาสูงถึง ร้อยละ 94.2 และ Pradipta[7] ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การส่งข้อความสั้น ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย (RR 1.00; 95%CI 0.96-1.04) การควบคุมการรับประทานยาโดยครอบครัว (RR 1.96; 95%CI 0.98-1.15) การส่งข้อความสั้น ๆ ร่วมกับการสอนในเนื้อหาที่จำเป็น (RR 1.11; 95%CI 1.04-1.18) ส่งผลให้ผู้ป่วยรักษาครบตามเกณฑ์ และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกร่วมกับการกำกับการรับประทานยา (RR 1.2; 95%CI 1.14-1.33) การให้คำปรึกษาแบบเสริมแรง (RR 1.18; 95%CI 1.03-1.34) ส่งผลให้ผู้ป่วยรักษาหายขาดจากวัณโรคได้ ซึ่งหากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้โรคที่ถูกต้อง เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยก็จะสามารถปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างดี นอกจากนั้น การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและระบบการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งสนับสนุนให้การดูแลวัณโรคในชุมชนได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่มีการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จึงได้ทำการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการติดตามและส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการพัฒนา 3 ขั้นตอน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ระยะเวลา 4 เดือน (มิถุนายน 2564 - กันยายน 2564)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 19 คน คัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ (1) มีผลเสมหะบวกหรือเอกซเรย์ปอดผิดปกติ (2) รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นช่วง 8 สัปดาห์แรก (3) ไม่มีปัญหาสภาพจิตหรือปัญหาการสื่อสาร และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์คัดออก คือ เจ็บป่วนรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้และต้องการออกจากกระบวนการศึกษา

2. ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแล คัดเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและผู้ร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรมและการติดตามผู้ป่วยในชุมชน คือ สมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จำนวน 19 คน ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 25 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คนและผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

- สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว 2 เดือน (มิถุนายน-กรกฎาคม 2564) ในด้านปัญหา ความต้องการการเยี่ยมและกิจกรรมการดูแลที่บ้าน

- สนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาในชุมชน 2 เดือน (สิงหาคม-กันยายน 2564) จำนวน 2 ครั้ง เกี่ยวกับปัญหาวัณโรคในชุมชน ความต้องการการดูแลที่บ้าน บทบาทหน้าที่ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานและสิ่งที่ต้องการการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ระยะเวลา 2 เดือน (ตุลาคม-พฤศจิกายน 2564) ประกอบด้วย การสะท้อนคิดของผู้ดูแลในครอบครัว บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัญหาและความต้องการในการดูแล และการร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้านเพื่อนำไปปฏิบัติในพื้นที่ ผู้วิจัยใช้วิธีการสรุปประเด็นเนื้อหาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ระยะเวลา 6 เดือน (ธันวาคม 2564 - พฤษภาคม 2565) เป็นระยะการลงมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้านตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น โดยแนวทางที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนร่วมในชุมชนตรวจสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง และการประเมินผลการพัฒนา มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จำนวน 28 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ สมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและระยะเวลาที่เป็นผู้ดูแล จำนวน 7 ข้อ

2) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคผู้วิจัยทบทวนจาก ชมพูนุช พูมพิจ[8]โดยคะแนน < ร้อยละ 60 (ระดับต่ำ) คะแนนร้อยละ 60-70 (ระดับปานกลาง) และคะแนน > ร้อยละ 70 (ระดับสูง)

3) แบบวัดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ผู้วิจัยประยุกต์จาก Kroenke[9] โดยความวิตกกังวลมี 7 ข้อ คำถาม 0 = ไม่มีอาการเลย 3 = เกิดขึ้นเกือบทุกวัน คะแนนเต็ม 21 คะแนน และภาวะซึมเศร้า มี 9 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 0-21 คะแนน ทั้งความวิตกกังวลและซึมเศร้าแปลผล 4 ระดับ คือ 0-4 ไม่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า 5-10 มีระดับน้อย 11-15 มีระดับปานกลาง และ >15 มีระดับมาก

4) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Pukdeeporm[10] มี 4 ประเด็น 14 ข้อคำถาม คือ การดูแลร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ให้คะแนนแบบ Likert scale จาก 1-5 คะแนน (ไม่ปฏิบัติเลย-ปฏิบัติเป็นประจำ) ระดับทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้วิจัยทบทวนจาก ชมพูนุช พูมพิจ[8] โดยคะแนน < ร้อยละ 60 (ระดับต่ำ) คะแนนร้อยละ 60-70 (ระดับปานกลาง) และคะแนน > ร้อยละ 70 (ระดับสูง)

การตรวจสอบเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาที่พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยและทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ค่า CVI 0.91 จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 15 ชุด ที่ รพ.สต.บ้านหนองไผ่ อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 และทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักวิจัยลงเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน โดยทำหนังสือขอความยินยอมตามชื่อกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยการรับรู้ ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า

และทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแลเก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ McNemar Chi-square test

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 12/2564

3. ผลการวิจัย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.16 อายุเฉลี่ย 63.24 ปี เรียนจบประถมศึกษา ร้อยละ 47.37 มีคู่สมรส ร้อยละ 57.89 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 52.62 ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.68 อายุเฉลี่ย 51.11 ปี อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแล 5-10 ปี ร้อยละ 52.63 และส่วนใหญ่ในครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.89 ดังแสดงในตารางที่ 1

3.2 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

1) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้ไม่มาก เกิดภาวะเครียดเมื่อรู้ว่าตัวเองติดเชื้อวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวต้องการความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การจัดการเรื่องน้ำหนักที่ลดลงของคนไข้ การป้องกันการติดต่อและปัญหาที่ซับซ้อนที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ เช่น การถูกสังคมมองว่าเป็นโรคติดต่อที่น่ารังเกียจ และการถูกตีตรา

2) การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การแจ้งข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ แต่ อสม. ยังมีความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาและการแพร่ระบาดของวัณโรคปอด

พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย การติดตามการไปพบแพทย์และการรับยารักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ยังพบประเด็น เจ้าหน้าที่ไม่สามารถลงติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะเวลาเข้มข้นของการรักษา 2 เดือนแรก เนื่องจากภารกิจและข้อจำกัดด้านจำนวนของเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยาต่อเนื่อง จากการที่คิดว่าตัวเองอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ ไม่ไอ และบางรายหลังรับประทานยามีปัญหาเหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีกำลัง คิดว่าเกิดจากการรับประทานยาจึงหยุดยาเอง

3.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้าน

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย

1) **ผู้ป่วยวัณโรคปอด**ต้องปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้องกับแนวทางการรักษาของโรค โดยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตประจำวัน

2) **สมาชิกผู้ดูแล**ในครอบครัวกำกับการรับประทานยา ติดตามหรือพาไปพบแพทย์และรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจว่าการรักษาตามกระบวนการจะช่วยให้หายขาดจากการเจ็บป่วย

3) **ทีมสหวิชาชีพ** ช่วยประเมินอาการ ตรวจสอบการรับประทานยา สอบถามอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการรับประทานยา วางแผนเยี่ยมดูแลที่บ้านผู้ป่วยเฉพาะราย ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลพร้อมบันทึกลงรายงานอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ พร้อมสร้างและปรับปรุงคู่มือการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการเยี่ยมดูแลที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

4) **อสม.** นัดวัน เวลาและเข้าร่วมกิจกรรมการเยี่ยมและดูแลที่บ้านกับทีมสหวิชาชีพอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ และพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย

5) **ผู้นำชุมชน** ร่วมเยี่ยมบ้าน คอยอำนวยความสะดวก ช่วยจัดหาและสนับสนุนทรัพยากรในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้กับทีมสหวิชาชีพ เป็นผู้นำและประสานงานจัดการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในละแวกบ้านผู้ป่วยให้ถูกต้องและเหมาะกับการรักษาและการฟื้นฟูของผู้ป่วย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้าน ที่รับประทานยาช่วง 2 เดือนแรก เกิดจากการนำกิจกรรรมที่ได้ร่วมกันกำหนดของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มาจัดทำบทบาทหน้าที่ ที่แต่ละฝ่ายต้องปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ (ตารางที่ 2) และแผนการติดตามเยี่ยมและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน โดยเป็นการสรุปและเป็นผลจากการประชุมและหารือร่วมกันระหว่างพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ที่ประกอบด้วยความถี่ของกิจกรรม วัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาลที่มีองค์ประกอบครอบคลุมการประเมิน การลงมือปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคปอด (n=19) และผู้ดูแลในครอบครัว (n=19)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยวัณโรคปอด		
เพศ		
ชาย	12	63.16
หญิง	7	36.84
อายุ (ปี) $\bar{X}$= 63.24, S.D.= 7.74, min = 55 max = 77		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9	47.37
มัธยมศึกษา	7	36.84
ปวส.หรือสูงกว่า	3	15.79
สถานภาพสมรส		
โสด	1	5.26
คู่	11	57.89
หม้าย/หย่า/แยก	7	36.85
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษตรกรรม	10	52.62
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง	2	10.53
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	36.85
ผู้ดูแลในครอบครัว		
เพศ		
ชาย	5	26.32
หญิง	14	73.68
อายุ (ปี) $\bar{X}$= 50.11, S.D.= 3.52, min = 45 max = 67		
ระยะเวลาการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแล		
น้อยกว่า 5 ปี	4	21.05
5-10 ปี	10	52.63
ตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป	5	26.32
ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว		
เพียงพอ	8	42.11
ไม่เพียงพอ	11	57.89

ตารางที่ 2 การพัฒนาแนวทางและบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก

สัปดาห์	บทบาทพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	บทบาทของ อสม.	บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว	บทบาทของผู้นำชุมชน
สัปดาห์ที่ 1	1. ประเมินการรับรู้ วางเป้าหมายการเยี่ยมและเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วย สมาชิกผู้ดูแลในครอบครัวและผู้นำชุมชน 2. ตรวจสอบยาที่ใช้รักษา และอาการข้างเคียงจากยา โดยการสอบถามและตรวจร่างกายเบื้องต้น 3. สังเกตสิ่งแวดล้อม ค้นหากลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสโรคร่วมในบ้านและละแวก	1. สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยระหว่างครอบครัวละแวกบ้านและทีมเจ้าหน้าที่ 2. ขอติดตามอาการขณะรักษา 3. ร่วมกำกับการรับประทานยา และตรวจสอบเม็ดยา	1. ทำความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอดและการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ 2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ได้ตามแผนการรักษา	1. ร่วมปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมกับการลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค 2. ตรวจสอบ สอบถามปัญหาและความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยละแวกบ้านและในชุมชน

สัปดาห์	บทบาทพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	บทบาทของ อสม.	บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว	บทบาทของผู้นำชุมชน
	บ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว 4. บันทึกข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับการรักษาและการมาตามนัด	4. ประสานการช่วยเหลือจาก ผู้นำชุมชนและติดตามการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วย	3. ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในแผนการดูแลรักษาให้กับผู้ป่วย 4. ชื่นชมและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสม	3. อำนวยความสะดวกสำหรับการปฏิบัติการดูแลให้ทีมสหวิชาชีพ
สัปดาห์ที่ 2	1. ตรวจสอบและติดตามอาการทั่วไปของผู้ป่วย 2. ปฏิบัติการดูแลเหมือนสัปดาห์ที่ 1 แต่จะเน้นการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้อง 3. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานอาหาร/อาหารเสริม/อาหารทางเลือกที่ถูกต้อง 4. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัว ละแวกบ้านและในชุมชน เช่น การใช้หน้ากากอนามัย การล้างมือทำความสะอาดร่างกาย การกำจัดเสมหะหรือสิ่งคัดหลั่ง	1. ปฏิบัติเหมือนสัปดาห์ที่ 1 เช่น สัมพันธภาพในครอบครัวและละแวกบ้าน การติดตามอาการ การกำกับการรับประทานยา และประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน 2. กำกับคุณภาพของวิธีการใช้หน้ากากอนามัย 3. การฝึกผู้ป่วยหายใจและไอ อย่างมีประสิทธิภาพ 4. การจัดการขยะจากตัวผู้ป่วย และจากสมาชิกในครอบครัว	1. จัดและเตือนการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย การนับเม็ดยาและการลงบันทึก 2. ฝึกหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ 3. จัดการเรื่องอาหารที่เหมาะสม 4. การจัดการและกำจัดขยะในครอบครัว	1. พูดให้กำลังใจครอบครัว 2. รณรงค์การใช้หน้ากากอนามัยที่มีคุณภาพ 3. การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับโรคและการเจ็บป่วยให้กับละแวกบ้านและชุมชน
สัปดาห์ที่ 4	1. โทรศัพท์สอบถามอาการ 2. ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลตนเองที่บ้าน	ปฏิบัติเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1และ 2	ปฏิบัติเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1และ 2	ปฏิบัติเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 และ 2
สัปดาห์ที่ 8	1. สอบถามอาการ อาการข้างเคียง ปัญหาจากการรับประทานยา 2. ประมินภาวะโภชนาการและการรับประทานอาหาร 3. ให้ข้อมูลการติดต่อเจ้าหน้าที่/การจัดการและช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอุปสรรคจากการดูแลตนเองที่บ้าน	1. ติดตามอาการ และการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาเบื้องต้น 2. ติดตามการรับประทานยา/ตรวจเม็ดยา 3. ช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วย/ครอบครัวและเจ้าหน้าที่	1. จัดและเตือนการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย การนับเม็ดยาและการลงบันทึก 2. ให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษา และแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3. การรายงานข้อมูลและการติดต่อกับเจ้าหน้าที่	1. สอบถามอาการ/ให้กำลังใจ 2. การตรวจสอบปัญหาอุปสรรคการใช้ชีวิตร่วมกับละแวกบ้านและชุมชน

ตารางที่ 3 แผนการติดตามเยี่ยมและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน

สัปดาห์	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล		
		ประเมินสภาพ	ลงมือปฏิบัติ	ประเมินผล
สัปดาห์ที่ 1	1. ติดตามผลการรักษา 2. กำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาล 3. กำหนดกิจกรรมปฏิบัติ	1. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติการดูแลของครอบครัว เจ้าหน้าที่และชุมชน 2. ประเมินการรับประทานยา 3. ประเมินความเสี่ยงและโอกาสในการขาดยา	1. กำหนดปัญหาทางการพยาบาล และแก้ไขปัญหาตามลำดับ ดังนี้ -การใช้ยาอย่างถูกต้อง -การใช้หน้ากากอนามัย -การจัดอาหารที่ส่งเสริมภาวะโภชนาการ 2. สร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการรักษาและการปฏิบัติการดูแลตนเองที่บ้าน	1. ตั้งคำถามเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารและการใช้หน้ากากอนามัย 2. สอบถามความสะดวกของผู้เกี่ยวข้อง ปัญหาและอุปสรรคและการนัดเยี่ยม 3. ใช้แบบประเมินข้อมูลพื้นฐาน การรับรู้โรคและการดูแลผู้ป่วย ความเครียดและทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สัปดาห์	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล		
		ประเมินสภาพ	ลงมือปฏิบัติ	ประเมินผล
สัปดาห์ที่ 2	1. ติดตามผลการรักษา 2. ตรวจสอบผลการเยี่ยมและการดูแลที่บ้าน 3. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ 4. สรุปและสะท้อนข้อมูล/วางแผนการปฏิบัติกิจกรรมครั้งต่อไป	1. ประเมินอาการ ตรวจร่างกายเบื้องต้น ภาวะโภชนาการ ประเมินยารักษาและอาการข้างเคียงจากยา 2. กำหนดประเด็นและเป้าหมายที่จะปฏิบัติ	1. ปฏิบัติกิจกรรมเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 2. เน้นย้ำการรับประทานยาให้ถูกต้องและตรงตามเวลา 3. ให้คำแนะนำการประเมินและจัดการภาวะโภชนาการ เมนูอาหารที่เหมาะสม การทำความสะอาดช่องปาก เทคนิคการใช้หน้ากากอนามัย และการหายใจที่ถูกต้อง 4. การจัดการขยะติดเชื้อ 5. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว อสม. และผู้นำ	1. สอบถามย้อนกลับผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว อสม. ในประเด็นความรู้เรื่องยา ภาวะโภชนาการ อาหาร การหายใจและการไอที่มีประสิทธิภาพและนัดเยี่ยมครั้งต่อไป 2. สอบถามปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขจากครอบครัว อสม. และผู้นำ
สัปดาห์ที่ 4	1. ติดตามผลการรักษา 2. ตรวจสอบผลการเยี่ยมและการดูแลที่บ้าน	โทรศัพท์ประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น และทบทวนเป้าหมายจากการดูแล	ถ้าไม่พบปัญหาหรือไม่มีปัญหาที่เร่งด่วนประสานกับผู้ดูแลในครอบครัว อสม. หรือ ผู้นำเพื่อจัดการปัญหาและดูแลเบื้องต้น	สอบถามและประเมินผลจากการดำเนินกิจกรรมทางโทรศัพท์
สัปดาห์ที่ 8	1. ติดตามผลการรักษา 2. ตรวจสอบผลการเยี่ยมและการดูแลที่บ้าน 3. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ 4. สรุปผล สะท้อนข้อมูลและวางแผนการติดตามหลัง 2 เดือน	1. ประเมินปัญหาและอุปสรรคสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา 2เดือนที่ผ่านมา 2. ประเมินความพร้อมการรักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา	1. สะท้อนข้อมูลและแนวทางการแก้ไขปัญหาในระยะการดูแล 2 เดือนที่ผ่านมา 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาในระยะต่อไป 3. เพิ่มช่องทางสำหรับการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่	1. สังเกต/สอบถามความต้องการในการดูแลที่บ้านเพิ่มเติม 2. ใช้แบบประเมิน การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3.4 ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังระยะเข้มข้น 2 เดือน

ผลการเปลี่ยนแปลง พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนดำเนินการผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงถึง ร้อยละ 84.21 หลังดำเนินการผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงเหลือร้อยละ 26.32 ส่วนภาวะซึมเศร้าก็คล้ายกัน พบว่าก่อนดำเนินการมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 68.42 หลังดำเนินการลดลงเหลือ ร้อยละ 10.53 โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ $p=0.013$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแลก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ก่อนดำเนินการระดับการรับรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และหลังดำเนินการมีการรับรู้ในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.021$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (n=19)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีความวิตกกังวล	16	84.21	5	26.32	<0.001
ไม่มีความวิตกกังวล	3	15.79	14	73.68	
มีภาวะซึมเศร้า	13	68.42	2	10.53	0.013
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	6	31.58	17	89.47	

ตารางที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแลก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (n=19)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย					0.021
ระดับต่ำ (<70%)	13	68.42	7	36.84	
ระดับสูง (≥70%)	6	31.58	12	63.16	
ทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน					<0.001
ระดับต่ำ (<70%)	15	78.95	5	26.32	
ระดับสูง (≥70%)	4	21.05	14	73.68	

4. อภิปรายผล

ผลจากการศึกษานี้ ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยวัณโรค ตำบลนาภู อำเภอยางสีสุราช ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานขององค์การอนามัยโลกไว้ว่าสถิติการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอดทั่วโลกส่วนใหญ่แล้วกลุ่มประชากรที่มีการติดเชื้อและเจ็บป่วยมากที่สุดคือเพศชาย[11] มีการศึกษาอยู่ในระดับที่ไม่สูงมาก สภาพฐานะทางเศรฐกิจและสังคมค่อนข้างต่ำ ที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม ซึ่งการศึกษาก่อนหน้าที่รายงานไว้ว่าปัจจัยเหล่านี้มักมีความสัมพันธ์ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย[12]

ก่อนดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่พบอยู่ในระดับสูง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและมักพบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงในผู้ป่วยวัณโรค[13] การมีความกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงในผู้ป่วยวัณโรคอาจเกิดจากความรู้สึกถูกตีตราทางสังคมรอบข้าง[14] การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และระบบการดูแลรักษาที่ซับซ้อนยุ่งยาก รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์เหล่านี้มักมีผลต่อการจัดบริการผู้ป่วยเนื่องจากอาจส่งผลต่อการมาตรวจและพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนครบสูตรของการรักษาได้ หลังการศึกษาและพัฒนาแนวทางการดูแลและดำเนินกิจกรรมดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินการวางแผนให้การพยาบาลและการสะท้อนปัญหาอุปสรรคจากการดูแลที่บ้านและการประเมินผลลัพธ์การดูแล ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจเป็นระยะๆ และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว อสม.และผู้นำในชุมชนว่าระบบและกระบวนการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีมาตรฐานตามแผนการรักษาจากทีมสหวิชาชีพ ประกอบกับความมีวินัยในการรับประทานยาที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง และการตรวจติดตามประเมินผลการรักษาเป็นระยะๆ จะช่วยให้ผลการรักษาประสบผลสำเร็จได้ด้วยดี และมีโอกาสหายขาดจากโรคในระดับที่สูง ร่วมกับนักวิจัยได้สอดแทรกเนื้อหาองค์ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลสุขภาพตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและละแวกชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านละแวกในชุมชนเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม เกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วย ร่วมกันตั้งเป้าหมายและจัดหากิจกรรมการดูแลที่เป็นลักษณะของการร่วมกันคิดออกแบบและลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย จึงช่วยลดความรู้สึกวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลงได้ และเห็นชัดเจนเมื่อสิ้นสุดกระบวนการดูแลครบ 2 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Febi[15] ที่ประเมินผลหลังการดูแลทางสุขภาพจิตและการให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพจิตช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนได้

การรับรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วยหลังดำเนินการผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับรู้เรื่องโรค การเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ในกระบวนการพัฒนาผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคปอดและการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพโดยการสอดแทรกเนื้อหาองค์ความรู้เรื่องวัณโรคและการดูแล[16] และถึงแม้หลังการดำเนินกิจกรรมสัดส่วนของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีการรับรู้เรื่องโรคในระดับสูงที่พบการเปลี่ยนแปลงที่น้อยกว่าสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะในการดูแลที่อยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่าสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น ผู้ดูแล

ในครอบครัวไม่ได้มีแค่องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการแสดงออกถึงการให้กำลังใจ การสร้างความเชื่อมั่นในแผนการรักษาและแนวทางการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการชื่นชมและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม การช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักและเข้าใจบทบาทการดูแลของตนเอง มองเห็นคุณค่าและประโยชน์จากการดูแล สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงบทบาทการดูแลของตนเองที่ชัดเจนมากขึ้น[17] ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ผลการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการสอนและการฝึกทักษะการดูแลนี้เป็นกระบวนการที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถดูแลผู้ป่วยในครอบครัวตามความต้องการและความจำเป็นทางด้านสุขภาพได้[18] การเยี่ยมและให้การเสริมแรงผู้ดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผลการศึกษาครั้งนี้บรรลุผลลัพธ์ที่ดี โดยได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ค้นหาเทคนิคการแก้ไขและจัดการปัญหาเกี่ยวกับการดูแลที่หลากหลายตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย[19] ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเกิดความรู้สึกว่าตัวเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้อย่างมั่นใจและช่วยให้สามารถฝึกฝนทักษะใหม่ ๆ ได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตามการวัดผลลัพธ์ในขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการศึกษา ผู้วิจัยออกแบบการวัดผลเปรียบเทียบภายในกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเปรียบเทียบผล และถ้าหากการศึกษาครั้งต่อไปที่ต้องการยืนยันผลจากการพัฒนาแนวทางอย่างแท้จริง ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านจากการพัฒนานี้ ไปออกแบบการศึกษาแบบทดลองเพิ่มเติมเพื่อช่วยยืนยันว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลจริงในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านในชุมชน

5. สรุปผลการศึกษา

แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้าน ตำบลนาภู อำเภอยางสีสุราช เป็นการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลและการดูแลร่วมกันกับผู้ดูแลในครอบครัว ช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้และสามารถปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน สามารถประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมบทบาทการดูแลของครอบครัวและทีม โดยการติดตามเยี่ยมและเสริมแรงให้กับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถผลักดันใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านได้ทั้งระดับนโยบายและการฏิบัติในพื้นที่

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ครอบครัวผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชนและทีมสหวิชาชีพ ที่ให้ข้อมูลและร่วมดำเนินกิจกรรม

7. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. WHO's Global Tuberculosis Report 2022 Switzerland; c2022 [cited 2022 August 14] Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729
2. Charoensakulchai, S. , Lertpheantum, C. , Aksornpusitpong, C. *et al.* Six-year trend and risk factors of unsuccessful pulmonary tuberculosis treatment outcomes in Thai Community Hospital. BMC Res Notes. 2021; 14(89): 1-8.
3. Kaji A, Thi SS, Smith T, Charunwatthana P, Nosten FH. Challenges in tackling tuberculosis on the Thai-Myanmar border: findings from a qualitative study with health professionals. BMC Health Serv Res. 2015; 15(1): 464-73.
4. Charoensakulchai S, Limsakul M, Saengungsumalee I, Usawachoke S, Udomdech A, Pongsaboripat A, et al. Characteristics of poor tuberculosis treatment outcomes among patients with pulmonary tuberculosis in Community Hospitals of Thailand. Am J Trop Med Hyg. 2020; 102(3): 553–61.
5. Pastor DK. , Home sweet home: a concept analysis of home visiting. Home Healthcare Now 2006; 24(6): 389-94.
6. Mohan A, Nassir H, Niazi A. Does routine home visiting improve the return rate and outcome

of DOTS patients who delay Treatment. East Mediterr Health J. 2003; 9(4): 702-08.

7. Pradipta IS, Houtsma D, van Boven JFM, Alffenaar JC, Hak E. Interventions to improve medication adherence in tuberculosis patients: a systematic review of randomized controlled studies. NPJ Primary Care Respiratory Medicine. 2020; 30(1): 21-31.
8. ชมพูนุช พูมพิจ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, เดชา ทำดี. ความสามารถในการดูแล มุมมองด้านบวกในการดูแล และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. พยาบาลสาร. 2564; 48(3): 226-36.
9. Kroenke, K., Wu, J., Yu, Z., Bair, M. J., Kean, J., Stump, T., & Monahan, P. O. Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale: Initial Validation in Three Clinical Trials. Psychosomatic medicine. 2016; 78(6), 716–27.
10. Pukdeeporm T. Selected factors related to caregivers' capabilities in careing for older persons with dementia [Unpublished master thesis]. Chulalongkorn Univ., Bangkok, Thailand; 2005.
11. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2020. [cited 2022 August 20] Available from: www. who. int/ teams/ global tuberculosis programme/ tb- reports/ global tuberculosis report 2020 Date last accessed: 1 August 2021
12. Singh SK, Kashyap GC, Puri P. Potential effect of household environment on prevalence of tuberculosis in India: evidence from the recent round of a cross- sectional survey. BMC Pulm Med. 2018; 18(66): 1-10.
13. Dasa TT, Roba AA, Weldegebreal F, et al. Prevalence and associated factors of depression among tuberculosis patients in Eastern Ethiopia. BMC Psychiatry. 2019; 19(82): 1-7.
14. Kamble BD, Singh SK, Jethani S, Chellaiyan VGD, Acharya BP. Social stigma among tuberculosis patients attending DOTS centers in Delhi. J Family Med Prim Care. 2020; 9(8): 4223-28.
15. Febi AR, Manu MK, Mohapatra AK, Praharaj SK, Guddattu V. Psychological stress and health-related quality of life among tuberculosis patients: a prospective cohort study. ERJ Open Res. 2021; 7(3): 00251-2021.
16. วันเพ็ญ เชษตรานนท์. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2556; 3(2): 148-55.
17. Biswas B. R, Thaniwattananon P., Nilmanat K. The Relationship between Family Support and Health Behaviors among Patients with Pulmonary TB. 2010; The 2nd International Conference on Humanities and Social Sciences April 10th, 2010 Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University
18. Purba JM, Suttharangsee W, Chaowalit A. Effects of a caregiver coaching program on family caregivers' competencies for persons with schizophrenia: a pilot study. J Health Res. 2017; 30(4): 267-74.
19. Hayes E, McCahon C, Panahi MR, Hamre T, Pohlman K. Alliance not compliance: coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2008; 20(3): 155-62.