การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน
Development of Transitional Care Program for Older Adults Person with Pulmonary Tuberculosis from Hospital to Home Care

บรรจง จาดบุญนาค* วัฒนา สว่างศรี วันสุ ทวีคณะโชติ โพธิพรณ์*****
Bunjong Jadboonnak, Wattana Swangsri, Wansu Taweekanachote Pothiporn
Corresponding author : E-mail : jamjbn12@gmail.com
(Received: January 19,2023 ; Revised: January 27,2023 ; Accepted: February 20,2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การดำเนินการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ วิเคราะห์สถานการณ์โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ลงทะเบียนที่โรงพยาบาลมหาสารคามตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 1,162 ราย จัดตั้งทีมผู้ร่วมงานวิจัยพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และปรับปรุงแก้ไข ระยะดำเนินการ โดยการนำโปรแกรมการดูแลฯ สู่การปฏิบัติ ระยะประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) การศึกษาสถานการณ์ ผู้เกี่ยวข้องสะท้อนว่าควรมีการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเองและความสำคัญของการรักษาเพื่อการรักษาสำเร็จ และสนับสนุนการดูแลแก่ผู้ดูแล ทีมต้องการแนวทางการดูแลที่ชัดเจน และต้องการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้านได้ปรับปรุงแก้ไข ประกอบไปด้วย (1) การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้สูงอายุวัณโรคปอด (2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองที่บ้าน และ (3) การใช้บทบาทเสริมเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) ระยะดำเนินการ โดยนำโปรแกรมการดูแลฯ ไปใช้กับผู้สูงอายุวัณโรคปอด 3) ระยะประเมินผล พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลฯ จำนวน 16 ราย เพศชาย (50.00%) เท่ากับเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71 ปี (SD=6.58) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 8 ราย (50.00%) ผลการรักษาหายขาด 13 ราย (81.25%) แนวโน้มดีขึ้นและรักษาต่อเนื่อง 3 ราย (18.75%) (เนื่องจากเปลี่ยนสูตรยาทำให้ต้องขยายระยะเวลาในการรักษา) ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ Mdn(IQR)=3.15(0.17) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ Mdn(IQR)=3.03 (0.12)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีการรักษาดีขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้เพื่อพัฒนาผลการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการดูแล; ผู้สูงอายุวัณโรคปอด; การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม
***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม

ABSTRACT

Purpose : To development of transitional care program of pulmonary tuberculosis older adults during transition period from hospital to home care.

Study Design : Action Research

Materials and Methods : The Implementation in Three phases, Planning and Preparatory phase, situation analysis by reviewing medical records of pulmonary tuberculosis patients registered at Maha Sarakham Hospital from January 2018 to December 2020. 1,162 of cases established a research team to develop the transitional care program with evidence based and improvement use. Implementation phase, Implementing and put the transitional care program into practice. Evaluation phase, Evaluation by using in-depth interview, group discussion, health status record form, and quantitative data were analyzed by descriptive statistics, percentage, qualitative data were analyzed by content analysis.

Main finding : 1) From situation analysis found that should be encourage TB persons have more self-esteem and focus on importance of treatment to the accomplishments and provide caregivers evident care guidelines supported. The team needs a clear approach to supervision. And develop a care program to improve. (1) The assessment of pulmonary tuberculosis older adult's self-care. (2) The self-care preparation of pulmonary tuberculosis older adult and their caregivers. (3) Using ancillary roles to support continuing care after discharged from hospital. 2) Implementation phase, applying the program to pulmonary tuberculosis older adults. 3) The evaluation phase, found that from sample group who participated the transitional care program, 16 cases were males(50.00%) equals to females average age of 71 years (SD=6.58). In 8 cases mostly were unemployed (50.00%), 13 cases(81.25%) were fully recovered, 3 cases(18.75%) with a tendency to improve and continued treatment.(due to the change in the drug regimen, the treatment period must be extended) The Comparison of QOL level scores after joining the transitional care program Mdn(IQR)=3.15(0.17) higher than before Mdn(IQR)=3.03(0.12)

Conclusion and recommendations : As a result, shown that the target group has a treatment achievement increasing. Therefore, All of the relevant organizations should bring the transitional care program be used to further develop advanced nursing outcomes.

Keywords : Transitional care program; The pulmonary tuberculosis older adults; Transitional care.

*,*** Registered Nurse Professional Level, Mahasarakham Hospital.

** Registered Nurse Senior Professional Level, Mahasarakham Hospital.

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและกลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ความยากจน การอพยพย้ายถิ่นฐาน และการเคลื่อนย้ายของแรงงาน ส่งผลให้การแพร่ระบาดของ วัณโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปีพ.ศ. 2578[1] โดยในแต่ละปีคาดว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 120,000 รายต่อปีและมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 12,000 ราย[2] วัณโรคเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายและด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการจากผลข้างเคียงจากยาและการรักษาวัณโรคต่อเนื่องได้

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาด 580 เตียง จัดบริการครอบคลุมภารกิจทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน การศึกษาย้อนหลังโดยทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ลงทะเบียนที่โรงพยาบาลมหาสารคามตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 1,162 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา จำนวน 185 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตคือ ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี[3] ขณะที่รายงานข้อมูลปี พ.ศ. 2562 – 2564 อำเภอเมืองมหาสารคามมีผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 339, 287, 226 ราย คิดเป็นอัตรา 185, 147, 127 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (น้อยกว่าร้อยละ 5) คือร้อยละ 16.63, 10.29, 12.19 ตามลำดับ[4-5] กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน มีบทบาทสำคัญภายใต้ภารกิจบริการด้านปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลวัณโรคเป็น 1 ใน 7 โรคสำคัญที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนเข้าโรงพยาบาล ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังออกจากโรงพยาบาล บูรณาการดูแลร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ 21 แห่งใน 14 ตำบล จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนถึงปัญหาการดูแลวัณโรค การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่ครอบคลุม การดูแลขณะรักษาโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการสนับสนุนการดูแลตนเองทั้งภายในครอบครัวและภายนอกยังไม่ต่อเนื่องขาดความครอบคลุม

จากการศึกษาในปัจจุบัน มีการนำแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน มาใช้ในการพยาบาลมากขึ้นเนื่องจากสะท้อนผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย แต่ยังจำกัดเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุวัณโรคปอด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเรื้อรัง จากการค้นคว้าได้หลักฐานสนับสนุนว่า รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำคัญกับช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านว่าเป็นช่วงวิกฤตของผู้สูงอายุ[6] ทั้งนี้จากการศึกษาทบทวนเกี่ยวกับการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปรักษาตัวที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เจ้าหน้าที่ยังมีแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์ จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบและพัฒนาคุณภาพการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจนถึงบ้าน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชน จึงได้ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis[7] เป็นกรอบแนวคิด โดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart[8] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนคิด (Refection) ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนและนำสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกต และสะท้อนการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุวัณโรคปอดได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองที่บ้านอย่างมั่นใจ สามารถรักษาครบตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถดำรงชีวิตได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและการรับรองคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยสูงอายุวัณโรคปอดรายใหม่ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและผู้ดูแล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม -กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และกลุ่มผู้รับผิดชอบงานวัณโรคที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทั้งในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย จำนวน 24 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์ในการคัดเข้า และการคัดออก คือ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และที่ได้ขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูล NTIP เดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม 2565 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเป็นชายหรือหญิงก็ได้ ได้รับการรักษาและอยู่ในความดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองมหาสารคาม และผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มผู้รับผิดชอบงานวัณโรคเป็นผู้รับผิดชอบงานวัณโรคทุกระดับของโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่ายที่มีประสบการณ์ในงานดูแลผู้ป่วยวัณโรค ไม่น้อยกว่า 1 ปี อายุ 25 ปีขึ้นไปจะเป็นชายหรือหญิงก็ได้ อ่านและสื่อสารภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การยุติการวิจัย (Early termination of study criteria) หากได้รับความเสียหายจากการวิจัยจะมีการยุติโครงการทันที หรือผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางสนทนากลุ่ม 2) แบบบันทึกภาวะสุขภาพ เครื่องมือประกอบโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านฯ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน 2) แบบประเมินความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุวัณโรคปอดจากโรงพยาบาลถึงบ้าน 3) แบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด และ 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุวัณโรคปอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมภาคสนามด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการทบทวนเวชระเบียน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่ม 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอด จำนวน 10 คน โดยวิธีการสนทนา จำนวน 1 ครั้ง ใช้แนวคำถามแบบมีโครงสร้าง 3 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note –Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 60-90 นาที สรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง 2) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรคในอำเภอเมืองมหาสารคาม จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยบันทึกการสนทนากลุ่มใช้แนวคำถามแบบมีโครงสร้าง 3 ข้อ ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 60-90 นาที เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล (In- depth interview) สนทนาโดยมีเป้าหมายให้ได้ข้อมูลอัตวิสัยเกี่ยวกับข้อมูลบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอด ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด พูดคุยแบบไม่เป็นทางการ ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย สัมภาษณ์ 1-3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล และความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างแต่ละครั้งใช้เวลานานประมาณ 30-45 นาที สรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบถูกต้อง การบันทึกภาคสนาม (Field Note) ผู้วิจัยจะสังเกตปฏิกิริยา การแสดงอารมณ์ หรือพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลทั้งในช่วงก่อน ขณะ และหลังการสัมภาษณ์ และมีการจดบันทึกปฏิกิริยาเหล่านั้นหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ทันที แต่จะไม่มีการจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์

การพัฒนาโปรแกรมฯ โดยดำเนินการ ดังนี้ 1) จัดประชุมระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคอำเภอเมืองมหาสารคาม รวม 12 คน ร่วมประชุมเพื่อร่างและกำหนดแนวทางการพัฒนาโปรแกรมฯ 2) นำร่างแนวทางการพัฒนาโปรแกรมฯ มาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประชุมทีมเพื่อกำหนดรายละเอียดการนำโปรแกรมฯ ลงสู่การปฏิบัติ พร้อมกับกำหนดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กำหนดคณะทำงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ วิธีการ เนื้อหาความรู้ แนวทางโปรแกรมฯ 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการแก่ทีมสหวิชาชีพเพื่อนำโปรแกรมฯ ไปใช้ปฏิบัติจริง ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานวัณโรคอำเภอเมืองมหาสารคาม จำนวน 24 คน โดยกำหนดกิจกรรมการให้ความรู้ ดังต่อไปนี้ ความรู้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ความรู้เรื่องวัณโรค แนวทางการดูแลตามโปรแกรมฯการอบรมการใช้โปรแกรม NTIP การใช้ยาในผู้ป่วยวัณโรค

ระยะที่ 2 การนำโปรแกรมฯ สู่การปฏิบัติ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ดำเนินการโดยประชุมคณะทำงานฝ่ายต่างๆ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจข้อตกลงร่วมกันและมอบหมายงาน 1) ชี้แจงกำหนดกลุ่มเป้าหมาย 2) กำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน จัดตารางการทำโปรแกรมการดูแล และ 3) การติดตามผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยดำเนินการต่อไปนี้ 1) ประเมินผลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง 2) ประเมินผลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุวัณโรคปอดที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย 3) ประเมินผลการรักษาจากโปรแกรม NTIP และ 4) ประเมินผลจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ดำเนินการ 3 ระยะ คือ

ระยะเตรียมการ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมภาคสนามด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการทบทวนเวชระเบียนและสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (ผู้สูงอายุวัณโรคปอดและผู้ดูแล/สหวิชาชีพ) และ 2) การพัฒนาโปรแกรมฯ

ระยะดำเนินการ (เดือนพฤษภาคม-พฤศจิกายน 2565) นำโปรแกรมฯ สู่การปฏิบัติ

ระยะประเมินผล (เดือนพฤศจิกายน 2565) โปรแกรมฯ ประกอบด้วย

1) ประเมินความพร้อมในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล

กิจกรรมครั้งที่ 1 ภายใน 2 วัน (48 ชั่วโมง) หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน พยาบาล Care Manager ประเมินความพร้อมฯ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ การขาดความพร้อมฯ และการมีความพร้อมในการดูแลตนเอง

2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองที่บ้าน

กิจกรรมครั้งที่ 2 ภายใน 2 วัน (48 ชั่วโมง) หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน พยาบาลชุมชนทำหน้าที่ Care Manager ให้คำปรึกษาแก้ปัญหาขณะรักษาจนสิ้นสุด ปัญหา Care Manager และผู้ดูแลร่วมทบทวนกิจกรรมที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ตามสภาพปัญหาแต่ละราย พยาบาล Care Manager ให้การพยาบาลตามปัญหาโดยการประสานการดูแลร่วมกับ Care Manager ระดับ ศสม./รพ.สต. ติดตามให้คำปรึกษาการจัดการอาการที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา บันทึกข้อมูล

3) การใช้บทบาทเสริมเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กิจกรรมครั้งที่ 3 ภายในสัปดาห์ที่ 1 หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน Home visit พยาบาล Care Manager ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ชี้แนะแหล่งประโยชน์ เช่น การขอคำปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในแหล่งบริการใกล้บ้าน เมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่นอกเหนือความสามารถให้คำปรึกษา ประเมินปัญหาการดูแลโดยใช้ INHOMESS ประเมินความรู้และทักษะผู้ดูแล ซักถามเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมสนับสนุนให้กำลังใจ สรุปแผนการดูแล

กิจกรรมครั้งที่ 4 ภายในสัปดาห์ที่ 2 หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน Telephone Visit พยาบาล Care Manager ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ติดตามการดูแลตามแผนการดูแลให้คำปรึกษา การแก้ปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สนับสนุนให้กำลังใจทบทวนวันนัด

กิจกรรมครั้งที่ 5 ภายในสัปดาห์ที่ 3 หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน Home visit พยาบาล Care Manager ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ติดตามการดูแลตามแผนการดูแล ซักถามเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรค ปรับแผนการดูแลตามสภาพผู้ป่วย ประสานแหล่งประโยชน์อื่นๆ ในการช่วยเหลือ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ สนับสนุนให้กำลังใจ

กิจกรรมครั้งที่ 6 ภายในสัปดาห์ที่ 4 หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน Telephone Visit พยาบาล Care Manager ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ติดตามการดูแลตามแผนการดูแลให้คำปรึกษา การแก้ปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สนับสนุนให้กำลังใจ

กิจกรรมครั้งที่ 7 ภายในสัปดาห์ที่ 3 หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน Home visit พยาบาล Care Manager ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านติดตามการดูแลตามแผนการดูแลซักถามเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลเมื่อกลับไปบ้าน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมสนับสนุนให้กำลังใจสรุปผลการดูแลตามแผนการดูแล สรุปปัญหาการดูแลที่ต้องส่งต่อทีมการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่

กิจกรรมครั้งที่ 8 ทุก 1 เดือนในขณะที่รักษา Home visit พยาบาล Care Manager อาจใช้รูปแบบ VDO Call เพื่อติดตามแผนการดูแลและให้กำลังใจ หรือเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย สรุปปัญหาการดูแลที่อาจเกิดขึ้นใหม่ และส่งต่อทีมการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการทดสอบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุวัณโรคปอดก่อนและหลัง ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ สถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon signed ranks test โดยกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC64-01-053 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2564

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาโปรแกรมฯ พบว่าผู้สูงอายุวัณโรคปอดเข้าร่วมโปรแกรมฯ 16 ราย เพศชาย (50.00%) เท่ากับเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71 ปี (SD=6.58) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 8 ราย (50.00%) ผลการรักษาหายขาดจำนวน 13 ราย (81.25%) แนวโน้มดีขึ้นและรักษาต่อเนื่อง 3 ราย (18.75%) (เนื่องจากเปลี่ยนสูตรยาทำให้ต้องขยายระยะเวลาในการรักษา) แสดงผลเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วัณโรคปอด จำแนกตามรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนผลเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมทุกด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังแสดงในตารางที่ 2 ตามลำดับ

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน จำแนกตามรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=16) โดยใช้วิธีการของวิลคอกซัล (The Wilcoxon signed ranks test)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	Z	p
	Mdn(IQR)	Mdn(IQR)		
ด้านร่างกาย	3.00(0.43)	2.85(0.21)	-1.57	.115
ด้านจิตใจ	3.00(0.17)	2.83(0.25)	-2.99	.003
ด้านสังคม	2.66(0.33)	3.33(0.67)	-3.54	.000
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.37(0.19)	3.62(0.38)	-2.17	.029
รวมทุกด้าน	3.03(0.12)	3.15(0.17)	-2.62	.009

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=16) โดยใช้วิธีการของวิลคอกซัล (The Wilcoxon signed ranks test)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วม	Z	p
	Mdn(IQR)	Mdn(IQR)		
คะแนนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม	3.03(0.12)	3.00(1.25)	-3.41	.001

การสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบว่า ทีมสหวิชาชีพมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดและมีการสื่อสารระหว่างกันที่มีรูปแบบชัดเจน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ขณะทำกิจกรรมและสะท้อนผลเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผนการดำเนินงาน การปฏิบัติงาน การประเมินผลการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ และกำหนดการนิเทศติดตาม ทำให้เกิดสัมพันธภาพอันดี เกิดความเข้าใจรูปแบบการทำงานมากขึ้น มีส่วนร่วมในการวางแผน การแก้ไขปัญหาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แลกเปลี่ยน หรือแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ส่งผลให้การดำเนินงานตามโปรแกรมฯ มีความราบรื่นขึ้น ซึ่งแตกต่างจากระยะก่อนพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่าทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ หรือแม้แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาล (ศสม.) ต่างปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขตของตนเองมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันน้อย หลังการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนได้ขยายวงกว้าง และมีภาคีเครือข่ายร่วมในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดตั้งแต่ในโรงพยาบาลถึงบ้านได้อย่างเป็นรูปธรรม

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้พบว่าจากการทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลผลการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยเฉพาะอำเภอเมืองมหาสารคามระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีผลการดำเนินงานที่ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย มีผู้ป่วย วัณโรค จำนวน 339, 287 และ 226 ราย คิดเป็นอัตรา 185, 147 และ 127 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (น้อยกว่าร้อยละ 5) คือ ร้อยละ 16.63, 10.29 และ 12.19 ตามลำดับ นอกจากนั้นการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องสะท้อนว่าควรมีการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเองและความสำคัญของการรักษาเพื่อการรักษาสำเร็จ และสนับสนุนการดูแลแก่ผู้ดูแล ทีมต้องการแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ยิ่งเป็นเหตุผลควรพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังการวินิจฉัยและไปดูแลตนเองที่บ้าน

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประคอง อินทรสมบัติและคณะ[6] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรมร้อยละ 89 ต้องการการดูแลระยะยาว กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านให้ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างพยาบาลต้องการมาตรฐานการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและครบถ้วน

โปรแกรมการดูแลฯ ได้พัฒนาขึ้นจากการร่วมคิดร่วมตัดสินใจและเสนอแนะปรับปรุงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอด โดยการพัฒนาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยนำแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis[7] ในเรื่องการบำบัดทางการพยาบาล จึงได้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ครอบคลุม 1) การประเมินความพร้อมเพื่อการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัย 2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองที่บ้าน 3) การใช้บทบาทเสริมเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมตามบริบทที่ศึกษา ตอบสนองการดูแลผู้ป่วยสูงอายุร่วมกับมีภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อนให้การดูแลที่จำเพาะและตลอดระยะการดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังนำโปรแกรมฯ ไปดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดให้ผลลัพธ์ที่ดีผู้ป่วยที่เข้าร่วมมีแนวโน้มการรักษาดีขึ้นทุกราย แม้มีเพียงบางส่วนที่ยังไม่สามารถสรุปผลการรักษาเนื่องจากเปลี่ยนสูตรยาขยายเวลาในการรักษาออกไป แต่ทุกรายมีแนวโน้มผลการรักษาสำเร็จทุกราย แสดงถึงประโยชน์ของการนำโปรแกรมฯ ไปพิจารณาและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการสาธารณสุขได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนเชิงนโยบายให้มีการพัฒนาโปรแกรมหรือนำโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้านดังกล่าวไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อพัฒนาการแก้ปัญหาด้านการพยาบาลและผลลัพธ์ด้านการพยาบาลที่ดีขึ้น

2. ควรเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้น และศึกษาผลของโปรแกรมในด้านอื่นๆ เช่น เพิ่มทักษะในการดูแลตนเอง เป็นต้น เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองมหาสารคามทุกแห่ง อาจารย์ดร.นิสากร วิบูลชัย รักษาราชการแทนในตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม อาจารย์ดร.ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาและขอขอบคุณผู้สูงอายุวัณโรคปอดและผู้ดูแลและผู้มีส่วนร่วมที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561 National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand, 2018. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซด์; 2561.
2. วัฒนา สว่างศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(3):116-29.
3. ศิโรตม์ จันทรักษา. ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(2):88-96.
4. โรงพยาบาลมหาสารคาม. งานวัณโรค. บันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลมหาสารคามปี 2563-2565. มหาสารคาม: โรงพยาบาล; 2565.
5. กรมควบคุมโรค. ฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค NTIP Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ntip-ddc.moph.go.th/uiform/Login.aspx

6. ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, สมทรง จุไรทัศนีย์, สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, วิลาวัณย์ ประสารอธิคม, ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย, และคนอื่นๆ. การดูแลผู้สูงอายุที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง:การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2556;19(2):194-205.
7. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. ANS Adv Nurs Sci. 2000;23(1):12-28.
8. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Reader. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.