

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรีย (Mycobacteria) ซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพตามอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ประเภทที่พบบ่อยที่สุดกว่า ร้อยละ 80 คือ วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis) และสามารถแพร่กระจายสู่บุคคลข้างเคียงได้โดยเชื้อไปกับละอองฝอยจากการไอ จาม หัวเราะ หรือการบ้วนเสมหะของผู้ป่วยเข้าสู่ปอดของบุคคลทั่วไป ทำให้เกิดอาการไอ บางครั้งมีเสมหะหรือมีเลือด เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีไข้และเหงื่อออกตอนกลางคืน (World Health Organization. 2012) โรคนี้ถูกวินิจฉัยด้วยวิธีการย้อมเชื้อ (Direct Smear) เป็นบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือผลตรวจเสมหะเป็นบวก 1 ครั้ง ภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด หรือมีผลตรวจเสมหะโดยวิธีการย้อมเชื้อ เป็นบวก 1 ครั้ง และมีผลเพาะเชื้อ เป็นบวก 1 ครั้ง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2556)

องค์การอนามัยโลกรายงาน ในปี ค.ศ. 2009 ว่าจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงสุด 3 ประเทศแรก อยู่ในทวีปเอเชีย โดยประเทศอินเดียมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงสุด รองลงมา คือ จีนและอินโดนีเซีย ผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเภทพบปีละ 90,000 ราย (142 ต่อแสนประชากร) และประมาณ 40,000 ราย มีเสมหะบวก (62 ต่อแสนประชากร) (กระทรวงสาธารณสุข. 2556) ความชุก (Prevalence) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในปี ค.ศ. 2012 ประมาณ 8.3-9.0 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 9.4 แสนคน (3.2 แสนคนที่เสียชีวิตเป็นผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์) ซึ่งเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ในการควบคุมวัณโรคปี ค.ศ. 2015 คือ อัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 50 (World Health Organization. 2012)

ประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยวัณโรค จัดอยู่ในอันดับที่ 18 ของโลก รายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่า ประเทศไทยควบคุมวัณโรคได้ดี จำนวนผู้ที่มีเสมหะบวกมีรายงานลดลง จากการนำกลยุทธ์การรักษาวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้นแบบมีผู้สังเกตการรับประทานยาโดยตรง (Directly Observed Treatment Short Course: DOTS) มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 และขยายจนครอบคลุมทุกพื้นที่ในปี พ.ศ. 2545 (นัตตา ศรียาภย์. 2551 : 161) กล่าวคือ ให้มีผู้กำกับดูแลให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าและประเมินความสำเร็จด้วยตัวชี้วัดประกอบด้วย 1) อัตราความสำเร็จของการรักษา (Treatment Success Rate) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85 และถ้าจะให้ดีเยี่ยมต้องมากกว่าร้อยละ 90 2) อัตราขาดยา (Default Rate) ไม่เกินร้อยละ 5 และ 3) อัตราตาย (Date Rate) ไม่เกินร้อยละ 10 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2556 : 9-10)

แม้ประเทศไทยจะใช้ DOTS ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค แต่ก็ยังพบการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง จากงานวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการแพร่ระบาด ได้แก่ การมีลักษณะส่วนบุคคลที่เอื้ออำนวย

เช่น พบในเพศชายเป็นส่วนใหญ่ เพราะตระหนักในการดูแลตนเองไม่มากเท่าเพศหญิง เกิดได้บ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีสถานภาพโสด เนื่องจากขาดผู้ช่วยเหลือดูแลในครอบครัวที่จะกระตุ้นให้รักษาอย่างต่อเนื่อง ระดับการศึกษาต่ำ เพราะมีความเข้าใจในการดูแลรักษาโรคน้อย มีรายได้ต่ำ จะรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (นงนุช เสือพุมิ. 2556) การมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง บางรายติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งร่างกายจะอ่อนแอลงและมีผลต่อประสิทธิภาพการรักษา การควบคุมน้ำหนักตัวที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด ซึ่งมีผลให้ร่างกายอ่อนแอ ทำให้โอกาสรับเชื้อวัณโรคสูงขึ้น (วรรณทนา บัวอ่อน, พัชรี แก้วแก้ง และคณะ. 2550) ปัจจัยครอบครัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมก็มีผล โดยงานวิจัยระบุว่าฐานะของครอบครัวที่ยากจนและจำนวนสมาชิกที่ช่วยดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการเข้ารับรักษาอย่างต่อเนื่องและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วย (วลัยพร สิงห์จ้อย, วันเพ็ญ แก้วปาน และอาภาพร เผ่าวัฒนา. 2556)

การรับประทานยารักษาวัณโรคมีผลต่อความสำเร็จในการรักษาด้วยเช่นกัน สูตรยาที่เหมาะสมที่สุดในปัจจุบัน คือ สูตรยาระยะสั้น (Short Course) คือ ไอโซไนอะไซด์ (Isoniazid [H]) ไรแฟมปีซิน (Rifampicin [R]) พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide [Z]) อีแธมบูตอล (Ethambutal [E]) และสเตร็ปโตมัยซิน (Streptomycin [S]) โดยทั่วไป การใช้ยาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกหรือระยะเข้มข้น (2 เดือนแรก) และระยะที่สองหรือระยะต่อเนื่อง (4 - 6 เดือนหลัง) โดยเฉพาะการใช้ยาในระยะแรกเพราะจะกำจัดเชื้อวัณโรคในเสมหะได้มากกว่าร้อยละ 80 (บัญญัติ ปริชญาณนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ. 2549) แต่ด้วยเหตุที่ยารักษาวัณโรคทำให้มีอาการข้างเคียง ตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงรุนแรง ที่พบมาก คือ ผื่น ตุ่ม และอาการคัน รองลงมา คือ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ตัวตาคเหลือง และปวดข้อปวดกล้ามเนื้อ ตามลำดับ (นันทิยา ไชยานุกิจ. 2544) เหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญเช่นกันที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดต่อการรับประทานยาจะอาจมีผลต่อการไม่ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาและละเลยการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

ผลกระทบจากการรับประทานยาที่ไม่เป็นไปตามแผนการรักษา จะทำให้เกิดเชื้อดื้อยาตามมา ซึ่งจะยิ่งทำให้โอกาสหายจากโรคลดน้อยลงหรือไม่หายเลย รวมถึงกลายเป็นพาหะสำคัญที่แพร่เชื้อไปสู่คนรอบข้างมากขึ้นจากในครอบครัวไปสู่คนในชุมชนจนกว่าผู้ป่วยรายนั้นจะเสียชีวิต และส่งผลกระทบไปถึงเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านยาและการวินิจฉัย วัณโรคประมาณ 100,000 บาทต่อราย (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5. 2551) ถือว่าเป็นมูลค่าเงินจำนวนมากที่ต้องสูญเสียไปอันเนื่องมาจากการจัดการที่ประสิทธิภาพไม่เพียงพอ (วงจันทร์ จิตเพียร. 2553)

การรักษาวัณโรคด้วย DOTS ให้ประสบผลสำเร็จจึงต้องประกอบกันทั้งการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับมือกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (บัญญัติ ปริชญาณนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ.

2549) ภายใต้การจัดการที่ดีทั้งตัวผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และชุมชน ที่ร่วมกันทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการสุขภาพสู่บ้านโดยมีจุดมุ่งหมายในการรักษา วัณโรครายบุคคลให้ประสบความสำเร็จ หากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เข้าใจและร่วมกันปฏิบัติโดย มีเป้าหมายที่จะช่วยค้นหาวิธีจัดการให้ผู้ป่วยวัณโรคแต่ละคนดูแลตนเองอย่างถูกต้องและปฏิบัติตาม แผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ติดต่oprะสานงานส่งต่อข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อประเมิน ความก้าวหน้าในการรักษา ก็จะช่วยให้อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นได้ (นิตดา ศรียาภย์. 2551)

งานวิจัยระบุว่า บุคลากรสุขภาพยังไม่สามารถใช้ DOTS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากหลายสาเหตุ เช่น บริหารจัดการไม่ดี ไม่เคร่งครัดในการทำงาน โดยคิดว่าผู้ป่วยจะสามารถ รับประทานยาได้ด้วยตนเอง ขาดความรู้ที่จะจัดการปัญหาของผู้ป่วยเมื่อพบขณะเยี่ยมบ้าน และการติดตามผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ เป็นต้น (ไพรัช ม่วงศรี, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจรรย์วัตร คมพยัคฆ์. 2555)

งานวิจัยของวีระพล กิมศิริ และวุฒิพงษ์ ทองนุ้ย (2548) พบว่าอัตราการรักษาหาย (Care Rate) ลดลง และอัตราการขาดยามากกว่า 2 เดือนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับกิตติ ศรีจิงใจ (2552) ที่พบว่า อัตราการรักษาหาย คิดเป็น ร้อยละ 82.6 ซึ่งต่ำกว่าตัวชี้วัดการดำเนินงานรักษาผู้ป่วยวัณโรค อันเนื่องมาจากบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรคมีจำนวนน้อยแต่ปริมาณงานทั้งหมด ที่ต้องรับผิดชอบมีมาก บางแห่งผู้ทำหน้าที่ควบคุมการกินยาตาม DOTS เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และญาติ ผลการศึกษาที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่า ควรพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยให้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นกระบวนการความร่วมมือ ในการประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยผู้จัดการ การดูแลทำหน้าที่สื่อสาร บริหารทรัพยากร ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล ชุมชนและสังคม เพื่อให้บริการที่ได้รับมีคุณภาพสูงสุด และคุ้มค่า ภายใต้ระยะเวลา ที่เหมาะสม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ศุวัชรีย์ ฐิติมา. 2550) การวิจัยของวงจันทร์ จิตเพียร (2553) ยืนยันประโยชน์ของการนำแนวคิดนี้มาใช้ออกแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเสมอหวกรายใหม่ (Care Map) ด้วยการทบทวนวรรณกรรม การทบทวนแฟ้มครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษา หายแล้วและที่อยู่ระหว่างการรักษาและการพัฒนาบทบาทผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในสถานี อนามัย พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องครบ 6 เดือน ผลการรักษาหายขาด ผู้ป่วยและผู้ดูแลพึงพอใจในแผนการดูแลที่สร้างขึ้น สอดคล้องกับการ์รี่ และไอริน่า (Garry and Irina. 2010) ที่ศึกษาการประเมินประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลด้วยการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่วิเคราะห์ปัจจัยในตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม และปัญหาสุขภาพ เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ผลพบว่า

การพยาบาลด้วยการจัดการรายกรณีมีผลดีต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่ในด้าน 1) ผลการตรวจทางคลินิก 2) คุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิต 3) ประสิทธิภาพการรักษา และ 4) การดูแลตนเอง

ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King's Nursing Theory) เน้นปฏิสัมพันธ์ของ 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งร่วมกัน (King. 1981) ซึ่งผู้ป่วยวัยโรคเป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะต้องปฏิบัติตนและรับรู้ต่อโรคอย่างถูกต้อง ครอบครัวต้องเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย บุคคลแวดล้อมต้องสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วย และครอบครัวปฏิบัติตามแผนการรักษาจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องจึงต้องร่วมมือและช่วยเหลือกันอย่างเหมาะสมตั้งแต่ช่วยคิดวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อส่งเสริมหรือชี้แนะการปฏิบัติตัวให้ดีขึ้นและสะท้อนผลลัพธ์ทั้งที่ดีขึ้นและยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายให้ผู้ป่วยรับทราบ (Kemmis and Mc Taggart. 1988) ดังนั้น การสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ตีร่วมกันระหว่างผู้ป่วยวัยโรค ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพน่าจะช่วยนำไปสู่การตั้งจุดมุ่งหมายในการดูแลและควบคุมวัยโรค ให้การรักษาประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

จากการศึกษาของรัตนขริฎาภรณ์ คำราพิศ, ททัยชนก บัวเจริญ และทวีศักดิ์ กลิผล (2556) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่าหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนสูงขึ้น มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวและคลายตัวลดลง ขณะที่การศึกษาของเอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย, วนิดา ประจวบจักราพล และดวงใจ อาพร (2558) เกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาลดไขมันลิ้มเลือด โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมาโดยใช้แนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า กระบวนการดังกล่าวทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีทั้งทางคลินิกและทางการพยาบาลในผู้ป่วย และสอดคล้องกับพอส (Poss. 2000) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองผู้ป่วยวัยโรคปอดในแม่กษิกัน พบว่าการสร้างหุ้นส่วนทางสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในชุมชนต่อการให้บริการทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีอาการแสดงของโรคระบบทางเดินหายใจ ทำให้การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดได้ประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถรับการรักษาได้ทันถ่วงที ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนตั้งแต่ผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรสุขภาพและสมาชิกในชุมชนล้วนมีผลต่อการรักษาและควบคุมวัยโรคทั้งสิ้น ทฤษฎีการพยาบาลของคิงและแนวคิดการมีส่วนร่วมจึงเหมาะที่จะนำมาออกแบบการให้บริการพยาบาลให้กับผู้ป่วยวัยโรคร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณี

โดยเน้นแผนการดูแลที่ให้ความสำคัญกับการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้านในชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันและหาทางตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคและครอบครัวมีเป้าหมายการดูแลตนเองที่ชัดเจน บุคลากรสุขภาพบริหารแผนการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและชุมชนสนับสนุนแผนการดูแลให้ประสบความสำเร็จตามกระบวนการรักษา

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมสำคัญยิ่งสำหรับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากจะทำให้ทราบข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการที่จะนำไปวางแผนการพยาบาลทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องตามขอบเขตและหน้าที่ของแต่ละฝ่าย เพื่อให้คนในชุมชนดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (ศิริพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์. 2555) สอดคล้องกับงานวิจัยของไพรัช ม่วงศรี, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจรรย์วัตร คมพยัคฆ์ (2555) ที่ศึกษาพบว่า การเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมจะช่วยทำให้ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านส่งเสริมการหายของโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น แนวคิดการจัดการรายกรณี แนวคิดในทฤษฎีการพยาบาลของคิงและการมีส่วนร่วม จึงล้วนเป็นประโยชน์ที่จะนำมาประยุกต์ใช้ให้สนับสนุนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวินิจฉัยโรคให้บรรลุเป้าหมาย นำผู้เกี่ยวข้องมาร่วมกันค้นหาปัจจัยในระบบบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยในระบบระหว่างบุคคลและปัจจัยในระบบสังคมที่เกี่ยวข้อง แล้ววิเคราะห์สาเหตุเหล่านั้นให้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อวางแผนเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่พบโดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง จัดการอาการข้างเคียงของยาได้อย่างเหมาะสม มีความรู้ในการดูแลตนเอง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่คนในครอบครัวซึ่งจะช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และลดผู้ป่วยวินิจฉัยรายใหม่ได้

สถานการณ์วินิจฉัยโรคปอดในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าอุบัติการณ์สูงขึ้นไม่ต่างจากแนวโน้มของประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ (2556) พบว่าผู้ป่วยวินิจฉัยโรคปอดรายใหม่ที่มาขึ้นทะเบียนจำนวนเพิ่มขึ้น และเมื่อศึกษาระดับอำเภอช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่าอำเภอเมืองมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุด เท่ากับ 264 คน 281 คน และ 296 คนตามลำดับ โดยมีกลุ่มงานคลินิกวัณโรค ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ เกสัชกร เจ้าหน้าที่วิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพดำเนินงานตามกลยุทธ์ DOTS ขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อีก 23 แห่งทำหน้าที่เครือข่ายรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาไถ่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบหลักทั้งในกลุ่มงานวัณโรคและ รพ.สต. การดำเนินงานประกอบด้วย การซักประวัติ สุขภาพ การแยกผู้ป่วยตามมาตรฐานการประเมินจากผลตรวจเสมหะและภาพถ่ายทรวงอก การจัดทำ

ทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ การจ่ายและบันทึกการกินยาวัณโรคเป็นเวลา 7 วัน การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาและผลข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้น ในกรณีเป็นผู้ป่วยนัดมารับยาและไม่มีอาการผิดปกติ จะได้รับยาต่อโดยไม่ต้องพบแพทย์ การนัดและส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน และการติดตามเพื่อประเมินงานของเครือข่ายร่วมกับผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ แม้การดำเนินงานตามกลยุทธ์ DOTS จะส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ยังคงพบผู้ป่วยบางรายเกิดการติดยาและอัตราการอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในอำเภอเมืองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการติดตามผลการดำเนินงานในระดับตำบลช่วง พ.ศ. 2555-2556 พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มากขึ้นทะเบียนรักษาสูงสุดในตำบลแพรงษา ตำบลท้ายบ้านใหม่ ตำบลบางเมือง และตำบลบางเมืองใหม่ ตามลำดับ จากการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดของรพ.สต.ที่รับผิดชอบตำบลต่าง ๆ ข้างต้น พบว่ามีดำเนินการตาม DOTS ทุกแห่ง แต่เนื่องด้วยพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพมีจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับภาระงานทั้งหมดที่มี ทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคไม่ครอบคลุม ประกอบกับมีปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวที่ไม่เหมาะสมที่อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลรักษาวัณโรค อาทิ การอบรมความรู้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแก่ อสม. ค่อนข้างน้อย การรณรงค์ให้ความรู้คนในชุมชนเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไม่เพียงพอ ขาดการจัดกิจกรรมที่หน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนร่วมกันช่วยเหลือให้ผู้ป่วยวัณโรคดูแลสุขภาพโดยเฉพาะเรื่องการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยา การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนอย่างปลอดภัยหรือแม้กระทั่งการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดล้วนส่งผลให้การควบคุมวัณโรคปอดในเขตอำเภอเมืองยังไม่ประสบความสำเร็จ

สมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยวัณโรคนั้น ประกอบด้วย การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีประสิทธิภาพ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจที่จะลดความรุนแรงและอัตราการเกิดโรค การเป็นผู้ประสานงานให้เกิดการจัดการวัณโรคที่ดี การทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้เกี่ยวข้องกับวัณโรคทุกฝ่าย การใช้งานวิจัยต่างๆ ในการออกแบบบริการรวมถึงการทำงานเชิงรุก เช่น การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค (สภาการพยาบาล. 2551) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการรายกรณีและทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้หายขาด

จากโรค ลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดอัตราการต้อตาและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคตลอดจนสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

## 1.2 คำถามของการวิจัย

1. แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการเป็นอย่างไร
2. แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณีและทฤษฎีการพยาบาลของคิงเป็นอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นของ รพ.สต.เขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณีและทฤษฎีการพยาบาลของคิง
3. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงปัจจัยในระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคลและระบบสังคมภายหลังการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณีและทฤษฎีการพยาบาลของคิง

## 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มุ่งสร้างแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณีและทฤษฎีการพยาบาลของคิง พื้นที่ศึกษา คือ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอดโดยอาจตรวจเสมหะพบหรือไม่พบเชื้อ แต่มีอาการทางคลินิก ร่วมกับผลเอกซเรย์ปอดมีเงาผิดปกติและได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น

กลุ่มเป้าหมายรอง คือ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงดูและผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพของ รพ.สต. ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ อสม. และผู้นำชุมชน

ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2557 ถึง 30 พฤศจิกายน 2557

## 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอดโดยอาจตรวจเสมหะพบหรือไม่พบเชื้อ แต่มีอาการทางคลินิก ร่วมกับผลเอกซเรย์ปอดมีเงาผิดปกติ (บัญญัติ ปริชญาณนท์ ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ. 2549) และรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น คือ ใช้อัยรักษาควบคู่กันหลายขนาน โดยให้อิธัมบูทอลร่วมกับไพราซิनाไมด์ 2 เดือนแรก และไอเอ็นเอสร่วมกับไรแฟมพิซินใน 6 เดือนต่อมา (กรมควบคุมโรค. 2548)

การศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการดูแลจาก รพ.สต. อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ อยู่ในช่วงของการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใน 2 เดือนแรก

2. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น หมายถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้านรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่บ้านในช่วง 2 เดือนแรกตั้งแต่ 1) การประเมินสภาพจากการซักประวัติ และตรวจร่างกาย แล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยวัณโรคปอดและสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วย (ยุติ เปรมิวิชัย. 2550) 2) การวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดตามปัญหาและความต้องการที่ประเมินได้ (พรศิริ พันธสี. 2554) 3) การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล 4) การประเมินผล เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่ประเมินสภาพได้ในครั้งก่อนหน้า (ไพรัช ม่วงศรี, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2555)

การศึกษาครั้งนี้กำหนดการเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง โทรศัพท์ติดตามอาการ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 เดือน แต่ละครึ่งกำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

### 1) การประเมินสภาพ

(1) ซักประวัติเกี่ยวกับอาการทั่วไป อาการหายใจหอบเหนื่อย การรับประทานยา อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา

(2) ตรวจร่างกายด้วยการวัดสัญญาณชีพ การชั่งน้ำหนัก การวัดรอบเอว

2) วางแผนการพยาบาล ดำเนินการโดยประชุมร่วมกันอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านที่ประกอบด้วยบทบาทหน้าที่ของพยาบาล อสม. สมาชิกในครอบครัวและผู้นำชุมชน และแผนติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด

3) การปฏิบัติพยาบาล ดำเนินการโดยปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมบ้านและแผนติดตามการเยี่ยมบ้านที่จัดทำขึ้นเป็นเวลา 2 เดือน ทุกสัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง

4) การประเมินผล ติดตามการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วยวัณโรคเกี่ยวกับการรักษา ความเครียด และการปฏิบัติของครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และชุมชนเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน



3. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณีและทฤษฎีการพยาบาลของคิง หมายถึง การปฏิบัติงานร่วมกันของผู้ป่วยวัณโรคปอด สมาชิกในครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ อสม. ผู้นำชุมชนในการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้านรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่บ้านในช่วง 2 เดือนแรกตั้งแต่

1) การค้นหาและวิเคราะห์ปัจจัยในระบบบุคคล ปัจจัยในระบบระหว่างบุคคลและปัจจัยในระบบสังคมเพื่อสะท้อนคิดการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษาและบทบาทของผู้เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล

2) การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการรักษาและบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค แล้วร่วมกันออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการ การกำหนดกิจกรรมที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการ การกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมที่ต้องการบรรลุ การดำเนินกิจกรรมและโครงการตามที่ร่วมกันกำหนดระหว่างการเยี่ยมบ้านและการประเมินผลปัญหาและความต้องการให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

3) การประเมินแผนการเยี่ยมบ้านแต่ละสัปดาห์ประกอบด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้านแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน สิ่งที่ทำให้ความรู้ระหว่างการเยี่ยมบ้าน ภาวะสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการรักษา ปัญหาในการรับประทานยา การรับรู้ต่อการปฏิบัติของครอบครัว บุคลากรสุขภาพและชุมชน

การศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยในระบบบุคคล ปัจจัยในระบบระหว่างบุคคล ปัจจัยในระบบสังคมและผู้เกี่ยวข้อง มีความหมายดังนี้

ปัจจัยในระบบบุคคล หมายถึง ลักษณะส่วนตัวหรือสิ่งที่เป็นแบบแผนเฉพาะของผู้ป่วยวัณโรคปอดในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (King. 1981) ประกอบด้วย 1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ 2) ภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่ลดลงในรอบ 6 เดือน 3) ข้อมูลการรักษาวัณโรค 4) การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาโรค

ปัจจัยในระบบระหว่างบุคคล หมายถึง สิ่ง que แสดงลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคปอดเมื่อไปเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น (King. 1981) ประกอบด้วย 1) รายได้ของครอบครัว 2) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3) บุคคลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 4) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยด้านการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ 5) การรับรู้ความเครียด

ปัจจัยในระบบสังคม หมายถึง สิ่ง que แสดงการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สะท้อนการสร้างคุณค่าตนเองที่สัมพันธ์กับกฎ ระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (King. 1981) ประกอบด้วย

- 1) การรับรู้ต่อบทบาทของครอบครัว บุคลากรสุขภาพและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด
- 2) การรับรู้ต่อบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยวัณโรค
- 3) การรับรู้

ต่อบทบาทของบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยวัณโรค 4) การรับรู้ต่อบทบาทของชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยวัณโรคปอด

ผู้เกี่ยวข้อง หมายถึง ผู้ที่มีส่วนในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือลักษณะใดลักษณะหนึ่งกับผู้ป่วยวัณโรคปอด (King, 1981 : ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) ประกอบด้วย 1) พี่เลี้ยงดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการฝึกอบรมให้ทำหน้าที่สนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยกลืนกินยาทุกขนานตามขนาดทุกมื้อให้ครบถ้วน 2) ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 3) อสม. หมายถึง บุคคลที่ได้รับคัดเลือกจากชุมชนและผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือสุขภาพเบื้องต้นในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 4) ผู้นำชุมชน หมายถึง ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

#### 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นต้นแบบการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณีและทฤษฎีการพยาบาลของคิงที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง

2. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาการแสดงบทบาทอย่างชัดเจนตามสมรรถนะที่กำหนดไว้ในแต่ละสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด