

บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ดังนี้

- 2.1 วัณโรคปอด
- 2.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยกลยุทธ์ DOTS
- 2.3 แนวคิดและกระบวนการเยี่ยมบ้าน
- 2.4 แนวคิดการจัดการรายกรณี
- 2.5 ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง
- 2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 วัณโรคปอด

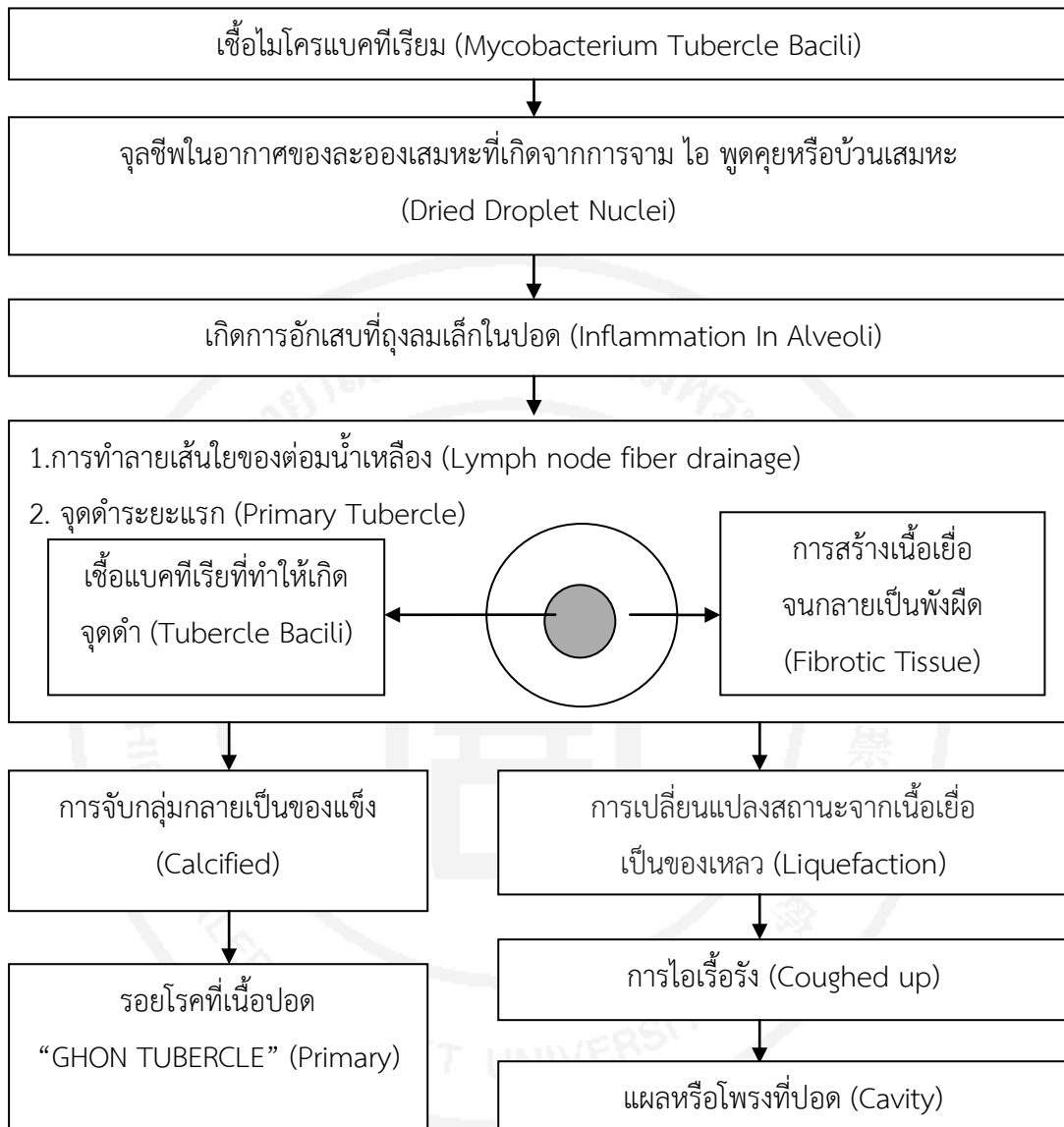
2.1.1 สาเหตุ

เกิดจากเชื้อไมโครแบคทีเรีย ทำให้เกิดโรคได้ในคน วัว ควายและสัตว์ปีก โดยเชื้อที่ทำให้เกิดโรคในคน คือ ไมโครแบคทีเรีย ทูเบอร์คูโรซิส (Mycobacterium Tuberculosis) เชื้อนี้สามารถทำให้เกิดพยาธิสภาพตามอวัยวะต่างๆทุกส่วนของร่างกาย แต่ที่พบบ่อยที่สุดกว่า ร้อยละ 80 และทำให้เกิดปัญหาอย่างมากด้านสาธารณสุขในประเทศไทย คือ วัณโรคปอด (Schweon. 2009) ในปัจจุบันวัณโรคปอดได้แพร่ระบาดกว้างขวางในประเทศกำลังพัฒนา โดยคร่าชีวิตคนทั้งในวัยหนุ่มสาวและผู้ใหญ่ (World Health Organization. 2012)

2.1.2 การติดต่อและแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

วัณโรคแพร่กระจายจากปอดของผู้ป่วยวัณโรค สู่บุคคลข้างเคียงได้โดยเชื้อวัณโรคติดไปกับละอองฝอย ซึ่งเกิดจากการไอ จาม หัวเราะ ร้องเพลงหรือการบ้วนเสมหะของผู้ป่วยเข้าสู่ปอดของบุคคลทั่วไป ฝอยละอองที่มีขนาดยาวประมาณ 2-4 ไมครอน กว้างประมาณ 0.2-0.5 ไมครอน เป็นเชื้อแบคทีเรียที่ต้องการออกซิเจน (Aerobes) ไม่สร้างสปอร์ ไม่เคลื่อนที่ จะแขวนลอยอยู่ในอากาศ และถูกสูดหายใจเอาละอองเสมหะขนาดเล็ก ซึ่งตัวเชื้อวัณโรคที่มีชีวิตอยู่จะเข้าไปสู่หลอดลมส่วนปลาย แล้วเกาะกันบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น โดยจะเพิ่มจำนวนตรงบริเวณที่เชื้อฝังตัวอยู่ และเดินทางสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง ทำให้เกิดการอักเสบขึ้น จากนั้นจะถูกเม็ดเลือดขาวนำเข้าสู่กระแสโลหิตไปยังอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย (ขวัญจิตร ดวงสงค์. 2550)

แผนภูมิที่ 1 กลไกการติดต่อของวัณโรคและการแพร่กระจายเชื้อในร่างกาย



ที่มา: Nursingcrib : ออนไลน์

ผู้ติดเชื้อวัณโรคที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องจะป่วยเป็นวัณโรคเฉียบพลันประมาณร้อยละ 5-10 ตลอดชีวิต โดยมีโอกาสป่วยสูงสุดในช่วง 2 ปีแรกหลังการติดเชื้อ แต่ก็มีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การติดเชื้อเอชไอวี ก็จะมีโอกาสป่วยมากขึ้น

2.1.3 อาการของวัณโรคปอด

อาการสำคัญของวัณโรคปอด (บัญญัติ ปริชญานานนท์ ชัยเวช, นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ. 2549) มีดังนี้

1) ไอ ระยะแรก ๆ จะไอแห้ง ๆ นานกว่า 2 อาทิตย์ ต่อมาอาจมีเสมหะร่วมด้วย เจ็บชายโครงขณะไอ หากเป็นมากเสมหะจะเหนียว มีสีเขียว กลิ่นเหม็น ถ้าไอมาก ๆ บางครั้งจะมีเลือดปนเสมหะออกมาด้วย ทำให้เสมหะเป็นสีน้ำตาลหรือแดง อาจพบหายใจลำบากร่วมด้วย

2) ไข้ เป็นอาการตั้งแต่เริ่มแรกและมีความสำคัญที่จะชี้ถึงความรุนแรงของโรค เมื่อเป็นน้อย ๆ ไข้ไม่สูง มักมีไข้ตอนบ่าย แต่ถ้าได้พักผ่อนมาก ๆ ไข้จะหายไปเอง ลักษณะของไข้ จะขึ้นลงเปลี่ยนแปลงไปแต่ละวัน

3) อ่อนเพลียและเหนื่อยง่ายเมื่อออกแรงเล็กน้อย อาการดังกล่าวจะมากขึ้นนับแต่เริ่มเป็นจนกระทั่งเป็นมากขึ้น ไม่มีแรงเมื่อทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ

4) น้ำหนักตัวลดลง โดยเฉพาะในรายที่โรคกำลังเป็นมากขึ้น หากรุนแรงมักจะผอมซีด

5) มีเหงื่อออกผิดปกติในตอนกลางคืน อาจมีอาการนี้ตั้งแต่เริ่มเป็นโดยเฉพาะระยะที่มีไข้

6) เบื่ออาหาร บางรายพบว่า การย่อยอาหารไม่ปกติ โดยผู้ป่วยจะให้ประวัติว่ามีท้องเสียบ่อย ๆ หรือมีคลื่นไส้อาเจียน

7) ไอมีเลือดปน (Hemoptysis) เลือดมักออกเวลาไอ อาจออกเพียงเล็กน้อย บางครั้งออกเป็นเลือดสด ๆ

2.1.4 การวินิจฉัยวัณโรคปอด

วัณโรคปอดสามารถวินิจฉัยได้จากสิ่งต่อไปนี้ (บัญญัติ ปริชญานานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ. 2549)

1) อาการและอาการแสดง อาการที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคนี้ ได้แก่ ไอเรื้อรังนานเกิน 3 สัปดาห์ อาการเฉพาะเจาะจง คือ ไอเป็นเลือด สำหรับอาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้ เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ เหงื่อออกตอนกลางคืนหรือเจ็บหน้าอก เป็นต้น

2) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก เป็นการตรวจที่มีความเฉพาะเจาะจงต่ำ เพราะความผิดปกติที่เห็นเป็นเงาเปรอะเปื้อนบนฟิล์มอาจเป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง หรือเกิดจากโรคติดเชื้ออื่น ๆ ก็ได้ การวินิจฉัยวัณโรคปอดจากภาพรังสีทรวงอกจะต้องร่วมกับการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยเสมอ เพื่อหลีกเลี่ยงการวินิจฉัยผิดพลาดและการรักษาที่ไม่จำเป็นให้เหลือน้อยที่สุด

3) การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค ปัจจุบันนิยมใช้ยืนยันการเป็นโรคมามากที่สุด ซึ่งมีหลายเทคนิควิธีการ ดังนี้

(1) การย้อมเสมหะและตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ด้วยวิธีซีลเนลเซน (Ziehl - Neelsen) เป็นวิธีที่ง่าย ได้ผลเร็ว เสียค่าใช้จ่ายน้อย องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ใช้เป็นวิธีมาตรฐานเพื่อกำหนดสูตรยาและใช้รักษาผู้ป่วยที่เสมหะบวก ผู้ป่วยที่มีเงาผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกที่สงสัยจะเป็นวัณโรค ต้องได้รับการตรวจเสมหะเพื่อยืนยันการวินิจฉัยทุกราย ในทางปฏิบัติให้ตรวจเสมหะที่ผู้ป่วยไอออกมาในโอกาสแรกที่พบแพทย์ และวันต่อ ๆ มาอีกรวมเป็น 3 ครั้ง เพื่อความสะดวกอาจให้เก็บเสมหะของผู้ป่วยที่มาตรวจในวันที่ 2 เป็น 2 ครั้ง คือ เสมหะตอนเช้า และเสมหะขณะที่ตรวจ วิธีเก็บเสมหะที่ถูกต้องมีความสำคัญมาก โดยต้องอธิบายให้เข้าใจว่าต้องเป็นเสมหะที่ไอจากส่วนลึกของหลอดลมจริง ๆ ไม่ใช่ น้ำลายและควรส่งห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจทันที ถ้าต้องเก็บไว้ควรเก็บในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส แต่ไม่ควรเก็บนานเกินกว่า 1 สัปดาห์

(2) การเพาะเชื้อวัณโรค และการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ควรเพาะเชื้อในรายที่อยู่ในโรงพยาบาล หรือในรายสงสัยว่าจะเป็นวัณโรค แต่เสมหะย้อมไม่พบเชื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัยและใช้ทดสอบความไวของเชื้อต่อยาวัณโรคก่อนการรักษา โดยทำในผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะมีเชื้อวัณโรคคือยาในกรณีต่อไปนี้ คือ มีประวัติการรักษาไม่สม่ำเสมอ รักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ รักษาล้มเหลว และมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยต่อยาในครอบครัว

4) การตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ

5) การใช้เทคนิคใหม่อย่างอื่น เช่น ปฏิกริยาลูกโซ่พอลิเมอเรส (Polymerase Chain Reaction: PCR) เป็นขบวนการสังเคราะห์ชิ้นส่วนดีเอ็นเอในหลอดทดลอง ปฏิกริยาลูกโซ่ไลเกส (Ligase Chain Reaction: LCR) การตรวจสารชีวโมเลกุลด้วยวิธีการถอดรหัส (Transcription Mediated Amplification: TMA) เป็นต้น แต่ยังไม่เหมาะที่จะนำมาใช้วินิจฉัยวัณโรคปอดตามห้องปฏิบัติการทั่วไป เพราะต้องใช้เทคนิคของเจ้าหน้าที่มากและการประเมินค่าใช้จ่ายต่อผลประโยชน์ ยังไม่คุ้มค่า (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. 2556)

2.1.5 การรักษาวัณโรค (กระทรวงสาธารณสุข. 2548)

เมื่อวินิจฉัยโรคแล้วจะต้องซักประวัติการเคยรักษาวัณโรคมาก่อน เพราะประวัติการรักษาจะมีผลต่อการจัดระบบยา ยารักษาวัณโรคที่เหมาะสมที่สุดในปัจจุบัน คือ สูตรระยะสั้น (Short Course) (กระทรวงสาธารณสุข. 2548) ประกอบด้วย Isoniazid [H] Rifampicin [R] Pyrazinamide [Z] Ethambutal [E] และ Streptomycin [S]

โดยทั่วไป การใช้ยาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกหรือระยะเข้มข้น (2 เดือนแรก) และระยะที่สองหรือระยะต่อเนื่อง (4 - 6 เดือนหลัง) การใช้ยาในระยะแรกมีความสำคัญมาก เพราะถ้าได้รับการรักษาถูกต้อง จะสามารถทำให้เสมหะปราศจากเชื้อโรควัณโรคได้มากกว่าร้อยละ 80 (บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ. 2549) ซึ่งระบบยารักษาวัณโรคมีรหัสย่อเป็นมาตรฐานเพื่อสะดวกในการจดจำ ระบบยาแต่ละระบบจะแบ่งเป็น 2 ระยะ (Phase) ตัวเลขนำหน้า

คือ จำนวนเดือนของระยะนั้น ๆ ตัวเลขที่ห้อยท้ายอักษรย่อ คือ จำนวนต่อสัปดาห์ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา หากไม่มีตัวเลขห้อยท้ายตัวอักษร ผู้ป่วยต้องรับประทานยาทุกวัน (ณัฐพล ละครมูล. 2551)

ระบบยารักษาวัณโรคในแผนงานวัณโรคแห่งชาติตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก แบ่งเป็น 4 ระบบ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข. 2548)

ระบบยาที่ 1: 2HRZE(S)/ 4HR ใช้กับผู้ป่วยเสมหะบวกรายใหม่ที่ได้รับการรักษาครั้งแรก หรือผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมาก โดยในระยะ 2 เดือนแรก (ระยะเข้มข้น) จะให้ยา Isoniazid [H], Rifampicin [R], Pyrazinamide [Z], Ethambutal [E] หรือ Streptomycin [S] และตรวจเสมหะ หากเสมหะเป็นลบให้เริ่มรักษาในระยะต่อเนื่องอีก 4 เดือนโดยให้ยา Isoniazid [H] และ Rifampicin [R] หากเสมหะเป็นบวก ซึ่งอาจเกิดจากการขาดยา หรือรักษาไม่ต่อเนื่อง ให้หยุดยา 2 - 3 วัน แล้วส่งเสมหะไปเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยา โดยขยายการรักษาในระยะเข้มข้นอีก 1 เดือน แล้วตรวจเสมหะ และให้ยาในระยะต่อเนื่องได้ไม่ว่าผลการตรวจจะเป็นลบหรือบวกก็ตาม จากนั้นตรวจเสมหะในเดือนที่ 5 ของการรักษา และเมื่อครบการรักษา หากเสมหะครั้งใด ครั้งหนึ่งใน 2 ครั้งเป็นบวก ให้ถือว่าผู้ป่วยรายนี้ล้มเหลวในการรักษา (กระทรวงสาธารณสุข. 2548)

ระบบยาที่ 2: 2HRZES/ 1HRZE/ 5HRE หรือ 2HRZES/ 1HRZE/ 5H3R3E3 ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรที่กลับเป็นซ้ำ (Relapse) ล้มเหลวในการรักษา หรือขาดยาแล้วกลับมารักษา โดยก่อนการรักษาต้องเพาะเชื้อทดสอบความไวในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากมีแนวโน้มว่าอาจดื้อยาได้ ฉะนั้นการใช้ยารักษาต้องควบคุมดูแลอย่างเข้มงวด โดยใน 2 เดือนแรกจะให้ยา Isoniazid [H], Rifampicin [R], Pyrazinamide [Z], Ethambutal [E] ร่วมกับ Streptomycin [S] ส่วนในเดือนที่ 3 จะให้ยาต้านวัณโรค 4 ชนิดเช่นเดียวกับ 2 เดือนแรก ยกเว้นยา Streptomycin [S] เมื่อครบกำหนดการรักษา 3 เดือน และตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ ให้เริ่มให้ยาในระยะต่อเนื่องได้ (อีก 5 เดือน) แต่ถ้าตรวจเสมหะพบเชื้อ จะต้องให้ยา 4 ชนิดแรกต่อไปอีก 4 สัปดาห์ หากครบกำหนดแล้วยังตรวจเสมหะแล้วพบเชื้อ ควรหยุดยาทั้งหมดเป็นเวลา 2 - 3 วันและส่งตรวจเสมหะโดยเพาะเลี้ยงเชื้อรวมทั้งทดสอบความไวต่อยาด้วย

ระบบยาที่ 3: 2HRZ/ 4HR ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบ 2 เดือนแล้ว หรือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาการไม่มาก แต่เสมหะยังเป็นลบจะให้ยาระยะต่อเนื่องต่อไป หากผลเสมหะเป็นบวกให้จำหน่ายผู้ป่วยเป็นล้มเหลวและเริ่มให้ยาระบบที่ 2 (ต้องรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น)

ระบบที่ 4: H alone หรือ Second - Line Drugs ใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะล้มเหลวจากระบบที่ 2 อาจให้การรักษาด้วยยา Isoniazid [H] ขนานเดียวหรือให้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้อย่างน้อย 3 ขนาน ระบบยาดังกล่าวประกอบด้วยยาหลายขนาน โดยจะต้องกำหนด

ขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งยาแต่ละชนิด อาจมีผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ดังนี้ (ฉันทพล
ละครมุล. 2551: บัญญัติ ปริชยานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ. 2549)

1) Isoniazid [H] ขนาดยาที่ใช้กับผู้ใหญ่ คือ 300 มิลลิกรัม/วัน (5-8 มิลลิกรัม/ กิโลกรัม/วัน) มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ อาการที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ตับอักเสบ พบได้ร้อยละ 0.5 ของผู้ป่วย อาจพบความผิดปกติของเม็ดเลือด ซึ่งจะหายไปเมื่อหยุดยา และอาจมีอาการปากแห้ง ปัสสาวะคั่ง จากการขาดพัยริดอกซิน (Pyridoxine) และอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรง ได้แก่ อาการทางประสาท เช่น อาการชาปลายมือ ปลายเท้า ซึ่งแก้ไขได้ด้วย การให้วิตามินบี 6 นอกจากนี้ อาจพบผื่นแดงตามผิวหนังได้

2) Rifampicin [R] ขนาดของยาที่ใช้กับผู้ใหญ่ คือ 450-600 มิลลิกรัม/ วัน มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ อาการไม่พึงประสงค์รุนแรง ได้แก่ ตับอักเสบ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่มีความผิดปกติของตับมาก่อน หากพบว่ามีตัวเหลือง ตาเหลือง การทำงานของตับผิดปกติ ต้องหยุดยาทันที อาจทำให้การทำงานของไตผิดปกติจนเกิดภาวะไตวาย และหายใจหอบได้ ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรง ได้แก่ ผื่นคัน อาจมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือ ไข้ ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย ซึ่งแก้ไขโดยการรักษาตามอาการ

3) Pyrazinamide [Z] ขนาดของยาที่ใช้กับผู้ใหญ่ คือ 20-30 มิลลิกรัม/ กิโลกรัม/ วัน มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ อาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ ตับอักเสบ จึงควรตรวจสอบการทำงานของตับทั้งก่อนและหลังให้ยา หากพบอาการผิดปกติควรรีบหยุดยา นอกจากนี้ อาจมีระดับกรดยูริกในเลือดสูง มีอาการปวดข้อ ซึ่งบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวด เช่น แอสไพริน อาจเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะขัด และอาการแพ้ยา เช่น มีไข้ มีผื่นขึ้น เป็นต้น

4) Ethambutal [E] ขนาดของยาที่ใช้กับผู้ใหญ่ คือ 25 มิลลิกรัม/ กิโลกรัม/ วัน มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ สามารถทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นได้ เช่น ตามัว ตาบอดสี แดงสีเขียว โดยอาการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับขนาดของยา แต่พบได้ไม่บ่อยนัก ดังนั้น ผู้ป่วยที่กินยานี้ ต้องได้รับการถวามถึงปัญหาทางสายตา ซึ่งถ้ามีอาการจะได้หยุดยาทันทีและอาการต่าง ๆ จะกลับคืนเป็นปกติได้ภายในไม่กี่สัปดาห์ นอกจากนี้ อาจพบอาการแพ้ยา เช่น ผื่นแดง มีอาการทางระบบประสาท เช่น ชาตามปลายประสาทได้

5) Streptomycin [S] ขนาดของยาที่ใช้กับผู้ใหญ่ คือ 0.75 -1 กรัม/ วัน มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ อาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ การทำลายการทรงตัว (Vestibular Damage) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ใช้ยานี้ในขนาดสูงและอาจมีเสียงดังในหู วิงเวียน เดินเซเนื่องจากทำลายประสาทคู่ที่ 8 อาการเหล่านี้จะลดลง ถ้าหยุดยาหรือลดขนาดของยาลง และอาจพบอาการแพ้ยาได้ เช่น ไข้ ปวดศีรษะ ผื่นแดง เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านวัณโรคแต่ละชนิดนั้น มีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายทั้งสิ้น โดยมีผลในระดับที่ไม่รุนแรงจนถึงรุนแรง จากการศึกษาของสุพพัทธิดา แสงทอง (2556) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่พบมากเป็นอันดับแรก คือ อาการปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ รองลงมา คือ คลื่นไส้ อาเจียน อาการชามือหรือเท้า คันหรือผื่นคัน ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุด คือ Isoniazid ร้อยละ 36.2 รองลงมา คือ Rifampicin ร้อยละ 19.63 Pyrazinamide ร้อยละ 19.02 และ Ethambutol ร้อยละ 5.52 (ฉันทกุล ละครมุล. 2551)

ฉะนั้น เมื่อผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นดังกล่าวแล้ว หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรักษา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร่วมกับการให้ความร่วมมือการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยย่อมมีโอกาสประสบความสำเร็จจากการรักษาสูงขึ้น เนื่องจากเป็นระบบยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาให้หายได้ เกือบร้อยละ 100 (บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ. 2549)

2.1.6 การจำแนกผลการรักษา

สามารถจำแนกผลการรักษาได้ตามสาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดยา ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข. 2548)

- 1) รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกลบในตอนแรกซึ่งเมื่อรักษาครบแล้ว มีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้งโดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย
- 2) รักษาครบ (Completed) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกลบในตอนแรก และมีผลเสมหะเป็นลบ เมื่อรักษาครบในระยะเข้มข้น แต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาหรือผู้ป่วย ที่มีเสมหะลบเมื่อเริ่มรักษาครบ
- 3) ผลการรักษาล้มเหลว (Failure) หมายถึง ผู้ป่วยเสมหะบวกลบในตอนแรก ที่มีผลเสมหะยังคงหรือกลับเป็นบวกในเดือนที่ 5 ของการรักษา หรือผู้ป่วยเสมหะลบในตอนแรกแต่กลับมีผลเสมหะเป็นบวกหลังจากรักษาได้ 2 เดือน
- 4) ขาดการรักษา (Default) หมายถึง ผู้ป่วยขาดยานานเกิน 2 เดือนติดต่อกัน
- 5) ตาย (Died) หมายถึง ผู้ป่วยตายขณะที่ยังคงรักษาวัณโรค (ไม่คำนึงถึงสาเหตุของการตาย)
- 6) โอนออก (Transfer Out) หมายถึง ผู้ป่วยโอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลของการรักษา

2.1.7 การวัดผลสำเร็จในการรักษา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ และผู้ป่วยเสมหะไม่พบเชื้อ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคระยะสั้นสูตร 1 เป็นเวลา 6 เดือน จะต้องถูกเก็บเสมหะส่งตรวจ 3 ครั้ง ๆ ละ 2 Specimen หลังจากรับประทานยาครบเดือนที่ 2, 5 และหลังเดือนที่ 6 โดยเกณฑ์การวัดผลสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอด (กระทรวงสาธารณสุข. 2548) เป็นดังนี้

1) การรักษาหาย (Cure Rate) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะพบเชื้อที่แพทย์ให้การวินิจฉัยครั้งแรกในการรักษา และเมื่อได้รับการรักษาครบ 6 เดือน ต้องมีผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค 3 ครั้ง หลังรับประทานยาครบตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ เดือนที่ 2, 5 และหลังเดือนที่ 6 ซึ่งจากผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อทั้ง 3 ครั้งนี้ ถือได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาหาย เนื่องจากยาที่ใช้เป็นยาที่ประสิทธิภาพสูงในการออกฤทธิ์ฆ่า และยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรคปอดที่ได้ผลดี

2) การรักษาครบ (Complete Rate) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะบวก หรือ เสมหะลบเมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยครั้งแรก โดยผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องครบ 6 เดือนและส่งตรวจเสมหะด้วยวิธีย้อมสีทึนกรด (AFB stain) ที่ตรวจโดยห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะบวก ซึ่งเมื่อรักษาครบในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกของการรักษามีผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค แต่ในระยะต่อเนื่องไม่มีผลตรวจเสมหะหรือจากการติดตามผลการรักษาทั้ง 3 ระยะในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื่อนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากในระหว่างได้รับการรักษาหากผู้ป่วยขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น ดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่ ที่อาจส่งผลให้การออกฤทธิ์ของยาไม่เต็มที่ ซึ่งจะทำให้ผลตรวจเสมหะยังพบเชื้อได้ ในแต่ละระยะของการรักษา เช่น หลังการรักษาเดือนที่ 2 ผลตรวจเสมหะยังพบเชื้อวัณโรค ซึ่งต้องส่งเสมหะของผู้ป่วยไปเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยา ต้องขยายการรักษาในระยะเข้มข้นออกไปอีก 1 เดือน หรือในกรณีทีหลังรับประทานยาครบเดือนที่ 5 แล้วผู้ป่วยมีผลเสมหะพบเชื้อ จะถือว่าเป็นความล้มเหลว (Failed) ในการรักษาโดยต้องส่งเสมหะไปเพาะหาเชื้อดื้อยา และเริ่มต้นการรักษาใหม่ เป็นต้น (บัญญัติ ปริญญาานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ. 2549)

(2) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีเสมหะลบ ผู้ป่วยซึ่งเมื่อรักษาครบในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกของการรักษามีผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาในระยะต่อเนื่องจะต้องไม่พบเชื้อวัณโรคด้วย (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. 2556)

2.1.8 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค (บัญญัติ ปริญญาานนท์, ชัยเวช, นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ. 2549)

1) รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์แนะนำ ห้ามหยุดยาหรือลดยาเองโดยเด็ดขาดแม้อาการจะดีขึ้น

2) สวมหน้ากากอนามัย หรือใช้ผ้าปิดปากและจมูก เวลาไอ จาม เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่น

3) บ้วนเสมหะลงในภาชนะหรือกระป๋อง แล้วทำลายด้วยการเผาหรือต้มในน้ำเดือด 5-10 นาที

4) พักผ่อนให้เพียงพอ งดดื่มเหล้า งดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงสารเสพติดทุกชนิด

5) รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

6) หลีกเลี่ยงการใช้ยาคุมกำเนิดกำเนิดในสตรีวัยเจริญพันธุ์เนื่องจากอาจเกิดปฏิกิริยากับยารักษาวัณโรค ทำให้ยาคุมกำเนิดประสิทธิภาพลดลงเป็นเหตุเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้

2.1.9 การปฏิบัติตัวของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค (บัญญัติ ปริชญานานท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2549)

1) คอยให้กำลังใจและกำชับให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาวัณโรคทุกวัน ถ้าเป็นไปได้ให้รับประทานยาต่อหน้าผู้ดูแลทุกครั้งจนครบระยะเวลาที่แพทย์สั่ง

2) แยกห้องพักผู้ป่วยช่วง 2-3 สัปดาห์แรกของการรักษา เนื่องจากเป็นช่วงที่ยังมีโอกาสแพร่เชื้อสู่อื่นได้มาก

3) จัดห้องพักและสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวกและแสงแดดส่องทั่วถึง

4) ควรนำสมาชิกทุกคนในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและคนชรา ตรวจสอบสุขภาพค้นหาว่าได้รับเชื้อวัณโรคหรือไม่ เพื่อได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง

2.1.10 การป้องกันวัณโรค (บัญญัติ ปริชญานานท์, ชัยเวช นุชประยูร, และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2549)

1) พาเด็กแรกเกิดที่ไม่เคยรับวัคซีนไปฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG vaccine)

2) ผู้ที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยวัณโรค ควรได้รับการตรวจเสมหะและเอกซเรย์ปอด

3) จัดที่พักอาศัยให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกและแสงแดดส่องถึง

4) งดสิ่งเสพติดทุกชนิด เพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้ร่างกายอ่อนแอทรุดโทรม อาจทำให้ติดเชื้อวัณโรคได้ง่ายขึ้น

5) อย่าสำส่อนทางเพศ อาจทำให้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้ง่ายขึ้น

2.1.11 กลไกการเกิดวัณโรคดื้อยา

โดยธรรมชาติเชื้อวัณโรคเมื่อแบ่งตัวมากขึ้นจะมีการผ่าเหล่าบนแท่งโครโมโซม ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาตามธรรมชาติ (Natural Resistant) การเกิดดื้อยาตามธรรมชาตินี้ เมื่อเชื้อดื้อยาต่อตัวหนึ่งจะไม่ดื้อยาต่ออีกตัวหนึ่ง ดังนั้น การใช้ยาควบหลายชนิด จึงไม่สามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ดี และป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาโดยในเชื้อซึ่งดื้อต่อยา A จะถูกทำลายโดยยา B และเชื้อซึ่งดื้อต่อยา B จะถูกทำลายโดยยา A ยิ่งการใช้หลายชนิดควบกันโอกาสที่จะเกิดเชื้อดื้อยาก็ยิ่งน้อยลง เมื่อเชื้อวัณโรคแบ่งตัวมากขึ้นก็จะเกิดการกลายพันธุ์ (Mutation) ซึ่งโอกาสที่เชื้อวัณโรคแบ่งตัวหนึ่งครั้ง จะเกิดการกลายพันธุ์

ตามธรรมชาติเป็นวัณโรคดื้อยา ดังแสดงในตารางที่ 1 (พรอนันต์ โดมทอง, วิภา ริชัยพิชิตกุล และวัชรา บุญสวัสดิ์. 2554)

ตารางที่ 1 อัตราการกลายพันธุ์เป็นเชื้อดื้อยา

ยา	อัตราการกลายพันธุ์ (ตัว)
Rifampicin	10^8
Isoniazid, Streptomycin, Ethambutol, Kanamycin, PAS	10^6
Ethionamide, Capreomycin, Cycloserine, Thiacetazone	10^3

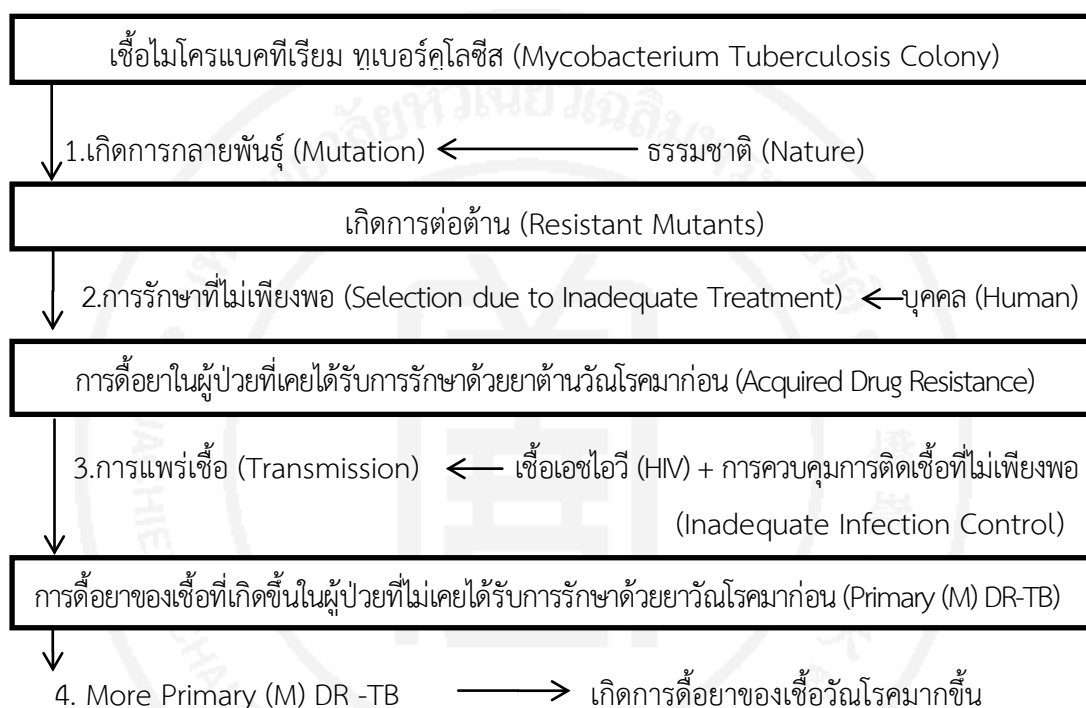
การดื้อยาของเชื้อวัณโรคจึงขึ้นกับปริมาณเชื้อ และอัตราการแบ่งตัวของเชื้อ ผู้ป่วยที่มีปริมาณเชื้อวัณโรคอยู่มาก จะมีโอกาสเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณเชื้อวัณโรคน้อย และหลักการรักษาวัณโรคควรให้ยาหลายชนิดร่วมกัน เพื่อให้โอกาสที่เชื้อวัณโรคดื้อยาน้อยลง (พรอนันต์ โดมทอง, วิภา ริชัยพิชิตกุล และวัชรา บุญสวัสดิ์. 2554)

การดื้อยาของเชื้อที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคมามาก่อน (Primary Drug Resistance) ขึ้นกับการผ่าเหล่าที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของเชื้อในชุมชนนั้นๆ ประเทศที่มีนโยบายควบคุม และรักษาวัณโรคระดับชาติได้ผล เช่น เกาหลี แทนซาเนีย จะพบว่ามี การดื้อยาของเชื้อครั้งแรก (Primary More Drug Resistance -Tuberculosis) น้อยกว่าร้อยละ 1 ส่วนการดื้อยาในผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคมามาก่อน (Acquired Drug Resistance) เกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอทำให้เกิดการคัดเลือกสายพันธุ์ที่ดื้อยา เมื่อสายพันธุ์ที่ดื้อยาแพร่ระบาดไปสู่บุคคลอื่นก็จะเป็นการดื้อยาของเชื้อที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคมามาก่อน พบว่ามีรายงานการดื้อยาในผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคมามาก่อนค่อนข้างสูงในบางพื้นที่ เช่น ที่นิวยอร์ก (อเมริกา) พบร้อยละ 30.1 และเนปาลพบร้อยละ 48 (รติกร แกมเงิน, ชัญญาณูช ภูทิมา และบดินทร์ บุตรอินทร์. 2558)

เนื่องจาก H และ R เป็นยาหลักที่สำคัญในการรักษาวัณโรค ดังนั้น ถ้าเชื้อดื้อยาทั้ง 2 ดังกล่าว จะทำให้การเลือกใช้ยาในการรักษายากยิ่งขึ้น การป้องกันไม่ให้เกิดการดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรคจึงเป็นหนทางที่ดีที่สุดโดยเลือกระบบยาให้เหมาะสม และดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในกรณีผู้ป่วยได้รับยาไม่สม่ำเสมอจะเกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “Killing and Regrowth” โดยช่วงที่ระดับยาสูงเพียงพอจะเกิดการฆ่าเชื้อ และในช่วงที่ระดับยาลดลงเชื้อจะกลับเติบโตเพิ่มขึ้น ดังนั้นปรากฏการณ์นี้จะขึ้นกับความเข้มข้นของยาที่ลดต่ำกว่าความเข้มข้นของตัวยับยั้ง (Inhibitory Concentration) และช่วงระยะเวลาดังกล่าว (Leg Period) ของยาแต่ละชนิดในช่วงที่เชื้อกลับเติบโต

ใหม่ เชื้อวัณโรคจะเกิดการผ่าเหล่าโดยธรรมชาติ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการดื้อยาในผู้ป่วยที่เคยรักษาด้วยยาต้านวัณโรคมามาก่อนและการดื้อยาของเชื้อที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาด้วยยาวัณโรคมามาก่อน แสดงดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการดื้อยาในผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคมามาก่อนและการดื้อยาของเชื้อที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคมามาก่อน



ที่มา: พรอนันต์ โดมทอง, วิชา รีซียพิชิตกุล และวัชรา บุญสวัสดิ์. 2554

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์วัณโรคดื้อยา และ MDR-TB สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง อาจเนื่องจากรัฐบาลไม่มียาให้เพียงพอ ระบบยาที่แพทย์ใช้ไม่เหมาะสม หรือผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
2. อุบัติการณ์ของเอดส์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ติดเชื้อเอดส์มีโอกาสเกิดวัณโรคดื้อยาหรือ MDR-TB มากกว่าคนทั่วไป 4 เท่า
3. การติดต่อจากผู้ป่วยที่มีเชื้อวัณโรคดื้อยา ทำให้มีการแพร่ระบาดในชุมชน หรือโรงพยาบาล

2.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยกลยุทธ์ DOTS

2.2.1 แนวทางการปฏิบัติการควบคุมวัณโรคด้วยกลยุทธ์ DOTS (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. 2556)

นโยบายการควบคุมวัณโรคของประเทศไทย เริ่มเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2551 โดยนายแพทย์ปราชาญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นได้มอบนโยบายการเร่งรัดวัณโรคโดยยึดหลักการ “การป้องกันวัณโรคที่ดีที่สุด คือ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หาย” ซึ่งประกอบด้วย

1) กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบเฉพาะงานวัณโรค เป็น Mr.TB ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) / โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) / โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ทุกแห่ง เพื่อบริหารจัดการระบบข้อมูลวัณโรค บริหารระบบบริการ และประสานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคระหว่างรักษาทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

2) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) / โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ทุกแห่งเมื่อตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อรายใหม่ให้พิจารณาปรับไว้เป็นผู้ป่วยในอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อให้ดูแลการกินยาต่อหน้า สังเกตการแพ้ยาตลอดจนให้การปรึกษา อาจใช้ห้องแยกเฉพาะหรือห้องที่เตรียมไว้สำหรับกรณีไข้หวัดนก

3) ให้ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชุมชนแออัด โดยการบริหารจัดการงบประมาณจังหวัด สนับสนุนกิจกรรมค้นหา ดูแลรักษา รางวัลจูงใจ

2.2.2 การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง [Directly Observed Therapy: Short Course (DOTS)] (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. 2556)

Directly observed treatment หรือ DOT หมายถึง การรักษาวัณโรคให้มีบุคคลที่ได้รับฝึกอบรมทำหน้าที่สนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยกินยาทุกขนานตามขนาดทุกมื้อให้ครบถ้วน ซึ่งอาจเรียกว่า การบริหารยาแบบมีพี่เลี้ยง โดยแต่เดิมองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ใช้มาบ้างแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507 โดยเรียกว่า “การรักษาที่มีการดูแลเต็มรูปแบบ”(Fully Supervised Treatment) ในการเสนอแนะแนวคิดเรื่อง “แผนงานวัณโรคแห่งชาติ” (National Tuberculosis Programmers: NTP)

DOTS (Directly Observed Therapy: Short Course) หมายถึง ยุทธศาสตร์ใหม่ที่เสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ที่พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุดใน การควบคุมการระบาดของวัณโรคในปัจจุบัน โดยมี 5 องค์ประกอบหลัก ดังต่อไปนี้

1. พันธกิจที่ต่อเนื่องของรัฐบาล โดยผู้บริหารระดับสูงที่จะเพิ่มกำลังคนและแหล่งเงิน เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมวัณโรคโลกผสมผสานเป็นส่วนสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขของชาติให้กว้างขวางทั่วประเทศ

2. เข้าถึงวิธีการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจที่พบอาการหรือพบจากการคัดกรองด้วยอาการของวัณโรค (ที่สำคัญที่สุด) คือ ไอเป็นระยะเวลานาน

โดยจำเป็นที่จะต้องพึงเลี้ยงเป็นพิเศษในผู้ที่ติดเชื้อ HIV และในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงสูง เช่น ผู้สัมผัสโรคในบ้านที่มีผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อวัณโรคและกลุ่มที่ต้องอยู่ร่วมกันในสถาบันต่าง ๆ

3. การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นมาตรฐานแก่ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายภายใต้สภาวะการบริหารจัดการรายผู้ป่วยที่ถูกต้องรวมทั้ง DOT และการสนับสนุนผู้ป่วยที่ชอบด้วยหลักวิชาการและบริการที่สนับสนุนการรักษาในสังคม

4. มียารักษาวัณโรคที่ประกันสุขภาพจ่ายโดยไม่ขาดแคลน โดยระบบการจัดการและการจัดส่งยาที่เชื่อถือได้

5. มีระบบทะเบียนรายงานสำหรับประเมินผลการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด และประเมินสมรรถนะของแผนงานโดยส่วนรวม เป็นพื้นฐานของการติดตามแผนงานอย่างเป็นระบบเพื่อแก้ไขปัญหาที่ตรวจพบ แนวทางการดำเนินการ DOT

1. ผู้ป่วยที่ให้การรักษาแบบ DOT เรียงตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

(1) ผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบ Acid-Fast Facilli (AFB) Smear-positive TB และที่ตรวจ Smear-Negative แต่มีขนาดของโรคในปอดมากที่มีโรคเอชไอวีรุนแรงหรือวัณโรคนอกปอดที่รุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยใหม่ ที่ไม่เคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับยาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือนและผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาแล้ว ได้แก่ รักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ (Relapse) รักษาซ้ำหลังจากขาดยานานเกิน 2 เดือน (Treatment after Default) และการรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (Treatment Failure)

(2) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบ AFB (Smear-Negative PTB) โดยอาจมีผลเพาะเชื้อเป็นบวกหรือเป็นลบ

2. บุคคลที่มีหน้าที่สนับสนุนการรักษาวัณโรค (Tuberculosis treatment supporter) ซึ่งแต่เดิมเคยเรียกว่า พี่เลี้ยงคอยกำกับดูแลให้ผู้ป่วยกินยา จะต้องได้รับการฝึกอบรม ให้มีหลักเกณฑ์พิจารณาคุณสมบัติเรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้ ความน่าเชื่อถือ (Accountability) เป็นความสำคัญอันดับแรก ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (Accessibility) และการยอมรับของผู้ป่วย (Acceptance) เป็นรอง โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สนับสนุนการรักษาวัณโรคมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยรับยารักษาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอตามกำหนดตลอดระยะเวลาของการรักษา และยังคงคอยรับฟังปัญหาและให้กำลังใจผู้ป่วยด้วย

สำหรับการเลือกบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการรักษาวัณโรคนั้นจะพิจารณาตามความเหมาะสม โดยอาศัยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยแต่ละรายไม่ควรให้ผู้ป่วยจัดหาหรือเลือกผู้สนับสนุนการรักษาวัณโรคเอง

3. หน้าที่ผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้สนับสนุนการรักษาวัณโรค

(1) ให้กำลังใจ และสนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยกลืนกินยาทุก ๆ ขนานทุกมื้อโดยครบถ้วน โดยทั่วไปให้ยารวมหนึ่งมื้อ/วัน

(2) ถามหรือสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการแพ้ยาหรือไม่ ถ้ามีอาการไม่มาก เช่น คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปวดท้อง หรือมีปัสสาวะเป็นสีส้ม ผู้สนับสนุนอาจต้องปลอบใจผู้ป่วยลดความวิตก แนะนำให้กินอาหารพร้อมกับยา แต่ถ้ามีอาการมากกว่านี้ เช่น คั้น ผื่นขึ้นตามตัวหรือ ตาเหลือง อาเจียนไม่หยุด หูหนวก หรือตามัว ต้องให้ผู้ป่วยหยุดยาทันทีแล้วส่งพบแพทย์

(3) จัดให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจอย่างน้อย เดือนที่ 2, 5 และเมื่อสิ้นสุดการรักษาเพื่อส่งผลการตรวจให้แพทย์ทราบ และทบทวนผลการรักษาทุกครั้ง

(4) บันทึกการดำเนินการ DOT ลงในบัตรบันทึกการรักษา (กรณีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ) หรือ DOT card (ถ้าเป็นอาสาสมัครผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ)

(5) ให้กำลังใจและแจ้งผลความก้าวหน้าการรักษาให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ทราบ เพื่อช่วยส่งเสริมให้มารับการรักษาโดยไม่ขาด

(6) รับผิดชอบติดตามหรือเยี่ยมบ้านถ้าผู้ป่วยผัดนัด

(7) คอยดูแลและจัดการเบิกยาเตรียมไว้ให้พร้อมอยู่เสมอ

(8) กรณีที่ผู้สนับสนุนการรักษาหรือผู้ป่วยจะไม่ได้พบกันเป็นการชั่วคราวจะต้องจัดการให้ผู้ป่วยรับยาเป็นการชั่วคราวไม่เกิน 1 สัปดาห์ หรือ อาจจะต้องส่งผู้ป่วยให้รับการดูแลจากสถานบริการที่มีมาตรฐานที่เหมาะสม

4. ดำเนินการสนับสนุนและรายละเอียดด้านอื่น

(1) เตรียมบริการสถานที่ ง่าย ๆ เช่น มุมหนึ่งของคลินิก (DOT Corner) ที่อากาศถ่ายเทสะดวก อาจติดประกาศรายชื่อผู้ป่วย และวันที่จะต้องมารับ DOT พร้อมทั้งเตรียม Package หรือซองใส่ยาของผู้ป่วยแต่ละคน แต่ละวันสำหรับการกินครั้งเดียว หรืออาจให้ยาเม็ดรวม (FDCs) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่จะมาให้ DOT แก่ผู้ป่วยที่อยู่ใกล้สถานพยาบาลได้สะดวก

(2) เมื่อแพทย์วินิจฉัยโรคและกำหนดระบบยาแล้วให้นัดผู้ป่วยและครอบครัวมาให้การปรึกษา (Counseling) อธิบายถึงความจำเป็นเพื่อให้ยอมรับการรักษาแบบ DOT

5. การติดตามประมวผล DOT

(1) ตรวจสอบเปรียบเทียบระหว่างทะเบียนการตรวจเสมหะ แผนบันทึกการรักษา ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและ DOT card ปริมาณยาที่ยังเหลืออยู่ คู่มือสีแดงในปัสสาวะ

(2) ตรวจสอบการลงทะเบียนและข้อมูลสำคัญในแผนบันทึกการรักษาให้ครบถ้วน เช่น ประวัติการรักษาในอดีต ระบบยา ผลการตรวจเสมหะ ฯลฯ และให้ทันต่อเหตุการณ์เพื่อทบทวนผลการรักษาโดยแพทย์

(3) วิเคราะห์ Cohort Analysis ของผู้ป่วยเป็นรุ่นที่ขึ้นทะเบียนในงวดละ 3 เดือน เพื่อประเมินผลการตรวจรักษาผู้ป่วยทั้งหมด และผลสัมฤทธิ์ของการควบคุมวัณโรค

(4) ค้นหาโอกาสพบปะ ปรึกษาหารือกับผู้ที่ทำหน้าที่สนับสนุนการรักษาวัณโรค (DOT Meeting Observer) เพื่อทราบปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

2.3 แนวคิดและกระบวนการเยี่ยมบ้าน

2.3.1 แนวคิดการเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

การเยี่ยมบ้าน คือ กลวิธีหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการดูแลอย่างต่อเนื่องให้กับผู้รับบริการตามบ้าน เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและแก้ไขความพิการ รวมทั้งทำหน้าที่อื่นในการส่งเสริมสุขภาพของประชากรเป้าหมายทั้งที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย เพื่อให้มีพละนาามัยที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา นันทิประภา. 2549)

สายพิณ หัตถิรัตน์ และคณะ (2549) อธิบายถึงการเยี่ยมบ้านว่า เป็นรูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์จะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นอาจจะกลับไปเป็นระยะ ๆ เมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการ ถ้าจะให้สมบูรณ์แบบ แพทย์อาจจะนำทีมออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งที่ได้ การได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคม และชุมชนของผู้ป่วย ทำให้เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น เกิดสัมพันธภาพระหว่างแพทย์ และพยาบาลประจำครอบครัว (Doctor - Patient Relationship)

หลักการการเยี่ยมบ้าน (ไพเราะ ผ่องโชค, สมบูรณ์ จัยวัฒน์ และเฉลิมศรี นันทวรรณ. 2550)

การทำงานร่วมกับครอบครัวโดยการเยี่ยมบ้าน จะต้องพิจารณาหลักการสำคัญ ดังนี้

1) จะต้องเน้น “ครอบครัว” เป็นผู้รับบริการ
2) ในประเด็นของ “สุขภาพ” จะต้องครอบคลุมความต้องการสุขภาพในแต่ละด้านและการป้องกันทั้ง 3 ระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ)

3) ครอบครัวมีสิทธิอันชอบธรรมในการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ จึงควรมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากกว่าการได้รับความช่วยเหลือ เพราะเมื่อการเยี่ยมสิ้นสุดลง ครอบครัวจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเอง

4) บุคคลากรสุขภาพเป็นแขกของครอบครัว ต้องแนะนำตัวกับสมาชิก ขออนุญาตก่อนที่จะทำกิจกรรมใด ๆ เช่น การอุ้มหรือจับต้องทารกในช่วงของการประเมินสุขภาพ

5) การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นพื้นฐานของการสร้างความคุ้นเคยและความเชื่อมั่นก่อนให้การพยาบาลหรือการดูแล ซึ่งต้องใช้เวลาเพื่อสร้างความไว้วางใจจากครอบครัวในการให้บุคคลากรสุขภาพและครอบครัวเรียนรู้ร่วมกันที่จะระบุปัญหาสุขภาพของครอบครัว

2.3.2 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค (สำเร็จ แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. 2545)

1) ความถี่ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

(1) ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในช่วงสองเดือนแรกของการรักษาซึ่งเป็นระยะแพร่กระจายเชื้อ ต้องเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนระยะต่อเนื่องในช่วงสี่เดือนของการรักษาควรเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง

(2) ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ขาดนัดในระยะ 2 เดือนของการรักษา (ระยะแพร่กระจายเชื้อ) ให้เยี่ยมบ้านภายใน 2 วัน หากขาดนัดในระยะ 4 เดือนหลัง (ระยะต่อเนื่อง) ให้เยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์

2) ระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคแต่ละครั้ง

ทั้งนี้ไม่มีกฎตายตัว ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม สภาพปัญหาของผู้ป่วยและ การมีเวลาของทั้งฝ่ายและผู้เยี่ยมบ้าน เช่น

(1) โดยทั่วไปการเยี่ยมครั้งแรกจะใช้เวลามากกว่าการเยี่ยมบ้านครั้งหลัง เพราะ ต้องใช้เวลารู้จักผู้ป่วยและครอบครัวและให้ผู้ป่วยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้เยี่ยม

2) การเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อเอ็ดส์มักใช้เวลามากกว่าเพราะผู้ป่วยมักมีปัญหา ด้านสุขภาพสังคม เศรษฐกิจที่ซับซ้อนกว่า

(3) การเยี่ยมที่มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยย่อมใช้เวลาน้อยกว่า การเยี่ยมที่ต้องครอบคลุมสมาชิกทุกคนในครอบครัวและเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(4) การเยี่ยมที่มุ่งเฉพาะการดูแลสุขภาพกาย ย่อมใช้เวลาน้อยกว่าการเยี่ยม ที่ต้องการดูแลปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ จิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

(5) ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมถี่ จะใช้เวลาในการเยี่ยมน้อยกว่าผู้ป่วยที่นานครั้งไปเยี่ยม

3) ระยะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเข้มข้นของการรักษา (2-3 เดือนแรกจนกว่าจะตรวจเสมหะแล้ว ไม่พบเชื้อวัณโรค) เยี่ยมทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้งจนครบ 8 ครั้ง โดยเยี่ยมครั้งแรกให้เร็วที่สุด (ผู้ป่วย รับประทานยาไปแล้ว 2-3 วัน)

ระยะที่ 2 ระยะต่อเนื่องของการรักษา (3-8 เดือนต่อมาจนครบแผนการรักษา) เยี่ยมทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง

4) กิจกรรมการปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ควรดำเนินการดังนี้

(1) ประเมินภาวะสุขภาพ

(2) สังเกตและสอบถามอาการทั่วไป ชั่งน้ำหนัก ประเมินอาการเหนื่อยหอบ อาการเหลืองของตาขาว ผื่นหรือตุ่มขึ้นที่ผิวหนัง ซักถามความรู้สึกตัวทั่วไป ปัญหาสุขภาพ และอาการ แพ้ยา/ฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการดังกล่าวให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วย

(3) ประเมินการรับประทานยารักษาวัณโรค

(4) สังเกตสถานที่ที่ใช้เก็บยา ซึ่งไม่ควรเก็บยาในตู้เย็น ที่ร้อนหรือที่มีแสงแดดส่องถึง ตรวจสอบชั่งของยา และเม็ดยา ให้เท่าจำนวนวันที่ใช้ไป ซักถามการรับประทานยาค้างสุดท้าย ตรวจสอบ DOTS Card พร้อมเซ็นชื่อไว้ หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่เกิน 6-8 ชั่วโมง อาจขอตรวจสีปัสสาวะ หากมีสีแดง สีส้มจาง ๆ (สีอิฐ) แสดงว่ามีการกินยา Rifampicin

(5) ประเมินการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ และการใช้ยาอื่นนอกจากยารักษาวัณโรค

(6) ซักถามการไปพบแพทย์หรือการรักษาที่อื่นพร้อมเหตุผลการใช้สมุนไพร ร่วมด้วย การหยุดหรือลดยาวัณโรค

(7) ประเมินการไอและการกำจัดเสมหะ

(8) ซักถามและสังเกตอาการไอ วิธีการกำจัดเสมหะ การขากเสมหะ

(9) ประเมินผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและบ้านใกล้เคียง ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการป่วยเป็นวัณโรค โดยการสังเกตสภาพทั่วไป การระบายอากาศ การเข้าถึงของแสงแดด ที่อยู่อาศัยและห้องนอน

(10) ซักถามจำนวนคนที่อยู่ร่วมกันในบ้านว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีอาศัยอยู่หรือไม่ จำนวนคนที่นอนในห้องเดียวกัน สอบถามถึงอาการของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านใกล้เคียง ว่ามีอาการไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์หรือไม่ หากมีแนะนำให้มาตรวจคัดกรองวัณโรค ค้นหากลุ่มเสี่ยงในบ้านโดยการสอบถามและสังเกต (ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ติดสารเสพติด ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีร่างกายซีด ผอม อ่อนแอ)

(11) ประเมินปัญหาทั่วไป ความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติตัวขณะรักษาวัณโรค

(12) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

(12.1) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ปิดปากเวลาไอ/จาม ในช่วงระยะแพร่เชื้อควรนอนแยก บ้วนเสมหะในกระโถน หากมีถุงพลาสติกรองรับควรนำไปฝังหรือเผา เปิดประตู/หน้าต่างให้แสงแดดส่องถึง การระบายอากาศดี

(12.2) การย้ำความสำคัญของการรับประทานยาทุกวัน และอันตรายของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การรับประทานยาครบทุกวันอาการจะดีขึ้นภายใน 1 เดือน แต่เชื้อวัณโรคยังคงมีอยู่ในปอด จึงจำเป็นต้องกินยาให้ครบตามแผนการรักษาเพื่อฆ่าเชื้อวัณโรคในปอดให้หมด หลังรับประทานยาครบ 2 เดือนจะต้องตรวจเสมหะเพื่อติดตามผลการรักษา เบื้องต้น หากไม่พบเชื้อแล้วยาจะลดลงเหลือเพียง 2 ชนิด แต่ถ้าหากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

เชื้อวัณโรคอาจดื้อยาทำให้รักษาไม่หาย และแพร่กระจายเชื้อที่ดื้อต่อยาไปสู่ชุมชนหรือบุคคลในครอบครัวได้

(12.3) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นโปรตีนจากปลา งดสูบบุหรี่/ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

(12.4) การแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลกรณีเป็นเบาหวานร่วมด้วย

(12.5) การแนะนำการเก็บเสมหะแก่ผู้ป่วย โดยให้เก็บตอนเช้าหลังตื่นนอน และย่ำ/เตีอนเรื่องกำหนดตรวจเสมหะ

(13) ประเมินปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจ

(14) ซักถามความสามารถในการทำงานหารายได้ ผู้หาเลี้ยงครอบครัว การมีหนี้สิน ปัญหาในการเดินทางไปรับยาหรือตรวจตามนัด การถูกรังเกียจจากคนในบ้าน เพื่อนบ้านหรือชุมชน ความวิตกกังวล

(15) ประเมินความต้องการเรื่องอื่นๆของผู้ป่วยและญาติ

(16) เมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน บันทึกผลการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึกงานวิจัยที่แสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีของการเยี่ยมบ้าน มีดังนี้

เวอฟ (Werf. 1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดประเทศกานา พบว่าปัจจัยการเข้าไปให้บริการของบุคลากรสุขภาพในการดูแลติดตามที่บ้าน และติดต่อประสานงานส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับบริการที่ดีขึ้น และอัตราการเข้ารับการรักษาสูงขึ้น อัตราจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ลดลง

ไพรัช ม่วงศรี, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2555) ศึกษาประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ทั้งการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายของโรค การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและอัตราการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ผลพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันหลังการเยี่ยมบ้านเท่ากับ 8.93 เปรียบเทียบกับก่อนการเยี่ยมบ้านเท่ากับ 4.40 ($P=0.001$)

2. คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายของโรคหลังการเยี่ยมบ้านเท่ากับ 10.33 เปรียบเทียบกับก่อนการเยี่ยมบ้านเท่ากับ 4.80 ($P=0.001$)

3. คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหลังการเยี่ยมบ้านเท่ากับ 24.00 ก่อนการเยี่ยมบ้านเท่ากับ 11.67 ($P=0.001$)

4. ผลการตรวจเสมหะเมื่อรับประทานยาวัณโรคครบ 2 เดือน ไม่พบเชื้อวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 93.33

2.4 แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management)

ในปี พ.ศ. 2549 กลุ่ม “The Case Management Society of America” ได้จัดการประชุม กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการจัดการดูแลผู้ป่วย (Standards of Practice for Case Management) ด้วยแนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นกระบวนการความร่วมมือ ประสานงานการปรึกษา ในการเลือกหนทางรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัย การสื่อสารและการจัดทรัพยากรที่ดี ภายใต้ผู้จัดการการดูแลที่มีหน้าที่ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ชุมชนและสังคม เพื่อให้บริการที่ผู้ป่วยได้รับมีคุณภาพสูงสุด และ คุ่มค่า ภายใต้ระยะเวลาที่เหมาะสม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ศุวัชรีย์ ฐูพิมาย. 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่า ระบบการพยาบาลแบบจัดการผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จัดว่าเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วย โดยมีบทบาท ในการพิจารณาตัดสินใจและแสดงความรับผิดชอบอย่างเต็มที่ในกระบวนการจัดการผู้ป่วยจากการศึกษา การนำรูปแบบนี้มาใช้ในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้า รับการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งการดูแลต่อที่บ้าน เนื่องจากรูปแบบนี้มีเป้าหมายตอบสนอง ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จโดยรวม (Total care) เพื่อให้ได้ผลสัมฤทธิ์ที่คุ้มทุน โดยพิจารณาเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

การจัดการรายกรณีแสดงถึงการปฏิบัติอย่างอิสระของพยาบาล ในการจัดการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมและต้องจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ประหยัด และเกิดผลดีในการสร้างคุณภาพชีวิต ให้ประชาชน โดยเน้นคุ้มครองให้ผู้ใช้บริการตระหนักต่อการตัดสินใจโดยไม่ต้องพึ่งพาบริการ ที่เกินความจำเป็น ตลอดจนไม่ยึดติดกับเทคโนโลยีที่ล้ำยุคจนไร้เหตุผล (นวลปรางค์ มีจันทร์, พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2549)

2.4.1 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านศาสตร์การแพทย์และการพยาบาลหลายท่าน ได้เสนอนิยามของคำว่า “การจัดการผู้ป่วยรายกรณี” คล้ายคลึงกัน ดังนี้

บาวเวอร์ (Bower. 1992) ให้ความหมายว่าเป็น ความร่วมมือของบุคลากรสุขภาพในการ วางแผนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมิน วางแผน ดำเนินการ ปฏิบัติ ประสานงาน กำกับดูแล ติดตามและประเมินผลการจัดการตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีผู้จัดการ ผู้ป่วยเป็นรายกรณี รับผิดชอบกำกับดูแลติดตามการปฏิบัติ และประสานงานระหว่างทีมดูแล เพื่อให้ ได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้

สมาคมพยาบาลอเมริกัน (American Nurse Association. 1988) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ ที่มีเป้าหมายให้เกิดการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงาน แบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่าย

เพอร์เวล (Powell. 2000) ให้ความหมายว่า เป็นการจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ ส่งเสริมพลังอำนาจของพยาบาลให้ประสานการปฏิบัติ เพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

โคเฮน และ เคสตา (Cohen and Cesta. 2001) ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่าเป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อยู่บนพื้นฐานของการประสานความร่วมมือด้านสุขภาพ และด้านระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายใต้การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

สมาคมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของอเมริกา (Case Management Society of America. 2006) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมิน ทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

ศิริพร ชิตสูงเนิน (2549) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่องโดยมีการประสานความร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการประเมิน วางแผน ปฏิบัติการ ประสานงาน ติดตาม และประเมินผล การให้บริการรวมถึง พึงกษสิทธิ์ผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ค่าใช้จ่าย ทรัพยากร และแหล่งประโยชน์ที่จำกัดภายในเวลาที่กำหนด และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) เป็นผู้ประสานงาน และใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Care Map) ที่ร่วมกันจัดทำขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพ เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

วรสุดา ทองรักษ์ (2550) ให้ความหมายการจัดการรายกรณีว่าหมายถึงกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการบริการโดยตรงแก่ผู้รับบริการอย่างมีเป้าหมาย ในการรักษาฟื้นฟูร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวแบบรายบุคคล เพื่อแก้ไขปัญหาทั้งในปัจจุบันและในระยะยาว ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างอิสระ โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขารับผิดชอบตามทักษะเฉพาะเพื่อประสิทธิผล การรักษา สร้างความสมดุลของค่าใช้จ่าย รวมไปถึงการสนับสนุนทางสังคม การบูรณาการ การพึงกษสิทธิ์ทางสังคม โดยมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประสานงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่กำหนด

กล่าวโดยสรุป การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง กระบวนการการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพรายบุคคลอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพสูงสุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ภายใต้การประสานร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในการประเมิน วางแผน ปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมินผล รวมถึงพึงกษสิทธิ์ผู้ป่วย โดยมีผู้จัดการผู้ป่วย คือพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญเป็นผู้ใช้แผนการดูแลที่ร่วมกันจัดทำขึ้น ประสานงานและกำกับดูแล

2.4.2 ลักษณะของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ. 2548)

ลักษณะของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีดังนี้

1) เป็นระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง กาย จิตและสังคม

2) เป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนด ภายใต้อาการร่วมมือของทีมสุขภาพ (Collaborative practice) กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ร่วมกันที่เรียกว่า Care Map โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย และมีผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) เป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับไว้จนกระทั่งจำหน่ายหรือตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งถือเป็นมาตรฐานการดูแล มีการประสานการทำงานที่ดีและต่อเนื่องเพื่อช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหรือควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้

3) เป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ในโรงพยาบาล อย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ซึ่งส่งผลต่อลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และยังก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการด้วย

4) เป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยบางประเภทเท่านั้น ได้แก่

(1) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแผนการรักษาที่แน่นอน

(2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

(3) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

(4) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกภาระ

ค่าใช้จ่าย

(5) กลุ่มผู้ป่วยที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

5) เป็นระบบการดูแลที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับระบบการดูแลแบบเดิมได้ คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Case Method) ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional Nursing) โดยปกติจะใช้ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

2.4.3 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) ได้กล่าวถึง 3 องค์ประกอบหลักของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่สำคัญ ที่จะช่วยให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จอย่างมีคุณภาพ ดังนี้

1) การประสานความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาลของทีมสุขภาพ (Collaborative Practice) ซึ่งไม่ได้หมายถึงเฉพาะการประสานงาน หรือการรายงานเท่านั้น แต่หมายรวมถึงความร่วมมือของผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลด้วย การประสานความร่วมมือนี้มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลรักษาพยาบาลหรือหน่วยบริการ เพื่อ กำหนดแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และการประเมินผลความสำเร็จ

(2) การเตรียมการ ประกอบด้วย การเตรียมเครื่องมือ บุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมงาน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังต้องเตรียมระบบงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบคุณภาพ กิจกรรมคุณภาพ ร่วมด้วย

(3) การดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน

2) แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ (Care Map: Multidisciplinary Action Plan) ซึ่งทีมสหภาพร่วมกันกำหนดขึ้นเป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหรือกลุ่มอาการ Care Map เป็นแผนปฏิบัติงานที่ย่อรายละเอียดของแผนการรักษาพยาบาลโดยบันทึกข้อมูลที่เหมาะสมภายใน 1 แผ่นกระดาษ การบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับตาม Care Map นี้ ยึดหลักการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และการที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยแนวคิดการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ซึ่งเป็นหลักฐานสำคัญ ในการจัดทำ Care Map โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้กำกับดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Care Map อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามต่อเนื่อง ไปยังที่บ้านหรือในชุมชน เพื่อให้สามารถติดตามดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องกลับมารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อีกครั้ง (จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ. 2548) แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพแต่ละแห่งจะมี รูปแบบที่ต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆที่เหมือนกัน 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามระบบบัญชีจำแนกของโรคระหว่างประเทศ (International Classification Disease: ICD) หรือ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG)

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะสิ่งที่ต้องให้ปรากฏเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก (Aspect of Case) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้น ๆ ในแต่ละช่วงเวลาซึ่งอาจเป็น วัน หรือสัปดาห์ หรือเดือน

ประโยชน์ของแผนการดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

1. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกันทำให้เกิดการรับรู้ แผนการดูแลของกันและกัน การประสานงานดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของเอกสาร ประหยัดเวลา ในการบันทึก

2. เป็นแผนการดูแลล่วงหน้าที่วางไว้ตลอดการดูแลรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน การให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
3. เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
4. ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในงบประมาณ
5. ทำให้สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง ใช้เป็นข้อมูลที่บอกผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน และเป็นไปในแนวเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและช่วยเพิ่มความพึงพอใจ

6. ใช้เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพการบริการ

3) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้เหมาะสมที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานการดูแลผู้ป่วย สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ และบุคลากรทีมสุขภาพสาขาอื่น ๆ ได้ดี ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ดูแลจัดการผู้ป่วยทั้งหมดร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการนั้น ๆ ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร (เรวดี ศิรินคร และคณะ. 2543) ดังนี้

- (1) เป็นผู้เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- (2) เป็นผู้ประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ให้ครอบครัว สุขภาพร่างกาย จิตใจ สภาวะอารมณ์ ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลักษณะครอบครัว สภาพแวดล้อมตลอดจนระบบสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้ป่วยรวมทั้งสถานภาพทางการเงินหลังจากวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด
- (3) เป็นผู้ตัดสินใจสั่งการให้เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ รวมทั้งเป็นผู้เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสุขภาพในการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
- (4) ประสานทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- (5) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวอภิปรายถึงแผนการดูแล ลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่คาดหวังอย่างมีเหตุผล
- (6) เป็นผู้ให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำหน้าที่สอนถ่ายทอดความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมพยาบาลตลอดทั้งประเมินว่าทีมพยาบาลมีความพร้อมและมีศักยภาพเพียงพอที่จะปฏิบัติการพยาบาลได้ตามแผน
- (7) เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- (8) เป็นผู้ทำหน้าที่ติดตาม ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

2.4.4 กระบวนการของการจัดการรายกรณี

กระบวนการของการจัดการรายกรณีประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (Powell, 2000) ดังนี้

1) การคัดเลือกผู้ป่วย (Case Selection) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะต้องยินยอม และต้องการที่จะรับการดูแลแบบรายกรณี นอกจากนี้ยังต้องมีเงื่อนไขอื่น ๆ เช่น ระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายสูง กลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

2) การประเมินสภาพและปัญหา (Assessment / Problem Identification) เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือกแล้ว ผู้จัดการผู้ป่วยจะรวบรวมข้อมูลทุกอย่างที่มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย แหล่งข้อมูลที่ได้มาจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือจากแฟ้มประวัติแล้วนำมาวิเคราะห์ค้นหาปัญหา เพื่อหาทิศทางในการให้บริการ โดยทีมสหวิชาชีพจะต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคล ทั้งในเรื่องการเงิน สิทธิต่างๆ ตลอดจนการใช้หลักประกันสุขภาพ

3) การประสานงานและพัฒนาแผนการดูแล (Development and Coordination of the Care Plan) หลังจากประเมินสภาพต่างๆแล้ว ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และกำหนดวิธีการดำเนินงานว่าควรทำอย่างไร ใครเป็นผู้ให้บริการ ใช้ระยะเวลานานเท่าใด กำหนดเป้าหมาย และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วย โดยแผนการรักษาพยาบาลนั้นๆผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

4) การดำเนินการตามแผน (Implementation of the Plan) ผู้จัดการผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมิน และประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามเวลาที่กำหนดไว้ และปัญหาต่าง ๆ จะได้รับการแก้ไขตามแผนการดูแลที่วางไว้

5) การประเมินและติดตามผล (Evaluation and Follow Up) ขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เพราะเป็นขั้นตอนของการติดตามผลไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน หรือหายจากโรคที่จะทำให้การดูแลบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

6) การเฝ้ากำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuous Monitoring, Reassessing and Reevaluating) เป็นการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการใช้ประโยชน์ หลังจากพบว่าแผนการรักษาที่จัดทำขึ้นยังไม่ครอบคลุมและมีปัญหาในการปฏิบัติ ทีมสหวิชาชีพจะต้องร่วมกันประชุมเพื่อปรับปรุงจนได้แผนการดูแลที่สอดคล้อง เหมาะสมมากที่สุดและสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยต่อไป

การวิจัยที่ระบุถึงประโยชน์ของการจัดการรายกรณี มีดังนี้

บุญยดา สิ้นสุนทร (2551) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายกรณี ในชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในชุมชน (Care Map) โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการศึกษาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด การทบทวนประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มครอบครัวและประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาหายแล้วจำนวน 4 คน และเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละสถานีนอมาัย จำนวน 5 คน แล้ววิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อจัดทำแนวทางการดูแล

ระยะที่ 2 การทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่สร้างขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า แนวที่สร้างขึ้นทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ครบ 6 เดือนตามแนวทางการรักษา การรักษาหายขาดจากผลการตรวจเสมหะเป็นลบ 3 ครั้ง สามารถแก้ไขปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่นในครอบครัวและชุมชนได้ จากการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่ามีความพึงพอใจมากสำหรับทีมสหวิชาชีพเห็นด้วยกับการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ไปใช้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในชุมชน

จรรยา พันธุ์ไชยา (2553) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลป่าโมก ด้วยการทบทวนวิจัยเกี่ยวกับพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยงานวิจัยระดับ 2 จำนวน 6 เรื่อง (Quasi-Experimental Design) และระดับ 3 (Descriptive Design) จำนวน 3 เรื่อง พบว่าได้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ คัดเลือกผู้เข้าโครงการโดยแนวปฏิบัตินี้ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโครงการและติดต่อประสานงานไปยังทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินโครงการ โดยมีประเมินเจตคติการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการรักษาให้สุขศึกษา สาธิตการรับประทานยาและการบันทึกลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการดูแลต่อเนื่อง โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท คือ 1. ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่บ้าน ทำการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง 2. ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลทำการเยี่ยมที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง เยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง (1 ครั้ง/สัปดาห์)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

2.5 ทฤษฎีบรรลุเป้าหมายของคิง (King's Goal Attainment Theory) (King, 1981)

2.5.1 หลักการพื้นฐานของทฤษฎี (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535)

มโนทัศน์พื้นฐานในทฤษฎีของคิงสะท้อนถึงระบบเปิดเข้าสู่กระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยผ่านการใช้คำพูดและการใช้ท่าทางต่าง ๆ เน้นระบบการปฏิสัมพันธ์ (interaction) ในระดับบุคคลของกลุ่มและของสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ของคน สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล (นุศรา วิจิตรแก้ว, 2534 : 13) ดังนี้

1) คน คือ บุคคลซึ่งมีสังคม ความรู้สึก เหตุผล การรับรู้ การลงทุน การค้นหาเป้าหมาย การมุ่งปฏิบัติและการให้ความสำคัญกับเวลา คนมีสิทธิ์ในการรู้จักตัวเอง ร่วมตัดสินใจ ถ้ามีเหตุผลซึ่งให้ผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ ยอมรับหรือปฏิเสธการบริการสุขภาพ คนมีความต้องการพื้นฐานด้านสุขภาพ 3 ประการ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีประโยชน์และทันสมัย การดูแลเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และความช่วยเหลือเมื่อขาดความสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี

2) สิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยภายในและภายนอกในระบบเปิดที่ต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์โดยตรงกับคน และมีการแลกเปลี่ยนพลังงาน และข่าวสารระหว่างกัน

3) ภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่ไม่อยู่นิ่งในวงจรของชีวิต ถ้ามีการแทรกแซงวงจรชีวิต จะเกิดการเจ็บไข้ คนจะใช้ทรัพยากรส่วนตัวให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สำเร็จ โดยปรับตัวอย่างต่อเนื่องต่อภาวะเครียดจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก

4) การพยาบาล เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยซึ่งสังเกตได้ เพื่อมุ่งให้การช่วยเหลือบุคคลให้ดำรงภาวะสุขภาพให้ปฏิบัติบทบาทเหมาะสม การพยาบาลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ซึ่งทำให้เกิดการกระทำปฏิกิริยาและการติดต่อเกี่ยวข้อง การรับรู้ของพยาบาลและบุคคลจะมีอิทธิพลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน พยาบาลจะให้การส่งเสริม ช่อมแซม ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ และผู้ใกล้ตาย กระบวนการพยาบาลเพื่อการบริการในลักษณะวิชาชีพช่วยให้บุคคลสนองความต้องการด้านสังคม พยาบาลจะกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันเกี่ยวกับการรับรู้ของทั้งสองฝ่ายด้วยความเชื่อที่ว่า การรับรู้ที่ละเอียดรอบคอบช่วยให้บรรลุเป้าหมาย เกิดความเจริญงอกงามและพัฒนาการ ทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ การรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในบทบาทและการปฏิบัติบทบาททั้งของพยาบาลและตัวบุคคลที่สอดคล้องกลมกลืนกันจะทำให้เกิดการติดต่อเกี่ยวข้องที่ต่อเนื่อง ถ้ามีความขัดแย้งในบทบาทระหว่างกันอาจเกิดความเครียดได้ง่าย การพยาบาลที่มีเป้าหมายต้องคำนึงถึงระบบสังคมที่ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอย่างใกล้ชิด และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล พยาบาลต้องใช้ความรู้และทักษะเมื่อปฏิบัติกระบวนการพยาบาล เพื่อให้บุคคลเปิดเผยการรับรู้และความรู้เกี่ยวกับตัวเอง ให้พยาบาลได้ทราบเพื่อจัดกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการอย่างแท้จริง

คิงส์ได้รวบรวมมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลได้เรียนรู้ และทำความเข้าใจสำหรับสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยน ข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการแสดงออกของผู้ป่วย โดยแบ่งมโนทัศน์ ทางการพยาบาลที่ปฏิสัมพันธ์กันออกเป็น 3 ระบบ (ดาร์สัน โปธารส. 2542: 42-50) คือ ระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม ดังนี้

1. ระบบบุคคล (Personal System) ประกอบด้วย ตัวบุคคลซึ่งมีการรับรู้ อัดตา การเจริญ งามองงามและพัฒนาการ ภาพลักษณ์ สถานทีและเวลา โดยทีการรับรู้เป็นลักษณะเฉพาะตัวแรกทีมี อิทธิพลต่อพฤติกรรมเป็นตัวแทนความจริง เป็นสากล มีความเป็นอัตนัย และมีเอกลักษณ์ อัตตราเป็น สิ่งแวดล้อมเชิงอัตนัยทีสร้างความเป็นบุคคลทีเฉพาะเจาะจงในด้านความคิด เจตคติ ค่านิยม และ การแสดงออกด้วยการกระทำ ความเจริญงามองงามและพัฒนาการเป็นการเปลี่ยนแปลงทีั้งในระดับ เซลล์ ระดับโมเลกุลและพฤติกรรมทีเกิดขึ้นในตัวคน โดยจะเปลี่ยนแปลงอย่างมีระเบียบ ทำนายได้ แต่ยังคงเป็นตัวแปรเชิงอัตนัยเฉพาะบุคคล เช่นกัน ภาพลักษณ์เป็นการรับรู้ตนเองและปฏิภริยา ของคนอื่นเกียวกับสังขารร่างกายมีความเป็นอัตนัยค่อนข้างสูง และเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพร่างกาย และอารมณ์ เทศะ เป็นขอบเขต บริเวณ หรือเนื้อทีทางกายภาพทีเป็นสัดส่วนสำหรับบุคคลนัน และมีผลต่อพฤติกรรม กาละ เป็นลำดับของเหตุการณ์ทีเข้ามาสัมพันธ์กับบุคคล

ความหมายในแนวคิดต่างๆของระบบบุคคลมี ดังนี้

การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการนำข้อมูลทีมาจากความรู้สึก และความจำ มาเรียบเรียง (Organize) แปลผล (Interpret) และเปลี่ยนแปลง (Transfrom) เป็นกระบวนการ ของการจัดการ (Transaction) กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้เข้าใจประสบการณ์ ภาพลักษณ์ของบุคคล ทีมีต่อข้อเท็จจริงและมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพเกิดจากการรับรู้ตามความเป็นจริงของแต่ละบุคคลและพฤติกรรม ถูกกำหนดขึ้นตามการทีบุคคลนันมองว่าสุขภาพของตนเป็นอย่างไร (King. 1981) โดยก่อให้เกิด ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมทีแสดงออกเกียวกับสุขภาพทีดีและไม่ดี

การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Growth and Development) เป็นการเปลี่ยนแปลง ของความเป็นบุคคลทีเป็นผลมาจากทีั้งในระดับเซลล์โมเลกุลและพฤติกรรม เป็นความสามารถ ในการทำหน้าที่ทีสืบเนื่องมาจากพันธุกรรม เป็นผลมาจากประสบการณ์ทีฟังพอใจและมีความหมาย รวมทีั้งสภาพแวดล้อมทีเอื้ออำนวยให้บุคคลมุ่งสู่การมีวุฒิภาวะ

อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการโดยประสบการณ์ในอดีตจะส่งผลต่อการเผชิญปัญหา และการแก้ไขปัญหาทีเกิดขึ้นและส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกียวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผลและการตัดสินใจทีจะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ทีั้งนี้ อายุทีต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาทีแตกต่างกัน กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุหรือวุฒิภาวะสูงขึ้น

ย่อมสามารถประเมินสถานการณ์และเข้าใจความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุหรือวุฒิภาวะต่ำ และภาวะสุขภาพของแต่ละวัยก็แตกต่างกัน

เพศ นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพของบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นสิ่งที่แสดงออกถึงค่านิยมที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์

ระดับการศึกษา เป็นรากฐานที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิต หากบุคคลขาดความรู้ก็จะไม่สามารถตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล การศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดแก้ไขปัญหาในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ย่อมต้องการที่จะค้นคว้าหรือแสวงหาความรู้ เพื่อให้มีการตัดสินใจที่ดีและปฏิบัติตนได้ถูกต้องแตกต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งจะมีข้อจำกัดในการรับรู้ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง

ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล โดยกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักมีการศึกษาสูง ทำให้สามารถใช้ขบวนการทางสติปัญญาอย่างมีเหตุผล รู้จักดูแลสุขภาพอนามัย มีโอกาสติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจะลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ ส่วนผู้ที่รายได้ต่ำหรือปานกลางมักจะมีปัญหาทางการเงิน ทำให้เกิดความกังวลและเป็นทุกข์

ความเป็นตัวตน (Self) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ได้รับอิทธิพลจากการสะท้อนกลับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และก่อตัวเป็นบุคคลที่ถาวร

เวลา (Time) หมายถึง ช่วงห่างระหว่างการเกิดขึ้นของเหตุการณ์หนึ่งกับอีกเหตุการณ์หนึ่ง เป็นการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะการณ์หนึ่งไปยังอีกสภาวะการณ์หนึ่ง เวลาเป็นตัวบ่งบอกความเป็นเอกภาพของบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์ต่าง ๆ ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา เวลาจึงถูกนิยามโดยมุมมองของผู้สังเกตที่ต้องการบอกความเป็นตัวตนของผู้ถูกสังเกต ทำให้สามารถเรียงลำดับความเป็นมาเป็นไปของสถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคมได้ การรับรู้เกี่ยวกับเวลาของบุคคลหรือต้องการศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งในช่วงเวลาใด ๆ ของบุคคลจึงขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ สิ่งแวดล้อมที่ค่อนข้างคงที่หรือไม่เปลี่ยนแปลง จะทำให้บุคคลกำหนดเวลาที่จะศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้

ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เพราะโดยธรรมชาติมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ที่เจ็บป่วยในช่วงแรก ๆ อาจไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาพดีเนื่องจากยังไม่ได้รับความรู้และประสบการณ์ แต่เมื่อได้รับการรักษาและอาการของโรคดีขึ้น ผู้ป่วยจะค่อย ๆ เรียนรู้ในการเผชิญ

ภาวะเครียดอย่างเหมาะสม เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้นและแก้ไขปัญหา
มากขึ้นได้ตามลำดับ

ภาพลักษณ์ (Body Image) เป็นความคิดของบุคคลที่มีต่อตนเองหรือเป็นการรับรู้รูปร่าง
ของตนเอง ทั้งจากการรู้สติและไม่รู้สติ สามารถมองได้ 3 มิติ คือ ลักษณะทางกายภาพ จิตวิทยาและ
สังคมวิทยา เป็นการรับรู้ต่อรูปร่างหน้าตาของตนเอง เป็นปฏิกิริยาของผู้อื่นที่มีต่อรูปร่างหน้าตา
ตนเอง รวมทั้งปฏิกิริยาของผู้อื่นที่มีต่อความเป็นตัวของตัวเอง

พื้นที่เฉพาะ (Space) เป็นการแสดงออกถึงการมีอยู่ (Existing) ในทุกทิศทางทุกทางและจะมี
การมีอยู่เช่นนี้ในทุก ๆ ที่ หากพิจารณาในเชิงกายภาพแล้ว พื้นที่เฉพาะจะเป็นเนื้อที่ที่มีการใช้เวลา
เป็นองค์ประกอบ เป็นพื้นที่เชิงกายภาพหรือขอบเขตที่ถูกกำหนดขึ้นจากแสดงพฤติกรรมของบุคคล

การแสดงออกเพื่อแสดงพื้นที่ของบุคคลจะสังเกตได้จากลักษณะท่าทาง เพราะมีวัตถุประสงค์
และเป็นการบอกขอบเขตของตนที่เกิดจากการถูกลุกล้ำพื้นที่จากบุคคลอื่น ซึ่งการมีพื้นที่เฉพาะและ
การปกป้องพื้นที่เฉพาะของตนนั้นจะแสดงผ่านการสื่อสารแบบอวจนภาษาและการเปลี่ยนแปลงพื้นที่
เฉพาะที่มีต่อระยะห่างระหว่างบุคคลก็จะใช้การสื่อสาร เพื่อแสดงให้ผู้อื่นรับทราบถึงการเปลี่ยนแปลง
นี้ด้วยข้อความหรือสาระที่แตกต่างกันไปและพื้นที่เฉพาะของบุคคลจะสัมพันธ์กับเวลา ระยะห่าง
ระหว่างบุคคล เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ความมากน้อยของความสัมพันธ์ การรับรู้และ
ลักษณะการติดต่อสื่อสารที่จะใช้

2. ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal System) เป็นระบบที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับบุคคล
เมื่อมีความสัมพันธ์กันในสังคม เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน สื่อภาษาติดต่อกัน บทบาท ความเครียด
และการปรับตัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันยิ่งมากความซับซ้อนก็จะเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปฏิสัมพันธ์
ระหว่าง 2 คน 3 คน 4 คน หรือเป็นกลุ่มใหญ่ คนจะปฏิสัมพันธ์ด้วยภาษาพูด หรือภาษากายซึ่ง
แสดงออกด้วยพฤติกรรมเฉพาะตัว และจะมีสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง เกิดการรับรู้และสื่อภาษา
อย่างมีเป้าหมาย การสื่อภาษาเป็นการส่งข่าวคราวจากคนหนึ่งถึงอีกคนหนึ่ง ทั้งโดยการเผชิญหน้า
หรือด้วยการโทรศัพท์ถึงกัน หรือการเขียน ปฏิสัมพันธ์ในการสื่อภาษามุ่งเพื่อการหาข้อมูลข่าวสาร
เป็นสำคัญ การติดต่อเกี่ยวข้องเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน และสิ่งแวดล้อมด้วยความสำเร็จ
ตามเป้าหมาย บทบาท เป็นพฤติกรรมที่คาดหวังของบุคคลในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ทั้งนี้
ต้องสอดคล้องกับกฎระเบียบที่ยึดถือปฏิบัติในสถานภาพนั้นๆและยังมีผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์
ระหว่างบุคคลเกี่ยวข้องกันอยู่ ความเครียด เป็นการแลกเปลี่ยนพลังงานระหว่างคนและสิ่งแวดล้อม
ทั้งในทางบวกและทางลบ สิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในบุคคลอาจเป็นคน สิ่งของ หรือเหตุการณ์
ก็ได้ การปรับตัว เป็นความสามารถทางจิตที่จะปรับให้เกิดความกลมกลืนกับสิ่งเร้า
รับการเปลี่ยนแปลงได้ และคลายเครียด ความหมายของแนวคิดต่างๆในระบบระหว่างบุคคล มีดังนี้

บทบาท (Role) เป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ในตำแหน่งหน้าที่ของสังคมที่บุคคลถูกคาดหวังให้ปฏิบัติหรือเป็นระเบียบปฏิบัติที่แสดงสิทธิหรือภาระหน้าที่ที่บุคคลต้องกระทำในสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีความหมาย หากพิจารณาบทบาทของพยาบาลแล้ว จะหมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสถานการณ์ทางการพยาบาลที่พยาบาลแสดงออกตามหน้าที่เชิงวิชาชีพบนความรู้และทักษะทางการพยาบาล โดยใช้ความรู้และทักษะในการกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์เพื่อช่วยให้บุคคลบรรลุเป้าหมาย

การจัดการ การดำเนินการ (Transactions) เป็นกระบวนการของการมีปฏิสัมพันธ์ที่บุคคลแสดงออกด้วยการติดต่อสื่อสารกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บรรลุสิ่งที่ตนต้องการ การจัดการหรือการดำเนินการเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีเป้าหมาย เป็นการแลกเปลี่ยนสิ่งที่อีกฝ่ายหนึ่งต้องการแบบมีปฏิสัมพันธ์กันและช่วยเหลือให้อีกฝ่ายหนึ่งบรรลุเป้าหมาย การจัดการหรือการดำเนินการจึงเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับบุคคล เนื่องจากมีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุและเป้าหมายนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Human Interaction) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่แสดงพฤติกรรมต่อกันเป็นลำดับทั้งวจนและอวจนภาษาอย่างมีเป้าหมาย และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองคนเป็นส่วนหนึ่งของปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ซึ่งแต่ละคนจะนำความรู้ความ ต้องการ ความคาดหวัง การรับรู้ และประสบการณ์เดิมเข้ามาระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ด้วย รวมทั้งต่างฝ่ายต่างกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายของกันและกัน และหากทั้งสองฝ่ายต่างเห็นพ้องในเป้าหมายที่คิดว่าจะทำให้บรรลุได้ ก็จะเกิดการจัดการร่วมกัน (Transactions) การจัดการร่วมกันจึงหมายถึงการบรรลุถึงซึ่งเป้าหมาย แนวคิดหลักในปฏิสัมพันธ์ในระหว่างบุคคลจึงประกอบไปด้วย การรับรู้ (Perception) การสื่อสาร (Communication) และการจัดการร่วมกัน (Transactions)

ความเครียด (Stress) เป็นปัจจัยที่เป็นพลังงานอยู่ในระบบเปิดที่สามารถเพิ่มหรือลดได้ตามสิ่งกระตุ้นความเครียด (stressors) ความเครียดเป็นภาวะที่เป็นพลวัต ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมแล้วพยายามปรับให้ตนเองกลับให้มาอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อที่จะให้ตนเองเติบโต มีพัฒนาการและทำหน้าที่ตามปกติได้ การมีปฏิสัมพันธ์นี้จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนพลังงานและข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะปรับ (Regulate) หรือควบคุม (Control) ตัวกระตุ้นความเครียดไว้ สิ่งกระตุ้นความเครียดเป็นได้ทั้งบุคคล วัตถุสิ่งของและสถานการณ์รอบตัว มีผลต่อบุคคลได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ คือ เป็นสิ่งกระตุ้นเชิงสร้างสรรค์หรือเชิงทำลายก็ได้ ตัวกระตุ้นความเครียดจึงช่วยให้บุคคลบรรลุเป้าหมายหรือทำให้บุคคลล้มเหลวได้

ลาซาลัส และฟอล์คแมน (Lasarus and Frolkman, 1984) กล่าวว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันหรือสิ่งกระตุ้นความเครียดจะทำให้บุคคลรำคาญ วุ่นวายสับสน คับข้องใจแล้วส่งผลต่อขวัญกำลังใจ บทบาททางสังคมและทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Kanner, 1981) ทั้งนี้

ขึ้นกับจำนวนของความบ่อและความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นความเครียด หากสิ่งกระตุ้นความเครียดมีความบ่อสูง จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพไม่ดีได้

การสื่อสาร (Communication) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นวงล้อ หมุนไปข้างหน้าโดยมีตัวจักรของความสัมพันธ์และการคงไว้ ซึ่งความสัมพันธ์ของการพัฒนาบุคคล เป็นสิ่งที่เคลื่อนตัวไปอย่างต่อเนื่อง การมองการสื่อสารให้ครอบคลุมอย่างเป็นระบบจะต้องมองทั้งภายในและระหว่างบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆของทางที่จะเอื้อให้เกิดการสื่อสารภายใต้สิ่งแวดล้อมใดสิ่งแวดล้อมหนึ่งได้แก่ การใช้คำพูด การเขียน การแสดง ท่าทาง การใช้ภาพ สื่อหนังสือ โทรศัพท์ ระบบการขนส่ง เป็นต้น การสื่อสารเป็นกระบวนการทางสังคมพื้นฐานที่เอื้ออำนวยให้กลุ่มบุคคลและสังคมแสดงบทบาทหน้าที่ต่อกัน เป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เครื่องมือหรือวิธีการที่บุคคลแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันนั้นมีทั้งวจนและอวจนภาษาซึ่งบุคคลจะใช้แสดงออกซึ่งเป้าหมายและค่านิยมของตน

3. ระบบสังคม (Social System) เมื่อระบบระหว่างบุคคลเข้ามาอยู่ร่วมกันจะเกิดระบบใหญ่ ระบบสังคมประกอบด้วยบทบาททางสังคม พฤติกรรม และการปฏิบัติเพื่อรักษาค่านิยม องค์กร อำนาจการสั่งการ อำนาจส่วนตัว สถานภาพและการตัดสินใจ โดยองค์กรเป็นที่รวมของกลุ่มคนที่มีความสนใจคล้ายคลึงกัน มีบทบาท มีตำแหน่ง และมีทรัพยากรเพียงพอให้บรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลและขององค์กรเอง ลักษณะเฉพาะ 4 ประการที่เกิดขึ้นในองค์กร คือ จะต้องมียุทธศาสตร์ของคนแบบแผนพฤติกรรม ความต้องการ เป้าหมายและความคาดหวัง ซึ่งสิ่งแวดล้อมประกอบด้วยปัจจัยและทรัพยากรที่จำเป็น มีการรวมตัวของคนเป็นกลุ่มหรือคณะ และปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายรวมถึงการใช้เทคโนโลยีให้บรรลุเป้าหมาย อำนาจในตำแหน่ง คือพฤติกรรมที่สังเกตได้ในการแนะนำ สั่งการและรับผิดชอบให้มีการปฏิบัติในทันทีและต่อเนื่อง อำนาจเป็นความสามารถของการใช้ทรัพยากรให้บรรลุเป้าหมาย เป็นอิทธิพลที่คนหนึ่งมีเหนือคนอื่น อำนาจย่อมต้องกระทำตามสถานการณ์ มีเป้าหมายที่ชัดเจน และไม่หยุดนิ่ง สถานภาพเป็นตำแหน่งที่คนหนึ่งมีอยู่ในกลุ่มของตนเอง หรือกลุ่มอื่นภายในองค์กร ทั้งนี้ย่อมกำหนดด้วยหน้าที่ ความผูกพัน และเอกสิทธิ์ การตัดสินใจเป็นการปฏิบัติภายหลังมีการเลือกสิ่งที่จะรับรู้ได้ว่าจะบรรลุเป้าหมาย ความหมายของแนวคิดต่าง ๆ ในระบบสังคม มีดังนี้

องค์กร (Organization) บุคคลและกลุ่มบุคคลเป็นหน่วยสังคมหนึ่งในองค์กร องค์กร เป็นระบบหนึ่งที่มีกิจกรรมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่องค์กรต้องการ และในการทำกิจกรรมใด ๆ นั้น การแสดงบทบาทของบุคคลจะทำให้เห็นองค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งมีความสลับซับซ้อนว่ามีปฏิสัมพันธ์กับระบบต่าง ๆ ในองค์กรอย่างไร

การตัดสินใจ (Decision Making) เป็นกระบวนการที่มีความเป็นพลวัตและเป็นระบบของการเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีเป้าหมายจากทางเลือกต่าง ๆ ที่บุคคลรับรู้รับทราบเกี่ยวกับทางเลือก

เหล่านั้น ทางเลือกถูกกำหนดขึ้นจากการค้นหาคำตอบของบุคคลหรือกลุ่ม ซึ่งคำตอบนั้นต้องการให้มุ่งสู่เป้าหมายที่ต้องการบรรลุ กระบวนการของการตัดสินใจจะมีสถานการณ์ เหตุการณ์หรือปัญหาเข้ามาเกี่ยวข้อง การตัดสินใจจึงเกี่ยวข้องกับการนิยามปัญหา วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดทางเลือกของการกระทำที่ดีที่สุดให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ โดยมีการพิจารณาถึงความเสี่ยง ประโยชน์ที่จะได้รับ การลงทุนลงแรงที่จะต้องใช้เวลาและความมากมายของทรัพยากร การตัดสินใจเหล่านี้จะถูกแปลออกมาเป็นแผนที่จะกระทำ บุคคลที่ถูกคาดหวังจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจนั้นจะต้องมีส่วนร่วม (Participate) ในกระบวนการของการตัดสินใจและเป็นผู้กำหนดแผนของการกระทำว่าเป้าหมายบรรลุหรือไม่ หรือปัญหาได้รับการแก้ไขหรือไม่ อย่างไร โดยใช้ต้นทุนต่ำที่สุดและทำให้องค์กรหรือชุมชนได้รับผลกระทบน้อยที่สุด

อำนาจ (Power) เป็นกระบวนการของการที่บุคคลมีอิทธิพลเหนือคนอื่นหรือบุคคลยอมรับว่ามีสิ่งที่จะต้องกระทำ โดยอาจไม่ได้เต็มใจต่อการกระทำนั้น ๆ ก็ได้ อำนาจเป็นหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ เป็นความสามารถในการลดความขัดแย้ง และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นความสามารถของบุคคลหรือกลุ่มคนที่จะทำให้เกิดการบรรลุเป้าหมาย อำนาจเกิดขึ้นได้ในทุกแง่มุมของชีวิต ซึ่งการมีอำนาจของแต่ละคนขึ้นอยู่กับความเอื้ออำนวยของทรัพยากรและแรงผลักดันจากสถานการณ์แวดล้อม เป็นพลังหรืออิทธิพลของสังคมที่ช่วยจัดระเบียบและทำให้สังคมอยู่ได้ เป็นความสามารถในการใช้ และทำให้เกิดการระดมทรัพยากร เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เป็นพลังงานลักษณะหนึ่งที่สามารถนำมาใช้กำหนดทิศทางและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่ม

หน้าที่ (Authority) เป็นการกระทำใด ๆ ที่บุคคลรับรู้ว่าจะถูกต้องตามกฎหมายหรือถูกควรที่จะกระทำในบทบาทที่มีผลให้ได้หรือไม่ได้รับความดีความชอบ เป็นสิ่งที่จะต้องกระทำสำหรับผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะ เช่น วิชาชีพ รวมทั้งเป็นการกระทำต่อกันของบุคคลเพื่อแสดงออกถึงการมีภาวะผู้นำของตนภายในกลุ่ม หน้าที่เป็นกระบวนการของการจัดการหรือการดำเนินการ (Transactional Process) ด้วยตนเอง (Active) และมีการตอบสนองซึ่งกันและกัน (Reciprocal) บนพื้นฐานค่านิยม ภูมิหลังและการรับรู้ที่แต่ละคนแสดงออกมาตามที่ตนเองให้ความหมาย ตรวจสอบและยอมรับว่าต้องแสดงบทบาทนั้นๆ การที่บุคคลแสดงบทบาทต่ออีกคนหนึ่ง แสดงว่า บุคคลรู้ ยอมรับ และปฏิบัติตนให้สอดคล้องไปกับบทบาทของอีกฝ่ายหนึ่ง

สถานภาพ (Status) เป็นการแสดงตำแหน่งแห่งที่ของบุคคลในกลุ่มของตนหรือใช้เปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งให้เห็นการมีสิทธิพิเศษ หน้าที่และพันธะของตนที่จะต้องกระทำภายในกลุ่ม เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับบทบาทสถานภาพในสังคม เป็นมิติหนึ่งของการจัดชั้นในสังคม (Social Stratification) เป็นการบ่งชี้ว่าตนเป็นใคร ทำอะไร มีใครบ้างที่ตนเองรู้จัก และสิ่งที่ต้องการบรรลุเป้าหมายคืออะไร

2.5.2 ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมาย (A Theory of Goal Attainment)

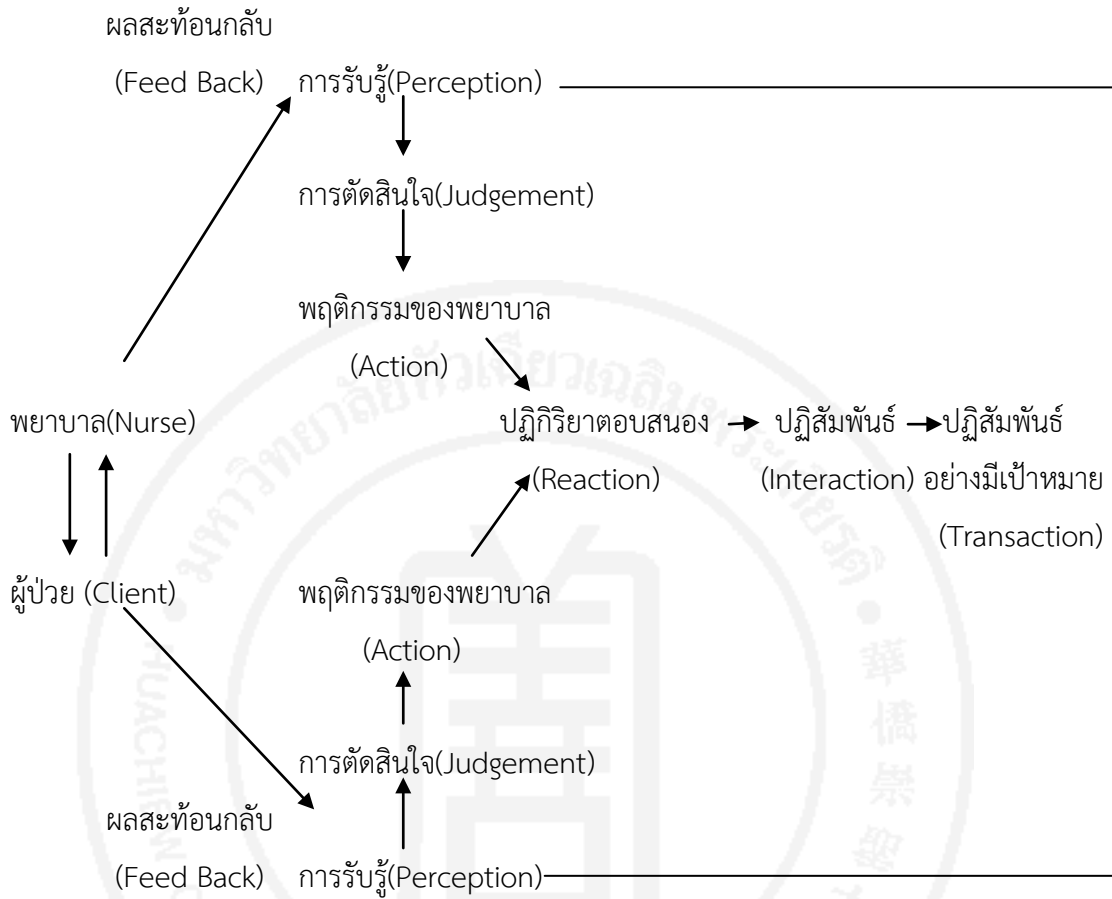
จากมโนทัศน์ใน 3 ระบบ คิงได้พัฒนาทฤษฎีการพยาบาลขึ้น ใช้ชื่อว่า ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมาย หรือทฤษฎีการบรรลุเป้าหมาย เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลจะมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน สร้างเป้าหมายร่วมกัน และมีการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย ในขณะที่พบกันครั้งแรก พยาบาลและบุคคลอาจเป็นคนแปลกหน้า แต่ก็จะหาทางช่วยเหลือภายในองค์กรสุขภาพที่บุคคลมาใช้บริการให้ดำรงภาวะสุขภาพ ในระบบตัวบุคคล และระหว่างบุคคล จะมีปฏิสัมพันธ์ มีการรับรู้ มีการสื่อสาร การติดต่อ บทบาท ความเครียด การเจริญงอกงามและพัฒนาการ กาลและเทศะ ซึ่งในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ ทั้งพยาบาลและบุคคลต่างก็มีลักษณะเฉพาะตัว เช่น ค่านิยม ความนึกคิด เจตคติ และการรับรู้ต่อการแลกเปลี่ยนระหว่างกัน ทั้งสองฝ่ายต่างก็พยายามหาจุดหมายด้วยกัน โดยการตัดสินใจประพฤติปฏิบัติด้วยกายและใจ ให้สอดคล้องบุคคลและสถานการณ์

1) คิงส์ได้เสนอแนวคิดในกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย (Transaction)

ในทฤษฎีนี้ ดังนี้

- (1) พฤติกรรมแสดง (Action) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้รับบริการ
- (2) ปฏิกริยาตอบสนอง (Reaction) หมายถึง ปฏิกริยาของผู้รับบริการต่อปัญหาหรือสิ่งรบกวน
- (3) สิ่งรบกวน (Disturbance) หมายถึง ปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนผู้รับบริการ ซึ่งทำให้ผู้นั้นต้องมาโรงพยาบาล
- (4) การกำหนดจุดมุ่งหมาย (Mutual Goal Setting) ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมกันค้นหาและกำหนดจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้
- (5) วิธีการปฏิบัติสู่เป้าหมาย (Explore Means to Achieve Goal) พยาบาลและผู้ให้บริการร่วมกันคิดค้นวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน
- (6) ข้อตกลงร่วมกัน (Agree to Means) ทั้งผู้รับบริการและพยาบาลจะต้องเห็นพ้องต้องกันและยอมรับในวิธีปฏิบัติดังกล่าว
- (7) ปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย (Transactions) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในขั้นสุดท้าย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจุดมุ่งหมายนั้นสำเร็จตามที่ตั้งไว้ ผู้รับบริการจะหลุดพ้นจากปัญหาที่รบกวนมาตั้งแต่ต้น และพยาบาลจะเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงมากที่สุด

แผนภูมิที่ 3 กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย



ที่มา: King, 1981 : 145

งานวิจัยที่แสดงถึงการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิงในการพัฒนาสุขภาพผู้ใช้บริการ มีดังนี้
 รัตน์ชรีญาภรณ์ คำราพิศ, หทัยชนก บัวเจริญ และทวีศักดิ์ กสิผล. (2556) ศึกษาผลของ
 โปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายตามทฤษฎีบรรลุเป้าหมายของคิงต่อพฤติกรรมควบคุม
 โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า หลังใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
 ควบคุมความดันโลหิตสูงโรคของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต
 ขณะหัวใจบีบตัวลดลง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 สุจิรา พรหมทองบุญ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรม
 การดูแลตนเองและค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่า
 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและ
 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน

และมีค่าฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยด้านการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และด้านการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก ด้านการงด/หลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ด้านการป้องกันภาวะโลหิตจางเพิ่ม และค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตไม่มีความแตกต่างกัน

2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.6.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ดังนี้

เออร์วิน (Erwin. 1976) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการพัฒนาแบบมีกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีบทบาท หรือเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมแก้ปัญหาของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมแบบเกี่ยวข้องอย่างแท้จริงของประชาชนให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชน การแก้ปัญหาร่วมกัน การใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุนติดตามผล ปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

อแลสเทอร์ (Alastair. 1982) ให้ความหมายว่า เป็นการร่วมตัดสินใจว่าอะไรควรทำ และทำอย่างไร ซึ่งได้แก่ การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

วัลภา พรหมฤทธิ์ (2550) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วม ว่าเป็นกระบวนการหรือวิธีการต่างๆที่เปิดโอกาส ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมชื่นชมในผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง หรือหลาย ๆ กิจกรรม โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่

พงศ์พันธ์ แก้วหาวงษ์ (2550) ระบุว่าการมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมของบุคคลต่าง ๆ ในการตัดสินใจ การดำเนินการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมสำรวจปัญหา ร่วมลงทุน ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือ ป้องกันและแก้ไขปัญหา และร่วมประเมินผล ในกิจการใดๆ ที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อพัฒนาความสามารถของตนเอง และเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ตามวัตถุประสงค์ที่กลุ่มบุคคลได้ร่วมกันกำหนดไว้

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วม คือ การที่บุคคล กลุ่มคน หรือองค์กรได้ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหา ร่วมดำเนินการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง โดยร่วมกันวางแผน ร่วมปฏิบัติงาน และร่วมติดตามผล การดำเนินงาน เพื่อพัฒนาสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือทำให้บุคคลได้ประโยชน์

จากการกระทำสิ่งเหล่านั้น ซึ่งในที่นี้คือการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด

2.6.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

เป็นการวิจัยที่มีการปฏิบัติ โดยผู้ปฏิบัติ และเพื่อผู้ปฏิบัติดำเนินการตั้งแต่ร่วมกันค้นหาปัญหา รวบรวมปัญหา วางแผนแก้ปัญหา และดำเนินการแก้ไขเพื่อให้เกิดผลดำเนินการนั้น ๆ (Zuber-Skeritt. 1996) เป็นการศึกษาที่มีความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับคุณค่าของประชาธิปไตย (Value of Democracy) และคุณค่าของความเป็นจริง ไม่มีการควบคุมและเน้นการให้อำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ร่วมในกระบวนการทุกคน วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพัฒนาขึ้นมาโดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสังคมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน จุดเน้น คือ การแก้ปัญหา (Problem Solving) ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงในขณะนั้น จึงเป็นรูปแบบการสืบสวน การสะท้อนการปฏิบัติของตนเอง (Self-Reflective Enquiry) ที่กระทำร่วมกันของผู้มีส่วนร่วมในสถานการณ์ทางสังคม เพื่อพัฒนาหาหลักการและเหตุผล และวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้พัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับภาวะของสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Kemmis & McTaggart. 1988)

คุณลักษณะเฉพาะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วม (Collaborative/Participatory) กล่าวคือ ประชาชนหรือกลุ่มปฏิบัติงานในสังคมใดสังคมหนึ่งร่วมมือกันวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน เก็บข้อมูลวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูล ตลอดกระบวนการวิจัย (Donald and Reginald. 1993) เพื่อแก้ไขหรือปรับปรุงการปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงแผนใหม่ เป็นเกลียววงจรหลายวงจรที่เกิดขึ้น จากการกำหนดแผนการปฏิบัติ (Action Plans) ที่ยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เพราะสภาพความเป็นจริงของสังคมมีความซับซ้อน ไม่อาจคาดคะเนการปฏิบัติที่จำเป็นล่วงหน้าได้ทุกอย่าง การปฏิบัติ และการสะท้อนการปฏิบัติจึงเป็นการกระทำที่คาบเกี่ยวกันเพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม (Kemmis & McTaggart. 1988)

2.6.3 ระดับของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Holter and Schwartz-Barcott. 1993)

ระดับที่ 1 ความร่วมมือในด้านเทคนิค (Technical Collaborative Approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับนี้มีเป้าหมายเพื่อทดสอบแบบแผนการแก้ปัญหาที่สร้างตามกรอบทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้ทราบว่าสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้หรือไม่ นักวิจัยได้กำหนดปัญหาล่วงหน้า รวมถึงระบุการเปลี่ยนแปลงและแผนปฏิบัติที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้เป็น

ความรู้เชิงทำนาย (Predictive Knowledge) ซึ่งช่วยตรวจสอบความตรง (Validation) และปรับแต่งทฤษฎีที่ใช้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ระดับที่ 2 ความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Collaborative Approach) เป็นระดับที่นักวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขที่เป็นไปได้ภายในสถานการณ์ที่ศึกษาจนเกิดความเข้าใจในมุมมองใหม่ร่วมกันจนเกิดแผนสำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลง มักใช้วิธีการอุปมาน (Induction Approach) ในการศึกษาซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจการปฏิบัติมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงคงทน แต่เกิดเฉพาะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น แบบแผนการแก้ปัญหาจะไม่ดำรงอยู่ หากบุคคลที่เกี่ยวข้องออกจากระบบหรือบุคคลใหม่หลายคนเข้ามาในระบบ ความรู้ที่ได้จากการวิจัยระดับนี้เป็นความรู้เชิงบรรยาย (Descriptive Knowledge) และนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่

ระดับที่ 3 การสร้างเสริมให้บุคคลสะท้อนคิดปัญหาและการปฏิบัติของตนเอง (Enhancement Approach) การวิจัยระดับนี้มีเป้าหมาย 2 ประการ คือ เพื่อลดช่องว่างระหว่างปัญหาที่ประสบในสถานการณ์เฉพาะกับทฤษฎีที่ใช้เพื่ออธิบายและแก้ปัญหาเหล่านั้น และเพื่อช่วยเหลือผู้ปฏิบัติในการค้นหาปัญหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นรากฐาน (Fundamental Problems) โดยการปลุกกระตุ้นการรู้สติของกลุ่ม (Collective Consciousness) วิธีนี้ส่งเสริมการค้นหาปัญหาและวิธีการแก้ไขด้วยตนเอง นักวิจัยเป็นเพียงผู้ช่วยให้เกิดการสะท้อนการปฏิบัติของตนเองอย่างลึกซึ้งจนเข้าใจอย่างถ่องแท้ ถึงความแตกต่างระหว่างข้อตกลงเบื้องต้นของการปฏิบัติที่กำหนดไว้และหลักเกณฑ์ที่ไม่ได้กำหนดไว้ แต่เป็นสิ่งที่กำกับการปฏิบัติที่เป็นอยู่ ผู้วิจัยเอื้ออำนวยให้ผู้ปฏิบัติร่วมอภิปรายเกี่ยวกับสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่างๆ ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กรภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและความขัดแย้งที่เกิดขึ้น การวิจัยระดับนี้ช่วยให้ได้ทฤษฎีใหม่ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความถาวร ความรู้ที่ได้มีทั้งความรู้เชิงบรรยาย และความรู้เชิงทำนาย (Descriptive and Predictive Knowledge)

งานวิจัยที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและเกิดผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน มีดังนี้ ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ (2550) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ที่มุ่งเน้นกลุ่มเยาวชนที่กำลังศึกษาในโรงเรียน โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบนี้ ประกอบด้วยการร่วมกันวางแผน ร่วมกันปฏิบัติตามแผน การสังเกตและการสะท้อนเพื่อประเมินผล และนำมาปรับปรุงพัฒนาเป็นแผนปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการสร้างเสริมความตระหนักในพิษภัยบุหรี่ที่สามารถที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือระหว่างพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู และสังคม

ดร.วรณ คัลังศรี (2556) ศึกษาการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในกระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา ผลพบว่าการใช้รูปแบบ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถพัฒนากระบวนการการทำงานและการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิได้ โดยมีปัจจัยภายใน คือ ประสบการณ์เดิมจากการทำงานของทีมวิจัย ความตระหนักถึงปัญหาของระบบ การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ความสามารถพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และการมีภาวะผู้นำ ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีผล ได้แก่ ความร่วมมือของทีมผู้สนับสนุนและผู้ป่วย รูปแบบการวิจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และช่วงเวลาดำเนินการวิจัยที่กำหนด

ยุพิน สาเรือง, วนิตา ดุรงค์ฤทธิชัย และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2557) ศึกษากระบวนการพัฒนาหุ้นส่วนสุขภาพเพื่อป้องกันการบาดเจ็บให้แก่เด็กวัยเรียนในชุมชน ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) การสร้างความเป็นหุ้นส่วนสุขภาพด้วยการประสานความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้มากำหนดแผนงานและโครงการร่วมกัน 2) การสร้างระบบรองรับการทำงานของหุ้นส่วนสุขภาพโดยใช้การประชุมทั้งทางตรงและอ้อมเพื่อให้ดำเนินการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ 3) การพัฒนาความต่อเนื่องของหุ้นส่วนสุขภาพด้วยการวิเคราะห์บทบาทร่วมกันและนำความคิดเห็นของหุ้นส่วนมาปรับบทบาทการทำงานให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง โครงการที่เกิดขึ้นมี 3 โครงการ คือ โครงการบ้านปลอดภัย โครงการโรงเรียนสีขาว และโครงการชุมชนปลอดภัย ไร้อุบัติเหตุ ผลการเปลี่ยนแปลงหลังพัฒนาหุ้นส่วนสุขภาพพบว่าจำนวนเด็กวัยเรียนได้รับบาดเจ็บลดลง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บของเด็กวัยเรียน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บให้แก่เด็กวัยเรียนของผู้ดูแล หรือผู้ปกครองสูงกว่าก่อนการพัฒนาหุ้นส่วนสุขภาพ

เอมมีลี (Emily. 2010) ศึกษาการมีส่วนร่วมของเยาวชนในการพัฒนาโรงเรียนมัธยมให้มีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาโอกาส ข้อจำกัด และกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญจากมุมมองของวัยเด็กตอนปลายและวัยรุ่นตอนต้น ผลพบว่า ขั้นตอนการดำเนินการอยู่ภายใต้ 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การกำหนดวิสัยทัศน์ คุณลักษณะของโรงเรียนและกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการของเยาวชน 2) การกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่จำเพาะต่อโรงเรียนทั้งในและนอกห้องเรียนให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะโครงการที่มีการจัดให้กับนักเรียนในระดับชั้น 6 และ 7

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย



