

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียมัยโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คิวโลซิส (*Mycobacterium Tuberculosis*) ที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพได้ทุกอวัยวะแต่พบมากที่สุดที่ปอด โดยติดต่อได้ง่ายจากการหายใจเอาละอองเสมหะที่มีขนาดเล็กประมาณ 1-5 ไมครอนที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรคจากการไอหรือจามของผู้ติดเชื้อวัณโรคปอดที่ยังไม่ได้รับการรักษาหายขาด (TB Disease) เข้าสู่ทางเดินหายใจ (Air Borne Transmission) ละอองเสมหะเหล่านี้มีเชื้อวัณโรคอยู่ประมาณ 1-3 ตัวต่อละอองฝอย ลักษณะการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในละอองเสมหะจะกระจายอยู่ในอากาศในบริเวณที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่มีอาการไอเท่านั้น ดังนั้นโอกาสติดเชื้อมีวัณโรคจึงสัมพันธ์กับระยะเวลาที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความหนาแน่นของปริมาณเชื้อโรค และปัจจัยด้านสุขภาพของผู้สัมผัสโรค จากการที่เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้ง่ายและรวดเร็ว ดังนั้น หลักการสำคัญในการควบคุมป้องกันวัณโรคจึงได้แก่ การตรวจพบการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่แหล่งแพร่โรคนั้นคือ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดจนหายขาดด้วยยา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ออกฤทธิ์ทำลายเชื้อและกลุ่มที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเชื้อวัณโรค ซึ่งต้องใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกัน (บัญญัติ ปริษญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2535, หน้า 138, 260-292)

แนวทางการควบคุมป้องกันวัณโรคของประเทศไทย เป็นแนวทางปฏิบัติที่รับมาจากองค์การอนามัยโลก ได้แก่ ยุทธศาสตร์การรักษาวัณโรคด้วยระบบระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS: Directly Observed Treatment, Short-Course) ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายอัตราการรักษาหายขาด (Cure Rate) ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85.00 แต่ในปีงบประมาณ 2546 ประเทศไทยได้ปรับเป้าหมายในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคเป็นอัตราความสำเร็จในการรักษา (Success Rate) ซึ่งเป็นผลรวมของอัตราการรักษาหายขาด (Cure Rate) และอัตราการรักษาคืบ (Complete Rate) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85.00 เช่นเดิม ยุทธศาสตร์การรักษาวัณโรคด้วยระบบระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS: Directly Observed Treatment, Short-Course) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การที่ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานชัดเจน การค้นหาผู้ป่วยเน้นการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ในผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรคที่ได้รับการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข มีการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบระยะสั้นมาตรฐานและต้องจัดหาให้พอเพียงในการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาภายใต้การควบคุมกำกับ (DOT: Directly Observed Treatment) และต้องมี

ระบบบันทึกข้อมูลรายงานที่ถูกต้องเพื่อติดตามประเมินผลได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบส่วนใหญ่เน้นด้านการบริหารจัดการของหน่วยงานบริการ ยกเว้น การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ภายใต้การควบคุมกำกับ (DOT) ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วย เนื่องจากการควบคุมกำกับกับการรับประทานยาให้ประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยร่วมกับความร่วมมือจากผู้ควบคุมกำกับที่อาจจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน หรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยก็ได้ สำหรับงานวิจัยนี้เน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาภายใต้การควบคุมกำกับของสมาชิกครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบสังคมย่อยที่มีศักยภาพสูงในการดูแลตนเองของสมาชิกครอบครัว จึงต้องรับผิดชอบการดูแลสุขภาพอนามัยสมาชิกครอบครัว (มัลลิกา มัติโก, 2530, หน้า 118-122) ซึ่งน่าจะมีความเป็นไปได้มากในการปฏิบัติให้ต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษา ทบทวนเอกสารทางวิชาการเรื่องวัณโรค ของ เพชรวรรณ พิงค์ศรี และวีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์ (2542, หน้า 83) พบว่าการศึกษาประสิทธิภาพที่สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ควบคุมกำกับกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราการรักษาหายขาดอยู่ในช่วงร้อยละ 73.00-83.00 อย่างไรก็ดี การรักษาวัณโรคปอด ต้องใช้ระยะเวลาการรักษายาวนาน ประกอบกับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรค และอาการข้างเคียงจากยา ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคส่วนหนึ่งไม่มารับการรักษาไม่ครบตามแผนการรักษา และกลายเป็นแหล่งแพร่เชื้อวัณโรคที่สำคัญในชุมชน ผลการประเมินการดำเนินงานจึงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด

ความล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาด ทำให้เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของวัณโรคทั่วโลก โดยพบว่าปี พ.ศ. 2533 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 7.5 ล้านคน (143 คน ต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็น 8.8 ล้านคน (152 รายต่อแสนประชากร) และปี พ.ศ. 2543 จำนวน 10.2 ล้านคน (163 รายต่อแสนประชากร) (World Health Organization, 1997 อ้างถึงใน สมศรี ธรรมโม, 2544, หน้า 1; สมาน สยามภูจินันท์, 2545) คิดเป็นอุบัติการณ์ของวัณโรคประมาณ 8 ล้านคนต่อปี โดยร้อยละ 95.00 ของผู้ป่วยใหม่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และความชุกของวัณโรคทั่วโลกประมาณ 16-20 ล้านคน โดย 8-10 ล้านคนของจำนวนนี้หรือประมาณ 1 ใน 2 ของผู้ป่วยใหม่เป็นผู้ที่มีเชื้อวัณโรคในเสมหะซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ (กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546 ก, หน้า 1) และองค์การอนามัยโลกยังได้คาดประมาณไว้ว่าในปี 2545-2563 จะมีผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่โดยรวมทั้งที่มีอาการและยังไม่มีอาการแสดงประมาณ 1000 ล้านคน ในจำนวนนี้ 150 ล้านคนจะมีอาการป่วยเป็นวัณโรค และ 36 ล้านคนจะเสียชีวิต (WHO, 2002 อ้างถึงใน สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547; เศรษฐพร ช.ในสวรราชกูร, 2547; เชิดเกียรติ แก้วกลกิจ, 2546) ซึ่งในการป้องกันควบคุมวัณโรค จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อวัณโรคในเสมหะ โดยการรักษาหายขาด

เป็นอันดับแรก

สำหรับสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปีสัปดาห์ของสำนักโรคติดต่อ (สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548 ก, ข; เศรษฐพร ชในศวรรยางกูร, 2547; เชิดเกียรติ แก้วกลีกริจ, 2546) พบว่า อัตราป่วยด้วยวัณโรคทั้งหมดในช่วงปี 2544-2546 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย คือ 30,333, 31,325 และ 34,643 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 48.37, 49.97 และ 55.04 ต่อแสนประชากร ในขณะที่อัตราตายมีแนวโน้มลดลง คือ 0.46, 0.35 และ 0.35 ต่อแสนประชากร โดยในปี 2544-2547 พบว่า มากกว่าร้อยละ 80.00 ของผู้ป่วยวัณโรคเป็นวัณโรคปอดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน คือ 25,834, 26,348, 29,542 และ 31,821 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 41.60, 42.12, 46.94 และ 50.89 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนว่าแม้ในปัจจุบันจะมียาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาวัณโรค ทำให้วัณโรคไม่ใช่สาเหตุที่รุนแรงของการเสียชีวิต แต่วัณโรคยังคงเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วย เพราะจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดซึ่งเป็นวัณโรคที่สามารถแพร่ กระจายเชื้อได้อยู่ในระดับสูง ประเทศไทยจึงยังมีปัญหาในการควบคุมป้องกันวัณโรคตามเป้าหมาย

เมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของเขต 3 ในปีงบประมาณ 2543-2547 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี, 2548) แม้ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย แต่ผลการควบคุมป้องกันวัณโรคค่อนข้างคงที่ คือ อัตราการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อวัณโรคให้หายขาด (Cure Rate) ประมาณร้อยละ 60.00 อัตราความสำเร็จในการรักษา (Success Rate) อยู่ในช่วงร้อยละ 66.00-70.00 และอัตราขาดยาอยู่ในช่วงร้อยละ 14.00-18.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์วัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี ปีงบประมาณ 2543-2547

ปีงบประมาณ	อัตราการรักษา หายขาด	อัตราการรักษา ครบ	อัตราความสำเร็จ ในการรักษา	อัตราขาดยา
2543	61.90	8.67	70.57	15.33
2544	61.37	5.43	66.80	18.70
2545	60.03	6.33	66.37	15.43
2546	60.00	6.20	66.20	17.97
2547	61.60	8.77	70.37	14.10

โดยจังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบ
เชื้อต่ำกว่าเป้าหมาย ดังผลการประเมินในปีงบประมาณ 2543-2547 ของ สำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 3 ชลบุรี (2548) พบอัตราการรักษาหายขาดในกลุ่มดังกล่าว ร้อยละ 55.00-64.00 อัตรา
ความสำเร็จในการรักษา (Success Rate) อยู่ในช่วงร้อยละ 60.00-67.00 และอัตราขาดยา ร้อยละ
13.00-21.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานการณ์วัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อของจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2543-
2547

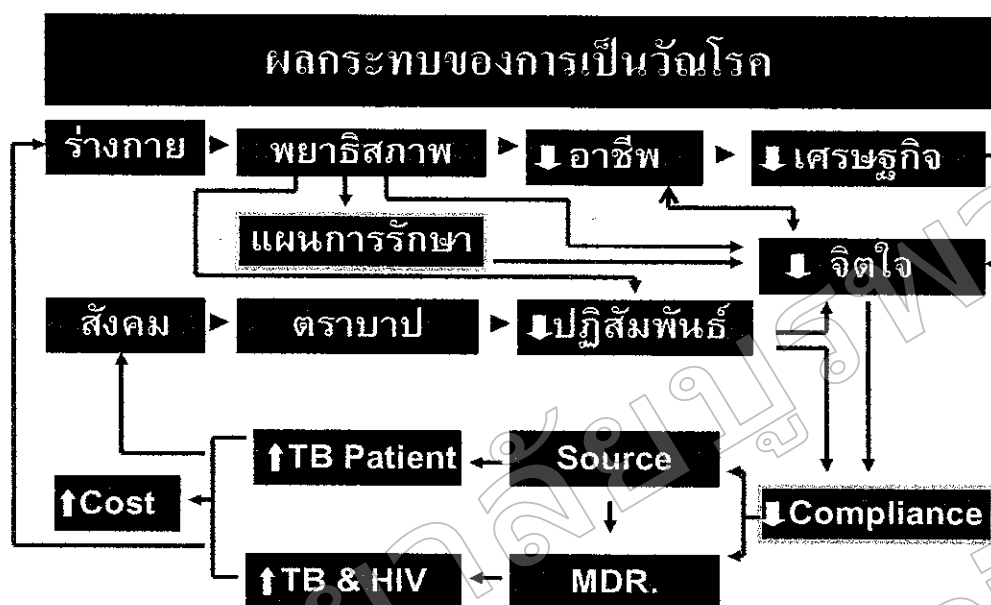
ปีงบประมาณ	อัตราการรักษา หายขาด	อัตราการรักษา ครบ	อัตราความสำเร็จ ในการรักษา	อัตราขาดยา
2543	59.87	7.33	67.20	16.47
2544	63.83	1.90	65.73	19.43
2545	64.03	3.37	67.40	13.17
2546	56.07	3.97	60.03	21.87
2547	55.90	8.17	64.07	21.90

ซึ่งเมื่อศึกษาข้อมูลเฉพาะ โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ใน
ปีงบประมาณ 2543-2547 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี, 2548) พบว่า อัตราความสำเร็จ
ในการรักษา ร้อยละ 45.00-60.00 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศไทย และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยผลงาน
ของจังหวัดชลบุรีด้วย แต่มีอัตราขาดยา ร้อยละ 28.00-47.00 สูงกว่าอัตราขาดยาเฉลี่ยของจังหวัด
ชลบุรี ประมาณ 2 เท่า ดังตารางที่ 3 โดยสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากความไม่ครอบคลุมใน
การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาภายใต้การควบคุมกำกับ (DOT) ดังนั้น โรงพยาบาลอ่าวอุดม
อำเภอสัตหีบจึงเป็นสถานบริการแห่งหนึ่งที่ยังมีปัญหาในการป้องกันควบคุมวัณโรคปอด

ตารางที่ 3 สถานการณ์วัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อของโรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสัตหีบ
ปีงบประมาณ 2543-2547

ปีงบประมาณ	อัตราการรักษา หายขาด	อัตราการรักษา ครบ	อัตราความสำเร็จ ในการรักษา	อัตราขาดยา
2543	49.12	7.02	56.14	33.33
2544	47.83	13.04	60.87	34.78
2545	56.57	0	56.57	28.28
2546	53.85	0	53.85	29.23
2547	45.00	0	45.00	46.67

ผลที่ตามมาจากการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การรักษาล้มเหลว ผู้ป่วยกลายเป็นแหล่งแพร่เชื้อวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดยาในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา เพราะผู้ป่วยมักจะมีอาการดีขึ้นหลังรับประทานยาขณะที่เชื้อวัณโรคในร่างกายยังคงอยู่ จึงยังคงแพร่โรคไปยังบุคคลข้างเคียง ครอบครัวและชุมชนได้ รวมทั้งอาการของตนเองกลับกำเริบได้อีกภายหลังเมื่อร่างกายอ่อนแอจึงเกิดการดื้อยาของเชื้อวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื้อยาไอโซไนอาซิด (Isoniacid) และไรแฟมปีซิน (Rifampicin) โดยการดื้อยาจะเกิดร่วมกับยาอื่นหรือไม่ก็ได้ (MDR-TB, Multi-Drug Resistant Tuberculosis) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับมารับการรักษาอีก จึงต้องเปลี่ยนแผนการรักษาโดยใช้สูตรยาใหม่ที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานขึ้น จึงมีผลให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้การเพิ่มแหล่งแพร่เชื้อวัณโรคส่งผลต่ออัตราการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เคยรับเชื้อวัณโรคมาก่อน อาจเกิดวัณโรคปอดรุนแรงและแพร่กระจายได้เมื่อได้รับเชื้อวัณโรคครั้งแรกเพราะมีภูมิคุ้มกันต่ำ ในขณะที่ร้อยละ 90.00 ของผู้ติดเชื้อวัณโรคปอดภูมิคุ้มกันทั่วไปจะไม่เกิดการเจ็บป่วย แต่ประมาณร้อยละ 10.00 เท่านั้นที่จะมีโอกาสเป็นผู้ป่วยวัณโรค โดยร้อยละ 5.00 จะกลายเป็นวัณโรคระยะสงบในร่างกายและอีกร้อยละ 5.00 จะถูกกลายทำให้ป่วยเป็นวัณโรคได้ภายใน 5 ปีแรก (พิพัฒน์ ลักขมิจรัสกุล, 2543, หน้า 87) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ผลกระทบของการเป็นวัณโรค (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

เมื่อศึกษาผลการวิจัยสาเหตุการขาดยา พบว่ามีความสอดคล้องกัน ดังเช่น งานวิจัยของ ศูนย์วัณโรคเขต 4 ราชบุรี (บุญเชิด ถัดพิวง, พดา ลิ้มปัสายชล และฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, 2538) ที่ศึกษาสาเหตุผู้ป่วยวัณโรคผิดนัดรับยาในระยะเข้มข้น เนื่องจากความท้อแท้ในการรักษา ดิการกิจ ขาดรายได้ แพ้ยา มีอาการข้างเคียงของยา เบื่อหน่ายและหมดความอดทน เดินทางไม่สะดวก การขาดความเอาใจใส่และการติดตามจากเจ้าหน้าที่ เช่นเดียวกับ อร่าไพ วิริยะไชย (2538) และ สพรังศักดิ์ จุลเดช (2540) พบสาเหตุเพิ่มเติมของการขาดยาว่าผู้ป่วยลืมวันนัด ไม่ทราบว่าจะต้องมา ตรงนัด หุดยาเองเพราะอาการดีขึ้นจึงคิดว่าหายแล้วและมีโรคแทรกระหว่างการรักษา สพรังศักดิ์ จุลเดช (2540) พบผู้ป่วยขาดยาเนื่องจากลืม พบมากถึงร้อยละ 66.00 สาเหตุต่าง ๆ ของ การขาดยาข้างต้น สะท้อนถึงการขาดประสิทธิภาพของการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาภายใต้ การควบคุมกำกับ ผู้ป่วยจึงขาดการรับรู้แผนการรักษาที่ถูกต้องและขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ ตลอดการรักษาที่ค่อนข้างนาน

สำหรับการขาดยาเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา พบมากในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษา เนื่องจาก 1 ใน 2 ของผู้ป่วยวัณโรคเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาไอโซไนอาซิด

(Isoniacid) ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) และพัยราซินามิด (Pyrazinamide) ในช่วงเวลาดังกล่าว โดยพบการแพ้ยาในช่วง 1 สัปดาห์แรกร้อยละ 54.88 ผู้ป่วยมีอาการทางระบบผิวหนังมากที่สุด ร้อยละ 34.49 ผลข้างเคียงจากการใช้ยาเกิดในกลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุ 45-54 ปี มากกว่าผู้ป่วยช่วงอายุ 15-24 ปี และ 35-44 ปี (กรรณิการ์ วิศุทธวิรรณ, สมชัย จิรโรจน์วัฒนะ และชูชัย ตูลาภรณ์, 2538, หน้า 263) เช่นเดียวกับ อุไร พุ่มฤกษ์ และรัตนา ชัยสุขสุวรรณ (2539, หน้า 103) ที่พบว่า 1 ใน 3 ของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวัณโรคในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา พบใน สัปดาห์ที่ 1 ร้อยละ 30.49 สัปดาห์ที่ 2 ร้อยละ 36.59 นอกจากนี้ วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, คาวรุ่ง ศิลาจำรูญ, สมเกียรติ วงษ์ทิม และฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (2546, หน้า 29-31) ซึ่งศึกษาผลข้างเคียงจากยา รักษาวัณโรคสูตรมาตรฐานระยะสั้น ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2543 ถึง สิงหาคม 2544 จำนวน 200 คน ศึกษาไปข้างหน้าแบบเฝ้าสังเกตและสอบถามถึงผลข้างเคียงจากการรักษาวัณโรคในผู้ป่วย วัณโรคใหม่ทุกคนที่ได้รับยา 2HRZE/ 4HR ที่หน่วยโรคปอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ร้อยละ 29.00 มีผลข้างเคียงจากการรับประทานยารักษาวัณโรค และที่สำคัญคือผู้ป่วยวัณโรคที่แพ้ยา จำนวน 55 ใน 58 คน มีอาการข้างเคียง ใน 2 สัปดาห์แรก ดังนั้นช่วงเวลา 2 สัปดาห์แรกของการ เริ่มต้นการรักษาวัณโรค จึงเป็นช่วงเวลาที่ควรให้ความสำคัญกับการติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการขาดการรักษาตามที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า สอดคล้องกับ การจัดกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแล ตามแนวคิดของ เบรนนอน (Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาชาล, 2543, หน้า 16) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยและการรักษา ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย และปัจจัยด้านประชากร ซึ่งมีความสำคัญสำหรับการกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกรูปแบบตัวอย่าง เข้าสู่การวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค อาการข้างเคียง ของยา ความซับซ้อนของการรักษาและระยะเวลาในการรักษา ซึ่งผู้วิจัยจะศึกษาเฉพาะผู้ป่วย วัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อวัณโรค ที่ได้รับการรักษาวัณโรคด้วยสูตรยา 2 HRZE/ 4HR เท่านั้น เพื่อ ป้องกันความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่างเรื่องปัจจัยด้านความเจ็บป่วยและการรักษา
2. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร ระหว่างเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับผู้ป่วยและระยะเวลาในการรอพบแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างทีม สุขภาพและผู้ป่วย ประเมินได้จากความพึงพอใจ แต่ ปรีวรรณ แสงพิทักษ์ (2541, หน้า 8) พบว่า ความพึงพอใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด อย่างไร ก็ดี กลุ่มตัวอย่างทุกรายในงานวิจัยนี้จะ ได้รับการบริการจากทีมสุขภาพเดียวกัน

3. ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความสะดวกในการมารับการรักษา ที่อยู่ปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน การอยู่ร่วมกันของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ฐานะการเงินของครอบครัว และการได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจากสถานบริการ (ยุวดี โชติวัฒนพงษ์, 2537) การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล บรรทัดฐานและทัศนคติของบุคคลและความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการปฏิบัติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า

เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1987, p. 35 อ้างถึงใน หงษ์ทอง อัสวชนานนท์, 2537, หน้า 101) ซึ่ง เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543, หน้า 78) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอด โดยเพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าเพศชาย 2.44 เท่า (ชนะ นฤมาน, 2540, หน้า 44) และเพศหญิงสนองตอบต่อการติดตามมารับบริการสูงกว่าเพศชาย (สมใจ บำรุงตระกูล, ทิพย์ กลับลศรี และยุพิน ทอนทอง, 2539, หน้า 217) แต่มีการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด (หงษ์ทอง อัสวชนานนท์, 2537, หน้า 101) และไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด (ยุวดี โชติวัฒนพงษ์, 2537, หน้า 96)

อายุ เบคเกอร์ (Becker, 1973, p. 88 อ้างถึงใน พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537, หน้า 35) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมาก ๆ หรือน้อย ๆ จะไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาตามแผนการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 1987, p. 35 อ้างถึงใน หงษ์ทอง อัสวชนานนท์, 2537, หน้า 101) ที่กล่าวไว้ว่า อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะและประสบการณ์ทำให้บุคคลมีการตอบสนองต่อสถานการณ์แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ของ จารุวรรณ มานะสุการ (2530) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา แต่ศึกษาที่ได้ผลตรงกันข้าม ได้แก่ การศึกษาของ ยุวดี โชติวัฒนพงษ์ (2537, หน้า 96) พบว่า อายุไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด เช่นเดียวกับ หงษ์ทอง อัสวชนานนท์ (2537, หน้า 57) และ เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543, หน้า 79)

การศึกษา ประยงค์ สัจพงษ์ (2534, หน้า ก) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค สอดคล้องกับ ปวีรพรรณ แสงพิทักษ์ (2541, หน้า 8) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยปวีรพรรณแบ่งระดับการศึกษาเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ป.1-ป.4 และสูงกว่า ป.4 ขึ้นไป แต่ ยุวดี โชติวัฒนพงษ์ (2537, หน้า 99) พบว่า การศึกษาไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด หงษ์ทอง อัสวชนานนท์ (2537, หน้า 57) พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับ

ความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วน ชนะ นฤมาน (2540, หน้า 57) และ เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543, หน้า 80) พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอด

สถานภาพสมรส เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543, หน้า 80) ศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอด เช่นเดียวกับ ประสบสุข อินทรักษา (2534, หน้า ก) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สมจิต หนูเจริญกุล และประครอง อินทรสมบัติ (2531, หน้า 135) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพคู่ จะรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า และแยก แต่ผลการศึกษาร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เกิดจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวของ ยุวดี โชติวัฒนพงษ์ (2537, หน้า 96) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาวัณโรค แม้ว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มที่เป็น โสด หม้าย หย่า และแยก สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535, หน้า 46) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

อาชีพ มีผลการศึกษา พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอด (ยุวดี โชติวัฒนพงษ์, 2537, หน้า 99; เกื้อกูล ถนอมกิจ, 2543, หน้า 80) ในขณะที่ ปรีวรรณ แสงพิทักษ์ (2541, หน้า 8) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด สอดคล้องกับ ชนะ นฤมาน (2540, หน้า 58) พบว่า อาชีพที่มีสถานที่ทำงานแน่นอน ลักษณะงานอยู่กับที่ ไม่ต้องไปทำงานต่างจังหวัด และสามารถลางานเมื่อต้องมารักษาหรือมาตรวจตามนัด เป็นลักษณะอาชีพที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ต้องย้ายที่ทำงานบ่อย ๆ หรือหยุดงาน ไม่ได้ ส่วนผู้ที่มีลักษณะอาชีพไม่เป็นไปตามลักษณะทั้งสามประการนั้น หมายความว่า เป็นอาชีพที่มีลักษณะไม่เอื้ออำนวยต่อการรักษา

ความสะดวกในการมารับการรักษา ชนะ นฤมาน (2540) พบว่า ความสะดวกในการมารับการรักษามีผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษา แต่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสัตร์ราชา ซึ่งมีลักษณะพื้นที่และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้เคียงกัน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีความสะดวกในการมารับการรักษาที่เนื่องมาจากที่อยู่อาศัย และการเดินทางที่ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยุวดี โชติวัฒนพงษ์ (2537) พบว่า ปัจจัยด้านประชากรที่ไม่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ที่อยู่ปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน การอยู่ร่วมกันของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัวฐานะการเงินของครอบครัว และการได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจากสถานบริการ

ส่วนปัจจัยด้านประชากร ด้านอื่น ๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล บรรทัดฐานและทัศนคติของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการปฏิบัติตัว เป็นปัจจัยที่สามารถจัดการให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่ถูกต้อง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดจากการรับรู้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536, หน้า 165-184) ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม จึงสรุปได้ว่า มีปัจจัยด้านประชากรที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา จำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ลักษณะอาชีพ และสถานภาพสมรส ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ควบคุมกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดด้วยการจับคู่ (Matching) ตัวแปรเพศ และอายุ ส่วนการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะอาชีพ ผู้วิจัยควบคุมโดยใช้สถิติ

และจากการศึกษาแนวคิดในการสร้างความร่วมมือในการรักษา พบว่า แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถทำนายการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคได้ร้อยละ 33.00 (ธารารัตน์ ดวงแข, 2541; เกื้อกูล ถนอมกิจ, 2543, หน้า 88) โดยแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมีแนวคิดว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยสัมพันธ์กับความพร้อมที่จะปฏิบัติและปัจจัยร่วม ความพร้อมที่จะปฏิบัติ ประกอบด้วย แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้คุณค่าของการลดภาวะการเจ็บป่วย ซึ่ง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ โอกาสที่จะลดภาวะการเจ็บป่วยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่ง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นเอง ดังเช่นผลการศึกษาของ ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และอนงค์ทิพย์ ดุลยไชย (2536, หน้า 40) และ อร่าไพ วิริยะไชย (2538, หน้า 110) ที่พบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมี่ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรค (อร่าไพ วิริยะไชย, 2538, หน้า 110) และ ชนะ นฤมาน (2540, หน้า 59) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยอื่นต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหรือการเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ มาประยุกต์ในโปรแกรมการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ

สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคม มัลลิกา มัติโก (2530) กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนจากครอบครัว เพราะการรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัวเป็นภารกิจหนึ่งของครอบครัว การรับผิดชอบดังกล่าวหมายถึงการกระตุ้นเตือน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมาตามนัดและปฏิบัติตาม

คำแนะนำในการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่ง ปรวิรรธ แสงพิทักษ์ (2541, หน้า 14) พบว่า ถ้าครอบครัวไม่ให้การสนับสนุนหรือให้การสนับสนุนน้อย ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มขาดการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวให้การสนับสนุนปานกลางถึงมาก สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536, หน้า 165-184) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญและจำเป็นมากในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเลิกปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล หลังจากไปปฏิบัติไปแล้วช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติบทบาทผู้ควบคุมกำกับ การรับประทานยาโรค ตามกลยุทธ์การรักษาโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกต โดยตรง (Directly Observed Treatment หรือ DOT) โดยกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ทำหน้าที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981 อ้างถึงใน นิธิวดี วัฒนะภราดา, 2543, หน้า 31) ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือแก่ผู้ป่วย โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สมาชิกครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคมระดับทุติยภูมิ ได้แก่ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลชุมชน พยาบาลชุมชน มีบทบาทในการติดตามดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป โดยประเมินภาวะสุขภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชน วิเคราะห์สาเหตุ และจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน หรือฟื้นฟูสภาพตามความเหมาะสม เพื่อให้บุคคลเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และควบคุมปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ให้ส่งผลกระทบต่อชุมชนน้อยที่สุด หรือ ไม่มีเลย ด้วยเทคนิคต่าง ๆ เช่น การสอน แนะนำหรือให้คำปรึกษาโดยจัดบริการรายบุคคล รายครอบครัวหรือกลุ่มบุคคล สำหรับสถานที่ให้บริการอาจจะเป็นบ้านหรือสถานที่อื่นในชุมชนที่เหมาะสม และพยาบาลชุมชนอาจปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพนั้นด้วยตนเอง หรือสอนผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และประชาชนในละแวกใกล้เคียงที่เกี่ยวข้อง ให้ปฏิบัติได้ตาม สถานการณ์ผู้ป่วยแต่ละราย (สุภาณี อ่อนวิจิตร และฤทัยพร ศรีตรง, 2544) โดยมีการเยี่ยมบ้านเป็น เครื่องมือที่สำคัญ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยและประชาชนในชุมชนต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดี การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงจะช่วยให้เข้าใจ รับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและชุมชน ได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งได้ศึกษาสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพระหว่าง ครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวกับชุมชน ซึ่งอาจจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยและการปฏิบัติตามแผนการรักษา จากบทบาทพยาบาลชุมชนดังกล่าว พยาบาลชุมชนจึงต้อง ติดตามผู้ป่วยโรค โรคปอดในชุมชนให้ปฏิบัติถูกต้องตามแผนการรักษา เพื่อลดการแพร่เชื้อ ป้องกัน การติดเชื้อวัณโรค ลดงบประมาณในการดูแลรักษา เพราะวัณโรคเป็น โรคติดต่อ สามารถแพร่เชื้อ ไปสู่สิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น การเยี่ยมบ้านจึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการติดตามให้บริการสุขภาพ แก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการเยี่ยมบ้าน ได้ดำเนินการตามโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นผู้ป่วยวัณโรคชนิดคอตีบและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคชนิดดื้อยา สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่สมาชิกครอบครัวจะเป็นผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ สร้างการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค สร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยสมาชิกครอบครัวและพยาบาลชุมชน จากนั้นศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งนี้คาดว่า การเยี่ยมบ้านตาม โปรแกรมการเยี่ยมบ้านจะเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ช่วยสนับสนุนการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งหายขาดตามแผนการรักษา ลดงบประมาณในการป้องกันควบคุมวัณโรคภายในช่วงเวลาที่เหมาะสมของครอบครัว ชุมชนและงบประมาณในภาพรวมของประเทศไทย อาทิเช่น ค่าเวชภัณฑ์ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา นอกจากนี้ยังเป็นการนำกลวิธีทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน ซึ่งได้แก่การเยี่ยมบ้าน มาใช้ให้เกิดประโยชน์กับประชาชนอย่างแท้จริง

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยสมาชิกครอบครัวและพยาบาลชุมชน จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพและมีอัตราการตรวจเสมหะ ไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มควบคุมซึ่งรับบริการในคลินิกวัณโรคตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหรือการเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยสมาชิกครอบครัวและพยาบาลชุมชน ต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ และอัตราการตรวจเสมหะ ไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น (Sputum Conversion Rate) ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดชลบุรี

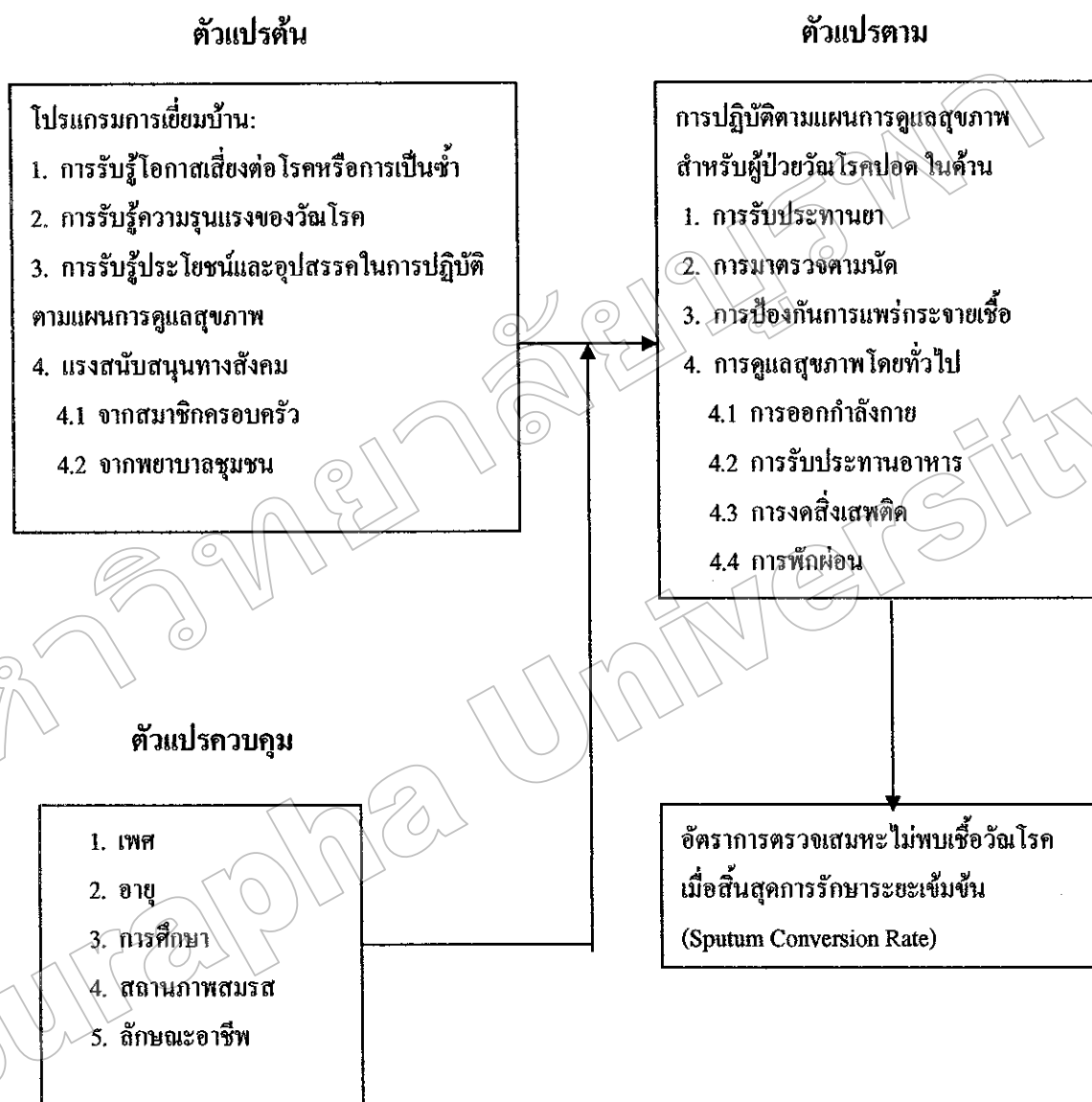
โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ

1. เปรียบเทียบการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบอัตราการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น (Sputum Conversion Rate) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีอัตราการตรวจเสมหะ ไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น (Sputum Conversion Rate) มากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้รูปแบบโปรแกรมการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดให้ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน สามารถนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านไปประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน และผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

3. อัตราการรักษาหายขาดของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสรีราชา เพิ่มขึ้น ทำให้แหล่งแพร่เชื้อวัณโรคลดลง ส่งผลให้อัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และอัตราผู้ป่วยเอดส์ติดเชื้อวัณโรคของโรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสรีราชา ไม่เพิ่มขึ้น

4. อัตราการเกิดวัณโรคคือยาของโรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสรีราชา ไม่เพิ่มขึ้น จากการที่ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาจนหายขาด ทำให้ลดการสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยวัณโรคชนิดคือยา

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาลักษณะของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยสมาชิกครอบครัวและพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยวัณโรคที่ต้อง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดจากการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคโดยการย้อมสีทึบกรด (AFB Stain) และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ รับการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น 6 เดือน ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ.2550 รวมทั้งเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี

โดยมีตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด และอัตราการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา ระยะเข้มข้น (Sputum Conversion Rate) ตัวแปรควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรสและลักษณะอาชีพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคทั้งชายและหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดจากการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคโดยวิธีย้อมสีทึบกรด (AFB Stain) อย่างน้อย 1 ครั้ง ขึ้นทะเบียนรับการรักษา ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสรีราชา

2. โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน หมายถึง กระบวนการเชิงรุกของพยาบาลชุมชนที่ออกไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อเนื่องจากการมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยเยี่ยมบ้าน ทุก 1 สัปดาห์ รวม 4 ครั้งติดต่อกัน ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30-45 นาที เริ่มต้นเยี่ยมบ้านในสัปดาห์แรกของการรักษาวัณโรค กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

2.1 เตรียมความพร้อมสมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลหลัก ในการดูแล
ให้ผู้ป่วยวันโรคปอดปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ

2.2 สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลชุมชน กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

2.3 ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ด้วยการตรวจวัดสัญญาณชีพ ชักประวัติอาการ
ทั่วไปและอาการข้างเคียงจากยา ประเมินสิ่งแวดล้อม เก็บปัสสาวะเพื่อส่งเคมีและลักษณะทั่วไป

2.4 สรุปความต้องการ การดูแลสุขภาพและวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยให้สมาชิก
ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย

2.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ โดยการประเมินและสร้างการรับรู้
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและวันโรคกลับซ้ำ สร้างการรับรู้ความรุนแรงของวันโรค สร้างการรับรู้
ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

2.6 กระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย

2.7 พยาบาลชุมชนให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย

3. สมาชิกครอบครัว หมายถึง ผู้ควบคุมกำกับการรับประทานยาวันโรคที่อาศัยอยู่ใน
ครัวเรือนเดียวกันกับผู้ป่วยวันโรคปอด ทำหน้าที่เป็นดูแลหลักในการรับประทานยาวันโรค 1 คน
ต่อครัวเรือน ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

4. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การให้การประเมิน
ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือที่ส่งผลให้ผู้ป่วยวันโรคปอดปฏิบัติตาม
แผนการดูแลสุขภาพ โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สมาชิกครอบครัว และ
แหล่งสนับสนุนทางสังคมระดับทุติยภูมิ ได้แก่ พยาบาลชุมชน

4.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวด้านต่าง ๆ มีดังนี้

4.1.1 ด้านอารมณ์ โดยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับประทานยา
แสดงความรักเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา เอาใจใส่การประกอบกิจวัตรประจำวัน

4.1.2 ด้านการให้การประเมิน โดยการสังเกตและสอบถามอาการข้างเคียงจากยา
อาการเปลี่ยนแปลงทั่วไป และปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ

4.1.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ให้คำแนะนำการรับประทานยา การไปตรวจและ
รับยาตามนัด การเก็บเสมหะส่งตรวจตามกำหนด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวันโรค การออก
กำลังกายเป็นประจำ การรับประทานอาหารถูกต้อง การงดสิ่งเสพติดและพักผ่อนให้เพียงพอ

4.1.4 ด้านเครื่องมือ โดยการจัดยาต่อมือ ติดตามจำนวนยาที่ใช้ไปและยาที่เหลือ
จัดเตรียมอาหาร พาผู้ป่วยไปออกกำลังกาย ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ และพาผู้ป่วยไปตรวจ
ตามที่แพทย์นัด

4.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลชุมชน ด้านต่าง ๆ มีดังนี้

4.2.1 ด้านอารมณ์ โดยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการรับประทานยา เอาใจใส่ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา กระตุ้นเตือนสมาชิกครอบครัวในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยและควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ

4.2.2 ด้านการให้การประเมิน โดยประเมินผลการรักษา สังเกตและสอบถามอาการข้างเคียงจากยา อาการเปลี่ยนแปลงทั่วไปและปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ

4.2.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ และสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรค

4.2.4 ด้านเครื่องมือ โดยสนับสนุนผ้าเช็ดหน้า จำนวน 2 ผืนต่อผู้ป่วย 1 ราย

5. การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT: Directly Observed Treatment) หมายถึง การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยระบบยาระยะสั้นสูตร 2 HRZE/ 4 HR คือ 2 เดือนแรกของการรักษาให้รับประทานยา 4 ตัว ได้แก่ H, R, Z, E ทุกวัน และ 4 เดือนหลังให้ H, R ทุกวัน (H = Isoniacid, R = Rifampicin, Z = Pyrazinamide, E = Ethambutal) โดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง

6. การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยวัณโรคปอดตามแผนการรักษาของแพทย์และการกระทำตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลและสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับ

6.1 การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดรับประทานยาวัณโรคครบชนิด ขนาด และเวลา เป็นประจำทุกวัน

6.2 การมาตรวจตามนัด หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดมารับการตรวจจากแพทย์ และมารับยาตรงตามวันนัด ก่อนหรือหลังวันนัดไม่เกิน 7 วัน

6.3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคปอดในการป้องกันไม่ให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายไปยังผู้อื่นเมื่อไอหรือจาม การทำลายเชื้อจากเสมหะและสิ่งปนเปื้อนเสมหะ การทำความสะอาดภาชนะ เครื่องใช้ต่าง ๆ รวมถึงการหลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านขณะที่ยังพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ

6.4 การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป หมายถึง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การงดสิ่งเสพติดและการพักผ่อนในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก

โดยแบบสัมภาษณ์มีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่ได้ปฏิบัติ

7. การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีย้อมสี (Sputum Smear) หมายถึง การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีย้อมสีทึบกรด (AFB Stain) แล้วตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ รายงานผลการตรวจเสมหะว่าพบเชื้อวัณโรคหรือไม่พบเชื้อวัณโรค แล้วบันทึกไว้ในรายงานประวัติการรักษาของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการวินิจฉัยวัณโรคปอดและการติดตามประเมินผลการรักษา

8. อัตราการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น (Sputum Conversion Rate) หมายถึง ผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคของกลุ่มตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 2 โดยคิดเป็นอัตรา

9. คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสัตหิรา หมายถึง หน่วยงานที่จัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคทุกวันอังคารที่ไม่ใช่วันหยุดราชการ เวลา 08.00-15.00 นาฬิกา โดยให้บริการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค จินตนาการเป็นผู้ป่วยวัณโรค จำยา เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการรับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา เตรียมความพร้อมผู้ควบคุมกำกับในการทำหน้าที่ควบคุมกำกับกำกับการรับประทานยาวัณโรค และให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย ติดตามให้ผู้ป่วยมารับการรักษาครบตามแผนการรักษา

10. ตัวแปรควบคุม หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะอาชีพ มีรายละเอียด ดังนี้

10.1 เพศ หมายถึง ลักษณะที่ทำให้รู้ว่าเป็นชายหรือหญิง

10.2 อายุ หมายถึง จำนวนปีเต็ม นับจากวันเกิดถึงวันเก็บข้อมูล

10.3 การศึกษา หมายถึง ระดับการเรียนรู้สูงสุดของผู้ป่วยวัณโรคปอด แบ่งเป็นไม่ได้เรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

10.4 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพทางการสมรสของผู้ป่วยวัณโรคปอด แบ่งเป็น สถานภาพสมรสคู่ โสด และหม้าย หย่าร้าง

10.5 ลักษณะอาชีพ หมายถึง งานที่ผู้ป่วยวัณโรคทำอยู่เป็นประจำเพื่อเลี้ยงชีพ เป็นงานที่ทำแล้วได้รับค่าจ้าง เงินเดือน ผลกำไรหรือสิ่งตอบแทนที่อาจจะไม่ใช่ตัวเงิน แบ่งเป็นงานที่สะดวกต่อการรักษาและงานที่ไม่สะดวกต่อการรักษา โดยพิจารณาจากสถานที่ปฏิบัติงาน การเดินทางไปปฏิบัติงาน และความเป็นไปได้ในการขออนุญาตลางานไปรับการรักษา ดังนี้

10.5.1 งานที่สะดวกต่อการรักษา หมายถึง งานที่มีสถานที่ทำงานแน่นอน ไม่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัดเพื่อปฏิบัติงานนั้น ๆ และผู้ป่วยสามารถขออนุญาตลางานไปรับการรักษาต่อเนื่องตามนัดได้

10.5.2 งานที่ไม่สะดวกต่อการรักษา หมายถึง งานที่มีสถานที่ทำงานไม่แน่นอน ต้องเดินทางไปต่างจังหวัดเพื่อปฏิบัติงานนั้น ๆ ในบางครั้งหรือเป็นประจำ และผู้ป่วยไม่สามารถขออนุญาตลางานเพื่อไปรับการรักษาต่อเนื่องตามนัดได้

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University