

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหรือการเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยสมาชิกครอบครัวและพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดจากการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะด้วยการย้อมสีทึบกรด (AFB Stain) และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคด้วยสูตรระยะสั้น 6 เดือน ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี รักษาด้วยยาสูตร 2HRZE/ 4 HR อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีจะพบเชื้อหรือไม่พบก็ได้ จำนวน 50 ราย คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ควบคุมตัวแปรเพศและอายุด้วยการจับคู่ ควบคุมตัวแปรการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะอาชีพด้วยหลักการทางสถิติ ใช้สถิติที (Independent t-test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบอัตราการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการตรวจเสมหะแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอดซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.82 ค่าความเที่ยง .87 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์และเอกสารเกี่ยวกับวัณโรคปอด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2549-มีนาคม 2550 โดยการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 4 ครั้งติดต่อกัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติของคลินิกวัณโรค เมื่อสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 2 ผู้วิจัยติดตามผลการตรวจเสมหะจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยรายบุคคล และสัมภาษณ์การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 1 ครั้ง

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า 1 ใน 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 55.00 และ 50.00) ส่วนมากใช้สิทธิ์บัตรทองหรือบัตร 30 บาทในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 85.00 และ 90.00) ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน (ร้อยละ 55.00 และ 70.00) ส่วนตัวนี้มวลกายระดับปกติและต่ำ ประมาณ 1 ต่อ 1 และร้อยละ 15.00 ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตรวจเลือดพบเชื้อเอดส์ แต่กลุ่มทดลองมีบุคคลกลุ่มอื่น ๆ และคู่สมรสเป็นผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 35.00 และ 30.00 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคู่สมรสและบิดามารดาเป็นผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 40.00 และ 20.00 ตามลำดับ

สำหรับเพศและอายุของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเกณฑ์ในการจับคู่ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.00) อายุระหว่าง 35-44 ปี (ร้อยละ 35.00) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.00 และ 50.00) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 45.00 และ 50.00) และมีลักษณะอาชีพที่สะดวกต่อการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสัตร์ราชา (ร้อยละ 90.00 และ 70.00) โดยระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะอาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($\chi^2 = 0.64$, p-value = .73, $\chi^2 = 4.09$, p-value = 0.13 และ $\chi^2 = 2.50$, p-value = 0.24 ตามลำดับ)

ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพทั่วไปก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ($M = 1.10$, $SD = 0.48$ และ $M = 1.04$, $SD = 0.28$) แต่ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ($t = 2.54$, p-value = .01) โดยคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 1.60$, $SD = 0.24$ และ $M = 1.37$, $SD = 0.32$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 1

ส่วนผลการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการทดลอง พบว่า ตรวจเสมหะ ไม่พบเชื้อวัณโรค ร้อยละ 96.00 และ 68.00 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ เมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นดังกล่าว พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 (Fisher's Exact Test = 3.24, p-value = .12) จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 2

นอกจากนี้ยังพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาการข้างเคียงจากยาวัณโรคเกิดขึ้นตั้งแต่สัปดาห์แรกของการรักษา และพบในทุกระยะของโรค อาการข้างเคียงจากยาวัณโรคไม่รุนแรงที่พบมากที่สุดในการทดลองนี้ ได้แก่ ผื่นร่วมกับอาการคัน พบในกลุ่มทดลอง 7 ราย และ

กลุ่มควบคุม 6 ราย รองลงมาได้แก่ ผื่น (ไม่คัน) พบในกลุ่มทดลอง 4 ราย และกลุ่มควบคุม 5 ราย ส่วนอาการข้างเคียงจากยาที่รุนแรง พบว่า กลุ่มควบคุมมีอาการตับอักเสบ 1 ราย ซึ่งแพทย์ได้ให้การรักษาวินโรคต่อภายใต้การติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด

การอภิปรายผล

สมมุติฐานข้อ 1

1. กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า ความแตกต่างนั้นมีผลจากโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ของ เบคเกอร์ (Becker & Maiman, 1980 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536, หน้า 118-119) และแรงสนับสนุนทางสังคม ของ เฮาส์ (House, 1981 อ้างถึงใน นิวัติ วัฒนะภราดา, 2543, หน้า 31) โดยใช้กิจกรรมอภิปรายกลุ่มร่วมด้วย การเยี่ยมบ้าน เป็นกลวิธีที่ทำให้พยาบาลชุมชนมีโอกาสเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวในบ้านหรือที่พักอาศัย เพื่อส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกและครอบครัว โดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ วินสัน (Winson, 1989, p. 45) ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านทำให้พยาบาลเข้าใจ รับรู้ปัญหาและความต้องการของบุคคลเป้าหมายและสมาชิกครอบครัวได้เป็นอย่างดี ดังเช่น ผู้ป่วยที่ไม่ได้ไปตรวจรับยาในวันนัดรายหนึ่ง กล่าวว่า ”วันนัดนะ ป้าจำได้ บัตรทองป้าก็มี แต่ป้าไม่มีเงินค่ารถโดยสารที่จะไปรับยา (30 บาท)” นอกจากนี้ยังได้ศึกษาสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพภายในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับชุมชน ได้รับความไว้วางใจ และร่วมมือปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ โดยผู้ป่วยจะแสดงให้ทราบด้วยท่าทางหรือคำพูด “จะมารับยารักษาโรคต่อที่โรงพยาบาลอ่าวนี้อะแหละ เพราะเจ้าหน้าที่ให้ความสนใจดูแลถึงบ้าน” สอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และประนอม หลิมสมบุญ (2536, หน้า 22-34) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีอัตราการมารับการรักษาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน

การอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการที่ผสมผสานกับกระบวนการเยี่ยมบ้านของพยาบาลชุมชน ได้เป็นอย่างดี เพราะขั้นตอนการเยี่ยมบ้านได้นำไปสู่การเปิดประเด็นอภิปรายปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย จากนั้นการอภิปรายกลุ่มได้สะท้อนความคิดของสมาชิกกลุ่มในประเด็นเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ เช่น ความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับสาเหตุของการเป็นวินโรคปอดของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว 2 ราย “สาเหตุที่ป่วยเป็นวินโรคนี้เพราะอะไร? ไม่รู้เหมือนกันว่าเป็นได้ยังไง สงสัยว่าเป็นเพราะสูบบุหรี่” สะท้อนความรู้ลึก

เกี่ยวกับเรื่องที่ยกไปขาย เช่น คำกล่าวของกลุ่มทดลองรายหนึ่ง “ดูรู้แล้วว่าควรจะกินอะไรบ้าง ถูกหลานก็ซื้อหามาให้ ทั้งหมดทั้งผก แต่ดูกิน ไม่ลงเพราะเคี้ยวไม่ออก ฟันไม่ค่อยดี” หรือการบอกเล่าถึงการปฏิบัติที่สะท้อนให้ทราบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงเวลาซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง “กินยาก่อนนอนตามที่แนะนำทุกครั้งแหละ วันไหนนอนเร็วก็กินเร็ว เข้านอนช้าก็กินยา แต่ไม่เคยลืมกินยาเลย” ซึ่งนำไปสู่การได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ดังข้อสรุปของ คลิน (Klein, 1972, p. 124 อ้างถึงใน อรรักษ์ไพ วิเศษไชย, 2538, หน้า 121) ที่กล่าวว่า การอภิปรายกลุ่ม ทำให้ได้แสดงความคิดเห็นจากประสบการณ์ที่มีมาก่อน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาทางจิตใจตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นตามมา ในการอภิปรายกลุ่ม ได้นำวิธีทัศนและภาพประกอบมาเป็นสื่อประกอบเพื่อโน้มน้าวให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคได้ชัดเจนขึ้น ซึ่ง สุปรียา ต้นสกุล และคณะ (2546, หน้า 135-143) พบว่า การอภิปรายกลุ่ม มีผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคปอดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เช่นเดียวกับผลการศึกษา ของ นิธิวดี วัฒนะภราดา (2543) ที่ใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการหลัก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับประเด็นอภิปรายในการทดลองนี้ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ

แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ของ เบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker & Maiman, 1980 อ้างถึงใน ประภาพัณ สุวรรณ และสวีส สุวรรณ, 2536, หน้า 118-119) เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ โดยการเรียนรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเป็นวัณโรค เป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย ส่วนการเรียนรู้ผลดีเปรียบเทียบกับอุปสรรคในการรักษา จะทำให้บุคคลเชื่อมั่นว่ามีโอกาสรักษาวัณโรคหายขาด รู้สึกไว้วางใจและยอมรับประสิทธิภาพของการรักษา จึงเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผลจากการอภิปรายกลุ่มจึงทำให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรคกลับซ้ำ วัณโรคชนิดคือยา ความรุนแรงจากวัณโรคต่อตนเองและครอบครัว ขณะที่การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพจะช่วยให้หลีกเลี่ยงจากปัญหาดังกล่าวได้ นอกจากนี้การมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลชุมชนยังทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนะ นฤมาน (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเชื่อด้านสุขภาพสูง มีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพต่ำ และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับอย่างสม่ำเสมอ (Caplan, 1976 อ้างถึงใน สุภาภรณ์ วัฒนาร, 2543, หน้า 26, เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543, หน้า 34) และแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลชุมชน เป็นบทบาทในกระบวนการเยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติด้านความรู้ การปฏิบัติด้านปฏิสัมพันธ์ และการปฏิบัติด้านทักษะการพยาบาล (สุภาณี อ่อนวิจิตร และฤทัยพร ตรีตรง, 2544, หน้า 66-75; ยุวดี ลีรัตนวิระ, 2545) แรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจะช่วยให้แผนการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment หรือ DOT) มีความเป็นไปได้มากขึ้น เนื่องจากอัตรากำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะเป็นผู้ควบคุมกำกับผู้ป่วยมีจำกัด ดังนั้น สมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยอยู่แล้ว จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมที่จะได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ รู้สึกอบอุ่นจากการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว โดยมีพยาบาลชุมชนเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนร่วมด้วย จึงเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เป็นสิ่งเร้าภายนอกที่มีผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้น (Becker & Maiman, 1980 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536, หน้า 118-119) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534, หน้า 56) ซึ่งพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ขณะ นฤมาน (2540) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ อรรภา ไพ วินทะไชย (2538) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำมากยิ่งขึ้น และ อริศรา สุวธีรพันธุ์ (2536) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การประยุกต์แนวคิดการให้แรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ร่วมกับการเยี่ยมบ้านดังกล่าว งานวิจัยครั้งนี้ เกิดผลดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มทดลองทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ จึงสะท้อนปัญหาออกมาให้พยาบาลชุมชนทราบและให้การสนับสนุนได้ตรงประเด็น ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจึงให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ, 2540, หน้า 67; พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537, หน้า 95; ปวีวรรณ แสงพิทักษ์, 2541, หน้า 8) และสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอด (เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543, หน้า 89)

2. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองยังมีการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2.1 ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป กลุ่มทดลองไม่สามารถออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาที ให้อยู่ในระดับดีได้ เนื่องจากการทดลองครั้งนี้ เป็นการศึกษา ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ ที่แสดงถึงความรุนแรงจากวัณโรคปอด เนื่องจากการตรวจเสมหะจะพบเชื้อวัณโรคได้เมื่อมีปริมาณเชื้อวัณโรคมากกว่า 10 เซลล์ต่อ ลูกบาศก์มิลลิลิตร การทดลองนี้ได้ดำเนินการในระยะเข้มข้น หรือ 2 เดือนแรกของการรักษา ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของการรักษาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีอาการของวัณโรคปอด ได้แก่ ไข้ช่วงบ่ายหรือค่ำ ไอเรื้อรัง เมื่ออาหารและน้ำหนักลด ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย และผู้ป่วยยังอาจเกิดอาการข้างเคียงจาก ยาวัณโรคด้วย เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้น ร่วมกับการเจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย จึงยังไม่สามารถออกกำลังกายตามที่ได้รับคำแนะนำได้

2.2 ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การปฏิบัติที่กลุ่มทดลองไม่สามารถปฏิบัติ ในระดับดี ได้แก่ การใช้ผ้าปิดปากจมูกทุกครั้งเมื่อไอ ($M = 1.22$, $SD = 0.55$) การบ้วนเสมหะลง ภาชนะที่มีฝาปิด ($M = 1.39$, $SD = 0.50$) การทำลายเสมหะจากภาชนะรองรับเสมหะ โดยทิ้งลง โถส้วมราดน้ำ ทำความสะอาดหรือเผาไฟ ($M = 1.44$, $SD = 0.51$) การนอนห้องเดียวกับสมาชิก ครอบครัวคนอื่น ($M = 1.24$, $SD = 0.97$) และการเดินทางไปในที่ที่มีผู้คนมาก ๆ เช่น ตลาดนัด/ ห้างสรรพสินค้า/ โรงพยาบาล ($M = 1.00$, $SD = 0.56$)

ซึ่งการที่กลุ่มทดลองไม่ใช้ผ้าปิดปากจมูกทุกครั้งเมื่อไอ เนื่องจากรู้สึกอึดอัดที่ต้องผูกผ้าปิด ปากจมูก รู้สึกว่าหายใจไม่ออกและพูดคุยไม่สะดวกเมื่อผูกผ้าปิดปากจมูก ไม่มีเงินซื้อผ้าปิดปาก จมูกหรือผ้าเช็ดหน้า ไม่คุ้นเคยกับการเตรียมผ้าเช็ดหน้าติดตัวและการนำออกมาใช้ปิดปากเมื่อไอ ส่วนการบ้วนเสมหะลงภาชนะที่มีฝาปิดและการทำลายเสมหะที่ถูกต้องนั้น ในขณะที่ผู้ป่วยยังมี อาการอ่อนเพลียมากและนอนพักอยู่กับที่ จะบ้วนเสมหะลงภาชนะที่มีฝาปิดและทำลายเสมหะ ถูกต้องทุกราย แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ผู้ป่วยจึงไม่ยอมบ้วน เสมหะลงภาชนะที่มีฝาปิดอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การกำจัดเสมหะไม่ถูกต้องด้วย ดังนั้นจึงควรติด เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

การนอนห้องเดียวกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ($M = 1.24$, $SD = 0.97$) กลุ่มทดลองไม่ สามารถปฏิบัติในระดับดีได้เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีสภาพที่พักอาศัยจำกัด มีห้องนอนเพียง 1 ห้อง ไม่สามารถแยกห้องนอนได้ ซึ่งผู้ป่วยได้พยายามหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดด้วยการนอน หันหลังให้สมาชิกครอบครัวที่จำเป็นต้องนอนร่วมกัน ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านเหล่านี้ทำให้

พยาบาลชุมชนได้ทราบสภาพการเป็นอยู่ที่แท้จริงที่เป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติตามคำแนะนำ จะเป็นแนวทางปรับปรุงการให้คำแนะนำที่เป็นไปได้ เช่น ในที่อยู่อาศัยที่จำกัดแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ผ้ากันเป็นม่านระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวขณะนอนพักผ่อน เป็นต้น

การเดินทางไปในที่มีผู้คนมาก ๆ เช่น ตลาดนัด/ ห้างสรรพสินค้า/ โรงภาพยนตร์ ($M = 1.00, SD = 0.56$) กลุ่มทดลองไม่สามารถปฏิบัติในระดับดีได้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความจำเริญด้านเศรษฐกิจและบทบาทสมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลา สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องออกไปประกอบอาชีพ จึงต้องเดินทางไปในที่มีผู้คนมาก ๆ เช่น การเดินทางด้วยรถโดยสาร หรือไปซื้อของที่ตลาดนัด ซึ่งในด้านการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติเช่นนั้นได้ภายหลังการรักษา 2 สัปดาห์แรก เนื่องจากประสิทธิภาพของยาวัณโรคในเบื้องต้นทำให้เชื้อวัณโรคไม่แพร่กระจาย แต่เมื่อพิจารณาด้านโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มเติมจากผู้อื่น นับว่ามีโอกาสเป็นไปได้สูงกว่าในภาวะปกติเนื่องจากร่างกายอ่อนแอขณะที่ผู้ป่วยยอมรับว่าอายุ และไม่คุ้นเคยกับการผูกผ้าปิดปากจมูกคงเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เนื่องจากรู้สึกว่าคุณแตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่น ดังนั้นจึงควรสร้างสุขนิสัยในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากโรคติดต่อทางเดินหายใจด้วยการผูกผ้าปิดปากและจมูกทั้งในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจโรคอื่น ๆ

สมมุติฐานข้อ 2

กลุ่มทดลองมีอัตราการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 25 คู่ พบว่า กลุ่มทดลองตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค ร้อยละ 96.00 ส่วนกลุ่มควบคุมตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค ร้อยละ 68.00 แต่ผลการเปรียบเทียบอัตราการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการทดลองครบตามโปรแกรม จำนวน 20 คู่ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .05$ (Fisher's Exact Test = 3.24, $p\text{-value} = .12$) จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

ผลการวิจัยที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากประสิทธิภาพยาวัณโรคสูตร CAT 1 หรือ 2 HRZE/ 4HR ที่ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับเป็นสูตรยาวัณโรคระยะต้นประสิทธิภาพสูงโดยเฉพาะระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกของการรักษา ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้รับยาไอโซไนอาซิด (H), ไรแฟมปีซิน (R), พัยราซิโนไมด์ (Z) และอีแรมบิวตอล (E) ยาทั้ง 4 ขนานได้ร่วมกันออกฤทธิ์ครอบคลุมทั้งการฆ่าเชื้อและยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรคที่แบ่งตัวไม่พร้อมกันในตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จึงตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ซึ่ง

สอดคล้องกับการทดลองของ ดิกคินสัน (Dickinson, 1977, pp. 116, 627-635 อ้างถึงใน บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2535, หน้า 280) ที่ศึกษาผลของการให้ยาแก้เชื้อวัณโรคในหลอดแก้ว ทดลอง 7 วัน พบว่า หลังจากให้ยาไอโซไนอาซิดและไรแฟมปีซิน มีเชื้อวัณโรคเหลืออยู่เพียง ร้อยละ 1.00 หลังจากให้ยาอีแรมบิวตอลมีเชื้อวัณโรคเหลืออยู่ร้อยละ 50.00 และหลังจากให้ยา พัยราซิโนไมด์มีเชื้อวัณโรคเหลืออยู่ร้อยละ 80.00 และ บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ (2535, หน้า 259) พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับยวัณโรคถูกต้องตามสูตรยา ขนาดยา และรับประทานยาตรงตาม เวลา จะทำให้เสมหะปราศจากเชื้อวัณโรค ได้ร้อยละ 85.00-100.00

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัย พบว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อ ทางด้านสุขภาพมาสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยสมาชิก ครอบครัวและพยาบาลชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะการนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ไปประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. ปรับปรุงรูปแบบ โปรแกรมในด้านการสร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกายและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ก่อนนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านไปประยุกต์ใช้ เนื่องจากผลการวิเคราะห์พบว่าระดับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพหลังการทดลอง ของ กลุ่มทดลองในด้านการออกกำลังกายและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเกี่ยวกับการใช้ผ้าปิดปาก จมูกทุกครั้งเมื่อ ไอ การเว้นระยะห่างขณะที่มีผ้าปิด การทำลายเสมหะจากภาชนะรองรับเสมหะ การนอนห้องเดียวกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น และการเดินทางไปในที่ที่มีผู้คนมาก ๆ ยังไม่อยู่ในระดับดี
2. พยาบาลชุมชน โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสหัสขันธ์ สามารถนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้าน (Home Health Care) ตั้งแต่สัปดาห์แรก ของการรักษา เช่นเดียวกับงานวิจัยครั้งนี้ และให้การดูแลต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาระยะสั้น 6 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยา ดูแลตนเอง ไม่ถูกต้อง ขาดการรักษาต่อเนื่อง เมื่อมีอาการทุเลาจากการรักษาระยะแรก และคือยวัณโรคได้ตลอดระยะเวลาการรักษา
3. พยาบาลชุมชน ในโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป สามารถนำ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ได้ตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น โดยเพิ่มระยะเวลาการศึกษาจากระยะเข้มข้น 2 เดือนเป็น 6 เดือนตามแผนการรักษาวัณโรคระยะต้น
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ระหว่างผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อกับผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่เป็น โรคเอดส์ด้วย