

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะวัณโรคปอดพบได้บ่อยที่สุด เนื่องจากปอดมีออกซิเจนอยู่มาก จึงเป็นตำแหน่งที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเชื้อ และยังสามารถแพร่กระจายเชื้อออกไปสู่นอกร่างกายได้ง่าย โดยการติดต่อผ่านทางอากาศ (อังกูร เกิดพานิช, 2540; Monahan & Neighbors, 1998) จากสถิติที่รวบรวมโดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1997 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลก 16.2 ล้านคน เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 7.96 ล้านคน เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดตรวจเสมหะพบเชื้อ 3.52 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคทั่วโลก 1.87 ล้านคน ซึ่งปัญหาการระบาดของวัณโรคอยู่ในขั้นวิกฤตพบสูงใน 22 ประเทศ โดยเฉพาะในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แอฟริกา และยุโรปตะวันออก (Dye, Scheele, Dolin, Pathania, & Raviglione, 1999) ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่ง ที่มีปัญหาวิกฤตจากวัณโรค สูงจัดเป็นลำดับที่ 16 (Dye, et al., 1999) จากสรุปรายงานการป่วยของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มสาเหตุป่วย (75 กลุ่มโรค) จากสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุขรายภาคกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2539 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคทั่วประเทศ 36,003 คน (ร้อยละ 66.41) และปี พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 38,536 คน (ร้อยละ 70.2) (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เกิดขึ้น 100,000 คนต่อปี และในปี ค.ศ. 2000 จะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ถึง 120,000 คน (World Health Organization, 1997; 1999)

ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่ คือ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง เชียงราย พะเยา และแม่ฮ่องสอน มีรายงานถึงการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษา ปี พ.ศ. 2541 พบผู้ป่วยวัณโรคมารับการรักษา จำนวน 5,919 คน และปี พ.ศ. 2542 มีจำนวน 6,950 คน จังหวัดพะเยามีผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 534 คน ในปี พ.ศ. 2541 และ

เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 594 คน ในปี พ.ศ. 2542 (พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2542) สำหรับคลินิกวันโรค งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา ปี พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วยวันโรคปอดตรวจเสมหะพบเชื้อจำนวน 191 คน มีอัตราการรักษากรบร้อยละ 48.82 ปี พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วย 231 คน มีอัตราการรักษากรบร้อยละ 68.22 ปี พ.ศ. 2542 มีผู้ป่วย 120 คน มีอัตราการรักษากรบร้อยละ 57.49 (คลินิกวันโรค โรงพยาบาลพะเยา, 2541; 2542) แม้ว่าอัตราการรักษากรบจะมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้กำหนดให้รักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ที่เสมหะตรวจพบเชื้อให้หายจากวันโรคปอดร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

ปัจจุบันการรักษาวันโรคนิยมใช้การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น(short course chemotherapy) ซึ่งใช้เวลารักษาเพียง 6-8 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเข้มข้น (intensive phase) และระยะต่อเนื่อง (continuation phase) ในระยะเข้มข้นจะใช้ยารักษาอย่างน้อย 3 ชนิด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อวันโรคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว และไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้อีก ส่วนระยะต่อเนื่องจะใช้ยารักษาอย่างน้อย 2 ชนิด เพื่อฆ่าเชื้อวันโรคที่เหลืออยู่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; Behlau & Daniel, 1997) ตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก ได้แบ่งยารักษาวันโรคออกเป็น 4 ระบบ คือ ระบบที่ 1: 2HRZE(S)/4HR ระบบที่ 2: 2SHRZE/1HRZE/5HRE ระบบที่ 3: 2HRZ/4HR และระบบที่ 4: H alone หรือ Second-line drugs (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ระบบยาแต่ละระบบจะแบ่งเป็น 2 ระยะ ตัวเลขหน้า คือ จำนวนเดือนของระยะนั้นๆ ตัวเลขที่ห้อยท้ายอักษรย่อ คือ จำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา หากไม่มีตัวเลขห้อยท้ายตัวอักษรผู้ป่วยต้องรับประทานยาทุกวัน (บัญญัติ ปริชญาณนท์, ชัยเวช นุชประยูร, และสงคราม ทวีทรัพย์เจริญ, 2542; ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก, 2542) การใช้ระบบการรักษาดังกล่าวตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก เป็นระบบยาที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด ที่จะรักษาผู้ป่วยวันโรคให้หายได้ ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ แต่ปรากฏว่ายังมีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาให้สัมฤทธิ์ผลจนถึงทุกวันนี้ คือ ผู้ป่วยวันโรคขาดการรักษาให้ครบถ้วนหรือไม่ร่วมมือในการรักษา (สมาคมปราบวันโรคแห่งประเทศไทย, 2540)

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ (adherence to health regimens) จากสรุปผลโครงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยวันโรค ที่คลินิกวันโรค โรงพยาบาลพะเยา ปี พ.ศ. 2542 โดยใช้แบบวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยวันโรค 5 ด้าน สอบถามผู้ป่วย จำนวน 15 คน พบข้อมูลดังนี้ พฤติกรรมด้านการใช้บริการ พบว่า ผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาลพะเยาแล้วรักษาไม่หายได้เปลี่ยนไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และหากยาหมดก่อนกำหนด จะรอจนถึงวันที่แพทย์นัดจึงมารับยาต่อ ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

ทุกวัน พฤติกรรมด้านการทำตามแผนการรักษา พบว่า ผู้ป่วยขาดยา ไม่มาตามนัด หยุดรับประทานยาเองเนื่องจาก รับประทานยาแล้วมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน และรับประทานไม่ถูกต้องเนื่องจากจำวิธีการกินยาไม่ได้แม้จะเคยได้รับคำแนะนำแล้ว พฤติกรรมด้านการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยหยุดการรับประทานยารักษาวัณโรคหลังรับประทานได้ 2 เดือน เนื่องจากมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยมักบ้วนเสมหะ น้ำมูก น้ำลายทิ้งเรี่ยราด เพราะคิดว่าไม่เป็นไร ผู้ป่วยยังคงนอนรวมกับภรรยาและบุตรในมุ้งเดียวกัน เพราะคิดว่าคงไม่ติดต่อกัน และผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากหลังรับประทานยาแล้วรู้สึกเบื่ออาหาร พฤติกรรมด้านการรับรู้ข่าวสาร ผู้ป่วยคิดว่าวัณโรคเป็นแล้วไม่มีทางรักษาหาย ต้องตายทุกคน คิดว่าวัณโรคไม่สามารถติดต่อไปยังเด็กเล็กได้ และไม่เคยมีความรู้เรื่องวัณโรคมามาก่อน พฤติกรรมด้านการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยรายงานถึงการเบื่อที่จะรับประทานยารักษาวัณโรคซึ่งมีเม็ดยาจำนวนมาก และต้องรับประทานเป็นเวลานาน จึงไม่อยากจะรับประทานยารักษาวัณโรคอีกเนื่องจากไม่มีกำลังใจ (คลินิกวัณโรค, 2542)

นอกจากนี้ ได้มีผู้ศึกษาและรายงานสาเหตุของความไม่ร่วมมือในแผนการรักษาไว้หลายสาเหตุ ดวงจันทร์ รัตนมาลัย, พงนิย์ กาญจนศิลป์, และปภัสสร ศรีทอง (2540) ได้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ตรวจเสมหะพบเชื้อ และได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น จำนวน 162 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยขาดการรักษา 40 คน (ร้อยละ 19.8) รักษาล้มเหลว 5 คน (ร้อยละ 3.1) หลังรักษาครบ 2 ปี ตามผู้ป่วยมาตรวจซ้ำ พบผู้ป่วยมา 85 คน (ร้อยละ 52.47) โดยพบผู้ป่วยกลับเป็นวัณโรคปอดซ้ำ 3 คน (ร้อยละ 3.5) สาเหตุที่ขาดการรักษา มี 4 สาเหตุ มีทั้งสาเหตุจากผู้ป่วยเอง เช่น อายุมาก ยากจน คิดว่าหายดีแล้ว สาเหตุจากโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน หลอดลมอักเสบ หอบหืด และโรคหัวใจ สาเหตุจากเจ้าหน้าที่ เช่น การขาดระบบการจัดการรักษาที่ดี และสาเหตุจากระยะเวลารักษาที่ยาวนานตามมาตรฐานการรักษาวัณโรคและจากผลของยา ส่วนสาขัณฑ์ แก้วเกตุ (2537) ได้ทำการประเมิน ติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษาของสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ จำนวน 600 คน พบว่า สาเหตุการขาดการรักษา คือ ไม่มีค่าพาหนะและค่ายา เปลี่ยนสถานที่รักษาเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น หรือไม่ได้รับความสะดวกและเสียเวลารอนาน ไม่สนใจการรักษาต่อเนื่องจากอาการดีขึ้น หลังการรักษาไปแล้วระยะหนึ่งหรือไม่มีอาการจึงคิดว่าหายแล้ว รวมทั้งสาเหตุจากมีอาการแพ้ยา

ส่วนผลการวิเคราะห์สาเหตุการผัดขิดในการมารับยาหรือละเลยการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคซึ่งรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ในความรับผิดชอบของศูนย์วัณโรคเขต 4 ราชบุรี จากผู้ป่วย 941 คน พบว่า มีการผัดขิดรับยาในการรักษา ระยะเข้มข้นร้อยละ 71.81 และกลุ่มอายุที่ผัดขิดรับยาหรือละเลยการรักษามากที่สุด

(ร้อยละ 33.82) คือ ภัยแรงงานและผู้สูงอายุ สาเหตุเป็นเพราะข้อเท็จจริงในการรักษาติดภาระกิจ ขาดรายได้ แพ้ยา มีอาการข้างเคียงของยา เบื่อหน่ายและหมดความอดทน ส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การคมนาคมไม่สะดวก การขาดการเอาใจใส่ และขาดการติดตามจากเจ้าหน้าที่ (บุญเชิด กลัดพ่วง, พดา ลิมปสายน, และฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, 2538)

จากสาเหตุต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ จะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับข้อสรุปของเบรนนอนและเฟิสต์ (Brannon & Feist, 1997) ที่กล่าวถึงปัจจัย 3 ประการ ที่มีผลต่อความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ คือ 1) ลักษณะความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค มีอาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาของการรักษา และความซับซ้อนของการรักษา 2) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล บรรทัดฐานและทัศนคติของบุคคล และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับผู้ป่วย ได้แก่ การติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับผู้ป่วย บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และระยะเวลาในการรพบแพทย์

การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ มีผลทำให้การรักษาล้มเหลว ผู้ป่วยไม่หายขาดจากวัณโรค ไม่สามารถลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปยังผู้อื่น และยังก่อให้เกิดการดื้อยารักษาวัณโรคเพิ่มมากขึ้นด้วย (สมาคมปราชญ์วัณโรคแห่งประเทศไทยฯ, 2540; Kochi, 1997) จากข้อมูลของกองวัณโรคพบว่า อัตราการดื้อยาหลายขนานเพิ่มจากร้อยละ 17.7 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 23.2 ในปี พ.ศ. 2537 (กระทรวงสาธารณสุข 2541) การดื้อยานี้เป็นผลมาจาก การใช้ระบบยาที่มีไรแฟมปีซินโดยไม่มีการควบคุมดูแล และใช้ยาไม่ถูกต้องตามระบบ ผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือรักษาไม่ครบกำหนด การหยุดยาก่อนกำหนดมีผลเสียมากมาย การรักษาวัณโรคซ้ำอีกครั้งเป็นไปด้วยความยากลำบาก และเชื้อดื้อยาสูง แม้จะรักษาวัณโรคครั้งที่สองครบกำหนดก็ตาม แต่ยังมีโอกาสกลับเป็นวัณโรคใหม่ได้สูง หรือมีโอกาสหายเพียงร้อยละ 40-50 เท่านั้น (บุญเชิด กลัดพ่วง, พดา ลิมปสายน, และฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, 2538) นอกจากนี้การขาดการรักษา ยังพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญในการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคด้วย (Plabos-Mendes, Sterling, & Frieden, 1996)

ความไม่ร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ เป็นปัญหาสำคัญของการรักษาวัณโรค จะเห็นได้ว่า สาเหตุจากความไม่ร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพจากตัวผู้ป่วย จะมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทายยาและการมาตรวจตามนัด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด และการดูแลตนเองโดยทั่วไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ กล่าวคือ ขาดระบบการจัดการรักษาที่ดี ขาดการเอาใจใส่และการติดตามจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ (บุญเชิด กลัดพ่วง, พดา ลิมปสายน, และฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, 2538) การให้การพยาบาลตาม

ปกติส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้โดยภาพรวม และจ่ายยาเมื่อมาตรวจตามนัดเท่านั้น แต่เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพและผู้ป่วยไม่ได้มีการตกลงกำหนดแนวทางปฏิบัติหรือจุดมุ่งหมายในการรักษาร่วมกัน จึงอาจเป็นผลทำให้อัตราการรักษาครบ หรือการดำเนินงานโครงการควบคุมวัณโรค ไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งหากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพและผู้ป่วย มีการตกลงกำหนดแนวทางปฏิบัติ และกำหนดจุดมุ่งหมายในการรักษาร่วมกัน อาจสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดให้ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

การให้ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งเสริมให้การรักษาวัณโรคประสบความสำเร็จ ป้องกันการกลับเป็นวัณโรคซ้ำ การปรับปรุงเพื่อแก้ปัญหาการรักษาวัณโรคที่ล้มเหลว โดยการจัดให้เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพและผู้ป่วย ได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติหรือจุดมุ่งหมายการรักษาร่วมกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะแม้ว่าจะมีการจัดให้มีระบบยาที่มีประสิทธิภาพ หรือการจัดให้มีระบบสำรองสำหรับการรักษาวัณโรคที่ล้มเหลวมากพอ ก็ไม่อาจแก้ปัญหาการรักษาล้มเหลวได้ ถ้ายังแก้ปัญหาผู้ป่วยไม่มารับการรักษาให้ครบถ้วนได้ (บุญเชิด กลัดพวง, พดา ลิ้มปัสสายชล, และฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, 2538) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาให้ครบถ้วนหรือให้ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ จึงถือเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญที่สุดที่ต้องให้เกิดขึ้นในการรักษาวัณโรค ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากวัณโรค ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น เชื่อวัณโรคไม่ติดต่อยาที่ใช้รักษา และผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลมีโอกาสรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยในขณะซักประวัติ ตรวจร่างกาย เบื้องต้น เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษา หากพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรก ย่อมได้รับความไว้วางใจและได้รับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ป่วย ซึ่งสายัณห์ แก้วเกตุ (2537) กล่าวว่า สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคให้ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ คือ พฤติกรรมที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างมีไมตรีจิต มีมิตรภาพ และมีสัมพันธภาพที่ดี จะเป็นผลให้ผู้ป่วยขาดยาน้อยลง สอดคล้องกับรายงานของราตรี กิรติหัตถยากร, สมเดช คีรีศรี, และปรานี วงษ์กล้าหาญ (2539) ที่กล่าวว่า การมีสัมพันธภาพที่ดี เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวังจะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ และนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามคำแนะนำ ได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่ให้ความเป็นกันเอง การยอมรับและเข้าใจในตัวผู้ป่วย การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นบทบาทสำคัญที่สุดของบุคลากรทีมสุขภาพในการเพิ่มความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ (Morisky, Malotte, Choi, Davison, Rigler, Sugland, & Langer, 1990; Thorne, 1990) คลาก (Clark, 1996) ได้เสนอแนวทาง

จูงใจผู้ป่วยให้ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพว่า ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ปรับให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต กำจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรค พิจารณาจุดมุ่งหมายของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการวางแผนให้บรรลุตามจุดมุ่งหมาย ส่วนคอนเวย์ (Conway, 1998) เสนอว่า พยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ โดยเป็นผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอนให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ผู้เจรจาต่อรอง และเป็นผู้แก้ไขปัญหา วางแนวทางปฏิบัติให้ง่ายไม่ซับซ้อน สะดวกต่อการปฏิบัติ ปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล พยาบาลควรตระหนักถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบของผู้ป่วย โดยอาศัยการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบรรลุผลสำเร็จ โดยมีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน

จากการทบทวนงานวิจัย สรุปได้ว่าวิธีการส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพมีหลากหลายวิธี ทั้งการสอนอย่างมีแบบแผน (Marshall, Penckofer, & Llewellyn, 1986) การใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษา (Morisky, et al., 1990) การสอนสุขศึกษาร่วมกับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (นงพิมพ์ ศาพิมล, 2530) และการออกเยี่ยมบ้าน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรง และประนอม หลิมสมบุญ, 2536) แต่วิธีการเหล่านี้เป็นการให้ความรู้ในภาพรวม ไม่ได้เน้นเฉพาะประเด็นที่เป็นปัญหาหรือตามความต้องการของผู้ป่วย และไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนทางการปฏิบัติตัวอย่างเต็มที่ ส่วนการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King, 1981) เป็นวิธีการที่สอดคล้องกับข้อเสนอของงานวิจัยข้างต้น ซึ่งให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย

การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ได้เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เมื่อทั้งสองฝ่ายมาพบกันในสถานการณ์ของการเจ็บป่วย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การรับรู้ซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้สถานการณ์ ร่วมกันประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น มีการกำหนดจุดมุ่งหมาย แสวงหาวิธีปฏิบัติ ตัดสินใจและตกลงยอมรับวิธีปฏิบัติร่วมกัน เพื่อดำเนินการไปสู่จุดมุ่งหมายที่ร่วมกันกำหนด โดยพยาบาลมีบทบาทในการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต ประเมิน วิเคราะห์ แลกเปลี่ยนข้อมูล และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยมีบทบาทในการสังเกตพฤติกรรมของพยาบาล ชักถามปัญหา แลกเปลี่ยนข้อมูล มีส่วนร่วมในการกำหนดจุดมุ่งหมาย เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ให้บรรลุความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ร่วมกันกำหนดในแต่ละสถานการณ์ โดยมีเป้าหมายของการพยาบาลคือ เพื่อให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้

ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคต่างๆ วูดส์ (Woods, 1994) ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงที่อยู่ในสถานพยาบาล ซึ่งมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังพบว่า หลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายผู้ป่วยสูงอายุสามารถบอกภาวะเสี่ยง

และผลกระทบที่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตได้ ผู้สูงอายุบางคนสามารถลดเกลือและไขมันในอาหารที่รับประทาน สามารถออกกำลังกาย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่นในกลุ่มได้ ส่วนปริดา ปูนพันธ์ฉาย (2540) ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำแบบมีส่วนร่วมให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ นอกจากนี้มีการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล และพิกุล วิญญาเงือก (2534) ได้ทดสอบประสิทธิภาพของการส่งเสริมผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดีกว่า และมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพอย่างสูงสุด นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วย วัณโรคปอดยังไม่มีการศึกษาผลการให้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการนำความรู้จากทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มาให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพมากขึ้น และผลการรักษาวัณโรคปอดมีประสิทธิภาพดีที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย หมายถึง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยใช้แผนการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย การกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน การปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย และการประเมินผลร่วมกัน ซึ่งผู้วิจัยติดตามให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลาติดต่อกัน 6 ครั้ง

การให้การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้คำแนะนำ ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา

ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดยอมรับและเต็มใจที่จะปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการดูแลสุขภาพโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกกระทำกิจกรรมเหล่านั้น ได้แก่ การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การป้องกัน การแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคปอด และการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งประเมินจากการใช้แบบสอบถามความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดครั้งแรก ตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ได้รับการรักษาด้วยระบบยารักษาวัณโรคระบบที่ 1 ตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก ณ คลินิกวัณโรค งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นผู้ที่มีความนึกคิด มีเหตุผล สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการปฏิบัติตัวที่จะช่วยให้บรรลุความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนด