

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน The Development of Caring Guideline for Pulmonary Tuberculosis Patients by Family and Community Involvement

(Received: July 30,2023 ; Revised: August 9,2023 ; Accepted: August 13,2023)

กำทร ดานา¹ แจ่มจันทร์ เทตสิงห์¹

Kamthorn Dana¹ Chaemchan Thessingha¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มี 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน 2) การพัฒนาแนวทางการดูแล 3) การนำแนวทางการดูแลไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล และ 4) การประเมิน ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพของแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ดำเนินการระหว่าง พฤษภาคม 2565 – เมษายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนาและ สถิติ McNemar test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนมีความเครียด วิตกกังวล เบื่ออาหาร ไข้ไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลในครอบครัวคิดว่าวัณโรคเป็นโรครที่น่ารังเกียจถูกตีตราจากสังคม อสม. มีความกังวลเกี่ยวกับการติดตามดูแลและกังวลเกี่ยวกับการระบาดในหมู่บ้าน ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านและติดตามไม่ต่อเนื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด คือ 1) พยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 2) จัดทำแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังดำเนินการดูแลตามแนวทาง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง และผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและปฏิบัติทักษะการดูแลดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยวัณโรคปอด, แนวทางการดูแล, การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Abstract

The purpose of this participatory action research was to developed and studied the results a caring guideline of the pulmonary tuberculosis (TB) patients by family and community involvement. The research was employed into fours stage during May 2022- April 2023 by; 1) to study the situation of caring for pulmonary tuberculosis patients in the community, 2) Develop of care guidelines, 3) weaving care guidelines into practice; and 4) evaluating, improving, and confirming the quality of care guidelines for tuberculosis patients. The data were collected by using in-depth interview, focus group discussion, and questionnaire. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics and McNemar test.

The study results showed that TB patients suffer from stress, anorexia, inconsistent medication taking. Family caregivers recognize that TB is a sickening, stigmatized disease, the village health volunteers are concerned about treatment and epidemic situation in the community, and the multidisciplinary team is insufficient home visits and ongoing follow-up. The caring guidelines for TB patients consisted of performing the roles of nurse and stakeholder and preparing a follow-up plan for patients at home. After using the guideline, it was found that the TB patients had a decrease in anxiety and depression, and family caregivers improved their knowledge of the disease and caring skills with statistical significance at .05 level ($p < 0.001$).

Keywords: Pulmonary tuberculosis patients, Care guideline, Family and community participation

¹ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทนำ

วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis; TB) เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่ระบาดทุกภูมิภาคทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้รายงานในปี 2021 มีผู้ป่วยวัณโรคปอดทั่วโลกประมาณ 10.6 ล้านคน ซึ่งเพิ่มจากปี 2020 ที่มีจำนวน 10.1 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคปอดประมาณ 1.6 ล้านคน และนอกจากนี้ยังพบอัตราอุบัติการณ์ของการป่วยด้วยโรควัณโรคปอดที่เพิ่มขึ้นในปี 2021 จากปี 2020 อยู่ที่ ร้อยละ 3.6⁽¹⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวยังถือว่าผลการดำเนินการควบคุมหรือหยุดการแพร่ระบาดของวัณโรคยังห่างไกลจากเป้าหมายที่สมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ได้มีมติรับรองการลดอุบัติการณ์ของวัณโรคให้ได้ ร้อยละ 80 ภายในปี 2030 ตามเป้าหมายที่ 3 ของการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ⁽¹⁾ ที่สำคัญระหว่างปี 2020-2021 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคเกิดภาวะดื้อยา (Multidrug resistant; MDR) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 อีกด้วย

ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมาการจัดบริการที่สำคัญๆหลายอย่างในการรักษาและดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยเฉพาะในระดับชุมชนยังไม่ได้จัดบริการตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานเท่าที่ควร เนื่องจากข้อจำกัดหลายอย่าง จึงส่งผลให้สถิติการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ลดลงจาก 7.1 ล้านคนในปี 2019 เป็น 5.8 ล้านคน ในปี 2020⁽¹⁾ จากสถิติการลดลงของตัวเลขนี้เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดของโควิด-19 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาอย่างทั่วถึง

กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ถือว่ามีความไวต่อการติดเชื้อวัณโรคและมีความเสี่ยงสูงที่เชื้อวัณโรคแฝงจะกลับมาส่งผลต่อร่างกายอีกครั้ง⁽²⁾ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าประชากรกลุ่มวัยสูงอายุถือเป็นแหล่งสะสมเชื้อวัณโรคขนาดใหญ่ด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุ

เป็นกลุ่มที่มีอัตราการตรวจพบเสมหะบวกต่ำ ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยากและมีแนวโน้มที่จะทำให้ได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า นอกจากนี้กลุ่มวัยสูงอายุเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันลดลง มีการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค และมีแนวโน้มจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้น มักส่งผลให้ผลการรักษาไม่ได้ตามวัตถุประสงค์และอัตราการเสียชีวิตสูงด้วย⁽³⁾ ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาการดูแลรักษาและการติดตามผู้ป่วยในกลุ่มวัยนี้จึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการเอาใจใส่มากขึ้น

ในประเทศไทยโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เป็นหน่วยบริการด่านหน้าในการต่อสู้กับการระบาดของวัณโรคในชุมชน ที่ผ่านมาผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา คิดเป็น 21.67/100 คนต่อปี ในบรรดาผู้ป่วยเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงของการรักษาวัณโรคไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น การว่างงาน (AHR 3.12, 95%CI 1.41–6.86), การติดเชื้อ HIV ร่วม (AHR 2.85, 95%CI 1.25–6.46), มีประวัติการติดเชื้อก่อนหน้า (AHR 2.00, 95%CI 1.04–3.81), เสมหะ AFB เป็นบวกเมื่อสิ้นสุดระยะเร่งรัด (AHR 5.66, 95%CI 2.33–13.74) และไม่ได้ดำเนินการตรวจ AFB เมื่อสิ้นสุดระยะเร่งรัด (AHR 18.40, 95%CI 9.85–34.35)⁽⁴⁾ และยังมีความท้าทายหลายอย่างที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เช่น การรับรู้และผู้ป่วยไม่มีความรู้ที่ดีสำหรับวัณโรค สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำ⁽⁵⁾ และการจัดการรายกรณีและผู้ให้บริการที่ไม่ใช่แพทย์⁽⁶⁾ ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าหมากคำ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบผู้ป่วยวัณโรคปอดจากปี 2561-2565 คือ 6, 9, 5, 11 และ 12 ราย ตามลำดับ และที่สำคัญผู้ป่วยที่รักษาครบตามกระบวนการเพียงร้อยละ 43.2, 55.7, 44.6, 33.5 และ 46.1 เท่านั้นจากการสังเกตและสัมภาษณ์ในการปฏิบัติงานผู้ป่วย

บางรายไม่ยอมเปิดเผยรู้สึกเหมือนตัวเองเป็นที่จับจ้องในชุมชน บางรายรับประทานยาไปสักระยะมีปัญหาเบื่ออาหารเหนื่อยอ่อนเพลียจึงไม่รับประทานยาและเข้ารับการรักษาต่อ สมาชิกในครอบครัวบางรายรู้สึกวิตกกังวลและเครียด ซึ่งถือเป็นประเด็นที่เจ้าหน้าที่และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญและจัดการกับประเด็นปัญหาเหล่านี้

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน โดยการตั้งศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนได้เข้ามาร่วมวางแผนและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพสำหรับการจัดการ การป้องกันและควบคุมโรคต่างๆในชุมชนได้ดี เนื่องจากเป็นการใช้แหล่งประโยชน์จากตัวบุคคล ครอบครัวและเครือข่ายในการดูแลซึ่งกันและกันภายในชุมชน⁽⁷⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าผลจากการเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยโรคที่บ้านส่งผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา Mohan⁽⁸⁾ ได้ฝึกอบรมบุคลากรสำหรับการเยี่ยมบ้านในช่วงระยะเวลา 6 เดือนของการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคที่ไม่มาตามนัดกลับมารักษาสูงถึง ร้อยละ 96.3 และมีอัตราความสำเร็จในการรักษาสูงถึง ร้อยละ 94.2 และ Pradipta⁽⁹⁾ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การส่งข้อความสั้นๆเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย (RR 1.00; 95%CI 0.96-1.04) การควบคุมการรับประทานยาโดยครอบครัว (RR 1.96; 95%CI 0.98-1.15) การส่งข้อความสั้นๆร่วมกับการสอนในเนื้อหาที่จำเป็น (RR 1.11; 95%CI 1.04-1.18) ส่งผลให้ผู้ป่วยรักษาครบตามเกณฑ์ และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครที่ผ่านการฝึก ร่วมกับการกำกับกำกับการรับประทานยา (RR 1.2; 95%CI 1.14-1.33) การให้คำปรึกษาแบบเสริมแรง (RR 1.18; 95%CI 1.03-1.34) ส่งผลให้ผู้ป่วยรักษาหายขาดจากวัณโรคได้ ซึ่งหากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวรับรู้โรคที่ถูกต้องเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติตัว

ตามแผนการรักษาได้อย่างดี มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและระบบการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสนับสนุนให้การดูแลวัณโรคในชุมชนได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลปฏิบัติงานกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดการดูแลที่มีคุณภาพ สามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการ 4 ระยะ ระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2565 - เมษายน 2566 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าหมากคำ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 14 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ คือ (1) มีผลเสมหะบวกหรือเอกซเรย์ปอดผิดปกติ (2) รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นช่วง 8 สัปดาห์แรก (3) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาการสื่อสาร และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และคัดเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ออกจากกระบวนการศึกษา

2. ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลคัดเลือกแบบเจาะจง คือ สมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จำนวน 14 คน, ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 25

คน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คนและผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ด้านปัญหา ความต้องการและกิจกรรมการดูแลที่บ้าน

สนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาในชุมชน จำนวน 2 ครั้ง ในประเด็นปัญหาการระบาดของวัณโรคในชุมชน ความต้องการการดูแล การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ปัญหาอุปสรรคในการทำงานและสิ่งที่ต้องการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ประกอบด้วย

เป็นกิจกรรมที่ร่วมกันสะท้อนคิดของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลและการวางแผนการปฏิบัติบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัญหาและความต้องการในการดูแล และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้าน

ดำเนินการนำร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ขอความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาปรับปรุงก่อนนำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่

ระยะที่ 3 การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล เป็นระยะการลงมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นและการประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 28 คน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน จำนวน 40 คน

เครื่องมือ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ สมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและระยะเวลาที่เป็นผู้ดูแล

2) แบบสอบถามความรู้และการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม 15 ข้อคำถาม โดยตอบถูก = 1 คะแนน, ผิด = 0 คะแนน แปลผลโดย คะแนนสูงหมายถึงมีความรู้ในระดับสูง คะแนน $\geq 80\%$ หมายถึงมีความรู้ในระดับสูง ทดสอบคุณภาพโดย KR20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

3) แบบวัดความกังวลและซึมเศร้า ผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม⁽¹⁰⁾ ความกังวลมี 7 ข้อคำถาม 0-ไม่มีอาการเลย จึงถึง 3-เกิดขึ้นเกือบทุกวัน คะแนนเต็ม 21 คะแนน และภาวะซึมเศร้า มี 9 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 0-21 คะแนน ทั้งความกังวลและซึมเศร้าแปลผลโดยถ้าได้ >11 คะแนน หมายถึงมีความกังวลและซึมเศร้า

4) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม⁽¹¹⁾ คือการดูแลร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม มี 14 ข้อคำถาม ให้คะแนนแบบ Likert scale จาก 1-5 (ไม่ปฏิบัติเลย-ปฏิบัติเป็นประจำ) คะแนน $\geq 70\%$ หมายถึงมีทักษะในการดูแลระดับสูง ทดสอบคุณภาพ KR20 ได้ความตรง 0.91 ความเชื่อมั่น 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ โดยทำหนังสือขอความยินยอมกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และให้การยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยเก็บรวบรวมประเด็นความรู้ ความกังวลและซึมเศร้า และทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแลเก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน McNemar test เปรียบเทียบความรู้ ความกังวลและซึมเศร้า และทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแล ก่อนและหลังดำเนินการ

ระยะที่ 4 การประเมิน ปรับปรุงแก้ไขและ ยืนยันคุณภาพของแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัยโรค เพื่อนำไปใช้ได้จริงอย่างต่อเนื่อง

โดยการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลใน ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นความคิดเห็นต่อแนวทาง ความสะดวกในการ นำไปใช้ การใช้ได้จริงในครอบครัวและในพื้นที่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ยึดหลักการเคารพและยึด หลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการ อนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรี มหาสารคาม บนพื้นฐานของหลักจริยธรรมการวิจัย สากกล เลขที่ SNC 03-2/2565 เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการศึกษา

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัยโรคปอด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 63.16% อายุเฉลี่ย 63.24 ปี เรียนจบประถมศึกษา 47.37% มีคู่สมรส 57.89% ทำอาชีพเกษตรกรรม 52.62% ผู้ดูแลใน ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 73.68% อายุเฉลี่ย 51.11 ปี อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแล 5-10 ปี 52.63% และส่วนใหญ่ในครอบครัวมีรายได้ไม่ เพียงพอ 57.89%

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้ไม่มาก เกิดภาวะเครียดเมื่อรู้ว่า ตัวเองติดเชื้อวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ต้องการความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การจัดการ เรื่องน้ำหนักที่ลดลงของคนไข้ การป้องกันการติดต่อ และปัญหาที่ซับซ้อนที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ เช่น การถูก สังคมมองว่าเป็นโรคติดต่อที่น่ารังเกียจ และการถูกตี ตรา ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยาต่อเนื่อง จากการที่คิด ว่าตัวเองอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ ไม่มีไอ และบางรายหลัง

รับประทานยามีปัญหาเหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีกำลังคิด ว่าเกิดจากการรับประทานยาจึงหยุดยาเอง

การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ในชุมชน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยการ แจ้งข่าวสารต่างๆที่เกี่ยวกับการดูแล การติดตาม เยี่ยมบ้านเพื่อส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้กับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในพื้นที่ แต่ อสม. ยังมีความกังวล เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาและการแพร่ ระบาดของวัณโรคปอด

พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ มี การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย การ ติดตามการไปพบแพทย์ตามนัดและการรับประทาน ยา แต่เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพไม่สามารถลงติดตาม เยี่ยมและดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะใน ระยะเวลาเข้มข้นของการรักษา 2 เดือนแรก เนื่องจากภารกิจและข้อจำกัดด้านจำนวนของ เจ้าหน้าที่ และการไม่มีข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแล ร่วมกันในชุมชน

แนวทางการดูแลและบทบาทการดูแลผู้ป่วย วัณโรคปอดในชุมชน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปอดในชุมชน คือ 1) ส่งเสริมผู้ป่วยวัณโรคปฏิบัติการ ดูแลตนเองที่ถูกต้องตามแนวทางการรักษาที่ เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย 2) ผู้ดูแลในครอบครัว กำกับการรับประทานยา ติดตามหรือพาไปพบแพทย์ และรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจว่าการรักษาตามกระบวนการจะ ช่วยให้หายขาดจากการเจ็บป่วย 3) พยาบาลวิชาชีพ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ช่วยประเมินอาการ ตรวจสอบ การรับประทานยา สอบถามอาการแทรกซ้อนที่เกิด จากการรับประทานยา วางแผนเยี่ยมดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยเฉพาะราย ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พร้อมบันทึกผลรายงานอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ แบบบันทึกการเยี่ยมดูแลที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง 4) อสม. นัดวัน เวลาและเข้าร่วม

กิจกรรมการเยี่ยมและดูแลที่บ้านกับทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ และพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย 5) ผู้นำชุมชน ร่วมเยี่ยมบ้าน คอยอำนวยความสะดวก ช่วยจัดหาและสนับสนุนทรัพยากรในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้กับทีมสหวิชาชีพ เป็นผู้นำและประสานงานจัดการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม

ในละแวกบ้านผู้ป่วยให้ถูกต้องและเหมาะสมกับการรักษาและการฟื้นฟูของผู้ป่วย

ผลจากการประชุมและหารือร่วมกันระหว่างพยาบาลและทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่าควรแสดงบทบาทในการดูแลและติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน

| ทีม | การแสดงผลบทบาท |
|--------------------------------------|--|
| พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข | <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการรับรู้ วางเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกรดูแลตนเองที่บ้าน 2. ตรวจสอบยาที่ใช้รักษา และอาการข้างเคียงจากยา โดยการสอบถามและตรวจร่างกายเบื้องต้นและให้คำแนะนำเรื่องการรักษาที่ถูกต้อง 3. สังเกตสิ่งแวดล้อม ค้นหาผู้สัมผัสโรคร่วมในบ้านและละแวกบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัว ละแวกบ้านและในชุมชน เช่น การใช้หน้ากากอนามัย การล้างมือทำความสะอาดร่างกาย การกำจัดเสมหะหรือสิ่งคัดหลั่ง 4. ปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับการรักษาและการมาตามนัด 5. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานอาหาร/อาหารเสริม 6. ให้ข้อมูลการติดต่อเจ้าหน้าที่/การจัดการและช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอุปสรรคจากการดูแลตนเองที่บ้าน 7. โทรศัพท์สอบถามอาการ |
| อาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน | <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธ์ภาพและความคุ้นเคยระหว่างครอบครัว ละแวกบ้านและทีมเจ้าหน้าที่ 2. ติดตามอาการขณะรักษา ร่วมกำกับการรับประทานยา และตรวจสอบเม็ดยา 3. กำกับคุณภาพของวิธีการใช้หน้ากากอนามัย 4. การฝึกผู้ป่วยหายใจและไอ อย่างมีประสิทธิภาพ 5. การจัดการขยะจากตัวผู้ป่วย และจากสมาชิกในครอบครัว 6. ติดตามการรับประทานยา/ตรวจเม็ดยา 7. ติดต่อประสานงานการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจากผู้นำ อบต. |
| ผู้ดูแลในครอบครัว | <ol style="list-style-type: none"> 1. ทำความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการดูแล 2. จัดและเตือนการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย การนับเม็ดยาและการลงบันทึก 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ได้ตามแผนการรักษา 4. ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในแผนการดูแลรักษาให้กับผู้ป่วย 5. ชื่นชมและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามการดูแลตนเองที่เหมาะสม 6. ฝึกหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ 7. จัดการเรื่องอาหารที่เหมาะสม 8. การจัดการและกำจัดขยะในครอบครัว 9. ให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษา และแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 10. การรายงานข้อมูลและการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ |
| ผู้นำชุมชน | <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมกับการลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค |

ตารางที่ 1 แสดงบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วย วัณโรคที่บ้าน

| ทีม | การแสดงผลบทบาท |
|-----|--|
| | 2. ตรวจสอบ สอบถามปัญหาและความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยละแวกบ้านและในชุมชน 3. อำนวยความสะดวกสำหรับการปฏิบัติการดูแลให้ทีมสหวิชาชีพ 4. พุดให้กำลังใจครอบครัว 5. รณรงค์การใช้หน้ากากอนามัยที่มีคุณภาพ 6. สอบถามอาการ/ให้กำลังใจ/สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคให้กับละแวกบ้านและชุมชน 7. ตรวจสอบปัญหาอุปสรรคการใช้ชีวิตร่วมกับละแวกบ้านและชุมชน |

ผลลัพธ์จากการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย

ผลจากการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ความกังวลของผู้ป่วยลดลง โดยก่อนดำเนินการผู้ป่วยมีความกังวลสูง 84.21% หลังดำเนินการผู้ป่วยมีความกังวล 26.32% ภาวะซึมเศร้าก่อนดำเนินการมีภาวะซึมเศร้า 68.42% หลังดำเนินการลดลงเหลือ 10.53% โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการดูแลก่อนและหลังดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนดำเนินการระดับความรู้เรื่องโรคและทักษะการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และหลังดำเนินการพบสูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงความกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | p-value |
|----------------------------------|-------|--------|-------|--------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| 1. ความกังวล | | | | | |
| มี | 16 | 84.21 | 5 | 26.32 | < 0.001 |
| ไม่มี | 3 | 15.79 | 14 | 73.68 | |
| 2. ภาวะซึมเศร้า | | | | | |
| มี | 13 | 68.42 | 2 | 10.53 | < 0.001 |
| ไม่มี | 6 | 31.58 | 17 | 89.47 | |
| 3. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล | | | | | |
| ระดับต่ำ (< 80%) | 13 | 68.42 | 7 | 36.84 | < 0.001 |
| ระดับสูง (\geq 80%) | 6 | 31.58 | 12 | 63.16 | |
| 4. ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| ระดับต่ำ (< 70%) | 15 | 78.95 | 5 | 26.32 | < 0.001 |
| ระดับสูง (\geq 70%) | 4 | 21.05 | 14 | 73.68 | |

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การดูแลและติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นกิจกรรมการพยาบาลและการดูแลร่วมกันของผู้ดูแล

ในครอบครัว ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน สามารถประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมบทบาทการดูแลของครอบครัวและทีม โดยการติดตามเยี่ยมและ

เสริมแรงให้กับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถผลักดันใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการและการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่บ้านได้ทั้งระดับนโยบายและการปฏิบัติในพื้นที่

ก่อนดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่พบอยู่ในระดับสูง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและมักพบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงในผู้ป่วยวัณโรคได้⁽¹⁴⁾ การมีความกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงในผู้ป่วยวัณโรคอาจเกิดจากความรู้สึกถูกตีตราทางสังคมรอบข้าง⁽¹⁵⁾ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และระบบการดูแลรักษาที่ซับซ้อนยุ่งยาก รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์เหล่านี้มักมีผลต่อการจัดบริการผู้ป่วยเนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อมารตราวจและพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนครบสูตรของการรักษาได้ หลังการพัฒนาแนวทางการดูแลและดำเนินกิจกรรมดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวที่ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมิน การวางแผนให้การพยาบาลและการสะท้อนปัญหาอุปสรรคจากการดูแลที่บ้านและการประเมินผลลัพธ์การดูแล ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจเป็นระยะๆ และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว อสม. และผู้นำในชุมชนว่าระบบและกระบวนการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีมาตรฐานตามแผนการรักษาจากทีมสหวิชาชีพ ประกอบกับความมีวินัยในการรับประทานยาที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง และการตรวจติดตามประเมินผลการรักษาเป็นระยะๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผลการรักษาประสบผลสำเร็จได้ด้วยดี และมีโอกาสหายขาดจากโรคในระดับที่สูงด้วย ร่วมกับนักวิจัยได้สอดแทรกเนื้อหาองค์ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลสุขภาพตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและละแวกชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

ละแวกในชุมชนเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม เกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วย ร่วมกันตั้งเป้าหมายและจัดทำกิจกรรมการดูแลที่เป็นลักษณะของการร่วมกันคิดออกแบบและลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย จึงช่วยลดความรู้สึกรังเกียจและภาวะซึมเศร้าลงได้ และเห็น ชัดเจนเมื่อสิ้นสุดกระบวนการดูแลครบ 2 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ประเมินผลหลังการดูแลทางสุขภาพจิตและการให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพจิตช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนได้⁽¹⁶⁾

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยหลังดำเนินการ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้เรื่องโรค การเจ็บป่วย และการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ในกระบวนการพัฒนาผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคปอดและการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพโดยการสอดแทรกเนื้อหาองค์ความรู้เรื่องโรคและการดูแล⁽¹⁷⁾ โดยเฉพาะการแสดงออกถึงการให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจเกี่ยวกับแผนการรักษาและแนวทางการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการชื่นชมและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม การช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักและเข้าใจบทบาทการดูแลของตนเอง มองเห็นคุณค่าและประโยชน์จากการดูแล สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงบทบาทการดูแลของตนเองที่ชัดเจนมากขึ้น⁽¹⁸⁾ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

การพัฒนาตามกระบวนการวิจัยนี้ ครอบครัวได้รับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการสอนและการฝึกทักษะการดูแล เป็นกระบวนการที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถดูแลผู้ป่วยในครอบครัวตามความต้องการและความจำเป็นทางด้านสุขภาพได้⁽¹⁹⁾ การเยี่ยมและให้การเสริมแรงผู้ดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ช่วยให้ผลการศึกษารั้งนี้บรรลุผลลัพธ์ที่ดี โดยได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ค้นหาเทคนิคการแก้ไขและจัดการปัญหาเกี่ยวกับการดูแลที่หลากหลายตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย⁽²⁰⁾ การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกว่าตัวเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้อย่างมั่นใจมากขึ้น และช่วยให้สามารถฝึกฝนทักษะใหม่ๆได้มากขึ้น การดำเนินการมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากการศึกษานี้ดำเนินการที่หน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่พัฒนาและปรับปรุงจากข้อค้นพบและข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวและ อสม.และผู้นำในชุมชน จึงเกิดความร่วมมือที่ดีและต่อเนื่องจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยวัณโรค ช่วยให้กระบวนการและผลลัพธ์การศึกษามีความเป็นไปได้ บรรลุตามวัตถุประสงค์ อย่างไรก็ตามการวัดผลลัพธ์

ในขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการศึกษา ผู้วิจัยออกแบบการวัดผลเปรียบเทียบภายในกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจถือเป็นข้อจำกัดในการเปรียบเทียบผล และถ้าการศึกษาครั้งต่อไปที่ต้องการยืนยันผลจากการพัฒนาแนวทางอย่างแท้จริง ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านจากการพัฒนานี้ ออกแบบการศึกษาแบบทดลองเพิ่มเติมเพื่อช่วยยืนยันว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพจริงในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ที่ให้ข้อมูลและร่วมดำเนินกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. WHO's Global Tuberculosis Report 2022 Switzerland; c2022 [cited 2022 August 14] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>
2. Di Gennaro, Francesco, et al. Active pulmonary tuberculosis in elderly patients: a 2016–2019 retrospective analysis from an Italian Referral Hospital. *Antibiotics*, 2020; 9(8): 489.
3. Negin J, Abimbola S, Marais BJ. Tuberculosis among older adults – time to take notice. *Int J Infect Dis*. 2015; 32: 135–7.
4. Charoensakulchai, S., Lertpheantum, C., Aksornpusitpong, C. et al. Six-year trend and risk factors of unsuccessful pulmonary tuberculosis treatment outcomes in Thai Community Hospital. *BMC Res Notes*. 2021; 14: 89.
5. Kaji A, Thi SS, Smith T, Charunwatthana P, Nosten FH. Challenges in tackling tuberculosis on the Thai-Myanmar border: findings from a qualitative study with health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15(1): 464.
6. Charoensakulchai S, Limsakul M, Saengungsumalee I, Usawachoke S, Udomdech A, Pongsaboripat A, et al. Characteristics of poor tuberculosis treatment outcomes among patients with pulmonary tuberculosis in Community Hospitals of Thailand. *Am J Trop Med Hyg*. 2020; 102(3): 553–61.
7. Pastor DK., Home sweet home: a concept analysis of home visiting. *Home Healthcare Now* 2006; 24(6): 389-394.
8. Mohan A, Nassir H, Niazi A. Does routine home visiting improve the return rate and outcome of DOTS patients who delay treatment. *East Mediterr Health J*. 2003; 9(4): 702-708.

9. Pradipta IS, Houtsma D, van Boven JFM, Alffenaar JC, Hak E. Interventions to improve medication adherence in tuberculosis patients: a systematic review of randomized controlled studies. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*. 2020; 30(1): 21.
10. Kroenke, K., Wu, J., Yu, Z., Bair, M. J., Kean, J., Stump, T., & Monahan, P. O. (2016). Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale: Initial Validation in Three Clinical Trials. *Psychosomatic medicine*, 78(6), 716–727.
11. Pukdeeporm T. Selected factors related to caregivers' capabilities in caring for older persons with dementia [Unpublished master thesis]. Chulalongkorn Univ., Bangkok, Thailand; 2005.
12. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2020. [cited 2022 August 20] Available from: www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020 Date last accessed: 1 August 2021
13. Singh SK, Kashyap GC, Puri P. Potential effect of household environment on prevalence of tuberculosis in India: evidence from the recent round of a cross-sectional survey. *BMC Pulm Med*. 2018; 18: 66.
14. Dasa TT, Roba AA, Weldegebreal F, et al. Prevalence and associated factors of depression among tuberculosis patients in Eastern Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2019; 19: 82.
15. Kamble BD, Singh SK, Jethani S, Chellaiyan VGD, Acharya BP. Social stigma among tuberculosis patients attending DOTS centers in Delhi. *J Family Med Prim Care*. 2020; 9(8): 4223-4228.
16. Febi AR, Manu MK, Mohapatra AK, Praharaj SK, Guddattu V. Psychological stress and health-related quality of life among tuberculosis patients: a prospective cohort study. *ERJ Open Res*. 2021; 7(3): 00251-2021.
17. วันเพ็ญ เชษตรานนท์. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 2556; 3(2): 148-155.
18. Biswas B.R, Thaniwattananon P., Nilmanat K. The Relationship between Family Support and Health Behaviors among Patients with Pulmonary TB. 2010; The 2nd International Conference on Humanities and Social Sciences April 10th, 2010 Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University
19. Purba JM, Suttharangsee W, Chaowalit A. Effects of a caregiver coaching program on family caregivers' competencies for persons with schizophrenia: a pilot study. *J Health Res*. 2017; 30(4): 267-74.
20. Hayes E, McCahon C, Panahi MR, Hamre T, Pohlman K. Alliance not compliance: coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008; 20(3): 155-62.