



ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ



นवल จันทร์แจ่มศรี

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ"

ของ นวพล จันทร์แจ่มศรี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัสนี วันชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงเดือน สุวรรณศิริ)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร ปิยะคง)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ
ผู้วิจัย	นवल จันทร์แจ่มศรี
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงเดือน สุวรรณศิริ
กรรมการที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัย นเรศวร, 2566
คำสำคัญ	ประสบการณ์การปรับตัว, วัณโรคปอด, ผู้สูงอายุ, รักษาสำเร็จ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ และปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ โดยคัดเลือกผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัย แนวคำถามเชิงลึก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และอุปกรณ์บันทึกเสียง วิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้วิธีการของโคไลซี

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ แบ่งออกได้ดังนี้ 1) การจัดการกับอาการและการรักษา ได้แก่ ใช้ยารักษาวัณโรคปอด ใช้ความอดทนต่อผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรคปอด พบแพทย์ตามนัด และระวังการแพร่กระจายเชื้อ 2) การทำร่างกายให้แข็งแรง ได้แก่ ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร เพิ่มการพักผ่อน และเลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การรักษาใจให้แข็งแรง ได้แก่ ทำกิจกรรมผ่อนคลาย หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และเชื่อมั่นในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัว ได้แก่ การช่วยเหลือจากครอบครัว และการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว ได้แก่ การป่วยด้วยโรคติดต่อ และความสามารถในการจำลอง

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการรักษาโรคต่อไป

Title	ADAPTATION EXPERIENCE AMONG OLDER PERSONS WITH SUCCESSFUL OF PULMONARY TUBERCULOSIS TREATMENT
Author	Nawapon Janjamsri
Advisor	Assistant Professor Wongduan Suwannakeeree, D.N.S.
Co-Advisor	Associate Professor Chommanard Wannapornsiri, Ph.D.
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Adult and Gerontological Nursing - (Type A2), Naresuan University, 2023
Keywords	Adaptation experiences, Pulmonary tuberculosis, Successful treatment, Older persons

ABSTRACT

This research is a qualitative study was aimed to explore the adaptation experiences of successfully treated older pulmonary tuberculosis (TB) patients. The research also aims to identify the factors that promote or hinder the adaptation process in these patients. The study selected 15 specifically targeted older pulmonary TB patients who had been successfully treated. Data were collected from February 2022 to September 2023 using various research tools including researcher, in-depth question, general data record form, non-participatory observation form, and recording devices. Data was analyzed by applying the Colaizzi method.

The study revealed that the adaptation experiences of older pulmonary TB patients who had undergone successful treatment can be categorized into the following key themes 1) Symptom management and treatment which included medication adherence, using patience to medication side effects, attending scheduled medical appointments and being cautious about the spread of infection. 2) Physical strengthening which included modifying their diet, increasing rest, and cessation of smoking and alcohol consumption. 3) Psychological well-being which included patients engaged in relaxation activities, sought emotional support to maintain psychological well-being and confidence in the

medical treatment. Factors facilitating adaptation included family support and health care worker support. Factors hindering adaptation included being communicable disease of pulmonary TB and declining memory abilities.

Recommendations based on the study findings suggest that the results of this study can be used as a foundation for promoting adaptive strategies for older pulmonary tuberculosis patients, aiming for successful future treatments.



ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสำเร็จ โดยได้รับความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงเดือน สุวรรณศิริ ที่ได้กรุณาเป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พร้อมด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ ที่กรุณาเป็นกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คอยชี้แนะแนวทางการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคโลก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ช่วยเหลือในการดำเนินงานวิจัย ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจนเสร็จสิ้น เป็นวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และภราดร ของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา รวมทั้งเพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่านที่ให้กำลังใจและความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่เป็นกำลังใจ และให้เวลาในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

นवल จันทร์แจ่มศรี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
ประกาศคุณูปการ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ.....	6
ประสบการณ์การปรับตัว.....	6
การปรับตัวด้านร่างกาย.....	6
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์.....	6
การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	8
ความหมายและการแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุ.....	8
สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย	8
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	9
การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ	13
การปรับตัวของผู้สูงอายุ.....	22
ความรู้เรื่องโรคปอดในผู้สูงอายุ.....	24
สาเหตุ.....	24
การติดเชื้อและพยาธิสภาพของโรค.....	24
อาการและอาการแสดง.....	26
การวินิจฉัยโรค	26
การรักษาโรคปอดในผู้สูงอายุ.....	29
การติดตามการรักษา.....	33
ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุ.....	35
การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุ	37
ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุในจังหวัดสุโขทัย	38
ทฤษฎีการปรับตัวของรอย.....	39
บริบทจังหวัดสุโขทัย	45
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
กรอบแนวคิดการวิจัย	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	52
ผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	52

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล.....	56
วิธีวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
การสร้างที่น่าเชื่อถือของงานวิจัย.....	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	60
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	60
ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ.....	62
การจัดการกับอาการและการรักษา.....	62
การทำร่างกายให้แข็งแรง.....	67
การรักษาใจให้แข็งแรง.....	71
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ.....	74
การช่วยเหลือจากครอบครัว.....	74
การช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์.....	75
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ.....	76
การป่วยด้วยโรคติดต่อ.....	76
ความสามารถในการจำลอง.....	77
บทที่ 5 บทสรุป.....	79
สรุปผลการวิจัย.....	79
1. ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ.....	80

ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ	80
ข้อเสนอแนะ	90
บรรณานุกรม	92
ภาคผนวก.....	103
ประวัติผู้วิจัย	110



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การติดตามรักษา.....	33
ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	61



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แผนภาพหลักปฏิบัติในการวินิจฉัยวัณโรคปอด	28
---	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

วัณโรคปอด หรือ Pulmonary tuberculosis (TB) เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาใหญ่ต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรหลายประเทศ แพร่เชื้อจากคนไปสู่คนทางละอองฝอยในอากาศโดยการไอ จาม (World Health Organization: WHO, 2022) โดยเชื้อวัณโรคมีระยะฟักตัวประมาณ 2 - 12 สัปดาห์ หรืออาจยาวนานถึง 20 - 30 ปี หลังจากได้รับเชื้อ กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อวัณโรคที่มีสุขภาพแข็งแรงมีภูมิคุ้มกันดีจะไม่ป่วยเป็นวัณโรค แต่ในทางกลับกันผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่าย ซึ่งระยะฟักตัวหลังการติดเชื้อนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (ปัญญารัตน์ คำมา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2562) ระยะแรกเริ่มตั้งแต่เชื้อ เข้าสู่ร่างกายจนถึง 7 วันแรก เชื้อจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอยู่ในไซโตพลาสซึมของเซลล์แมคโครฟาจ ในระยะที่ 2 เชื้อที่แบ่งตัวอยู่จะทำให้เซลล์แมคโครฟาจแตก และปล่อยเชื้อออกมานอกเซลล์ พร้อมเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนขึ้น ระยะที่ 3 เชื้อจะทำให้เกิดรอยโรคที่ปอด เกิดเนื้อตายลักษณะคล้าย เนยแข็ง (Caseous necrosis) และขยายใหญ่ขึ้นเกิดเป็นแผลวัณโรคปฐมภูมิ (Primary lesion) ส่วนระยะสุดท้าย ผลจากปฏิกิริยาภูมิไวเกิน จะทำให้เกิดการละลายของเนื้อตายคล้ายเนยแข็งเป็นสารเหลวคล้ายหนอง (Liquefaction) ซึ่งสารเหลวนี้นี้เป็นอาหารที่ดีสำหรับเชื้อ ทำให้มีการแบ่งตัวของเชื้อมากขึ้น มีการทำลายเนื้อปอดมากขึ้นจนเกิดเป็นโพรงแผลในปอด (Cavity) และอาจทะลุเข้าไปแขนงหลอดลม สามารถตรวจพบลักษณะของปอดอักเสบ (Broncho or lobar pneumonia) และสารเหลว (Caseous) จะถูกขับออกมาทางหลอดลม เป็นระยะที่เชื้อสามารถแพร่กระจายออกมาร่างกายและติดต่อไปยังผู้อื่นได้ (Hunter, 2018) แนวทางการรักษาวัณโรคของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 จึงแนะนำสูตรยามาตรฐานไว้ 2 แนว คือยารักษาวัณโรคแนวแรก (First – line anti – TB drug, FLD) และยารักษาวัณโรคแนวที่สอง (Second – line anti – TB drug, SLD) เพื่อจำเพาะต่อผู้ป่วยในแต่ละบุคคล โดยเป็นสูตรยามาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดี (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น มีไข้ เจ็บคอ เจ็บตา เวียนหัว เหนื่อย คัดจมูก อาเจียน ซ้ำมือ ซ้ำเท้า และปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2561) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยวัณโรค

ยังส่งผลต่อร่างกาย เช่น ทำให้มีอาการไข้ ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง ไม่เพียงเท่านั้นยังส่งผลต่อด้านสังคม ทำให้ถูกตีตรา หรือตั้งข้อรังเกียจจากสังคม มีทัศนคติด้านลบ และกลัวจะติดโรค สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย เกิดความคับข้องใจ ท้อแท้ ซึมเศร้า เพิ่มความเครียด บั่นทอนกำลังใจ ในการรักษา และส่งผลต่อการขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง พยายามปิดบังซ่อนเร้นความเจ็บป่วย เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาจากการถูกกีดกันทางสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันในสังคม (Ngamvithayapong-Yanai, Winkvist, Luangjina, & Diwan, 2005) ทั้งยังส่งผลกระทบต่อความล่าช้าในการเข้ารับ การรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย (Phata, & Suggravetsiri, 2015; Pungrassami, Kipp, Stewart, Chongsuvivatwong, Strauss, Van, & Rie, 2010) ส่วนด้านเศรษฐกิจ การรักษา ที่ใช้ระยะเวลานาน แม้ว่ารัฐบาลจะให้การสนับสนุนโดยไม่คิดมูลค่าของยา แต่ผู้ป่วย และครอบครัว ต้องรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และการมาตรวจตามนัด ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ จึงส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว (พัชราพรธรรม กิจพันธ์, 2561)

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรค โดยพบ ความชุกของผู้ป่วยวัณโรคสูงถึง 14 ล้านคนโดยประมาณและกว่า 10.4 ล้านคนป่วยเป็นวัณโรค โดยคิดเป็นอัตราป่วย 142 ต่อประชากรแสนคน โดยเฉลี่ยในหนึ่งวันมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เกิดขึ้น 28,500 คนและพบผู้เสียชีวิตถึง 1.8 ล้านคนต่อปี องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 (WHO, 2021) และจากรายงานของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยวัณโรคจำนวนถึง 105,000 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ 85,837 ราย ต้อยหลายขนาด 1,302 ราย และพบผลการรักษา สำเร็จร้อยละ 82 จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป โดยในผู้สูงอายุพบอัตราการป่วยสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ จากการรวบรวมรายงานจากสำนักวัณโรค (TB report feedback system) ระหว่างปี 2562 - 2564 พบอุบัติการณ์วัณโรคเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ คือ 111.48, 109.92 และ 110.14 ตามลำดับ

เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ จะเกิดความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ส่งผลให้ ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่าย ผู้สูงอายุมักมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจได้บ่อย รวมทั้งมีโอกาส เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ของระบบทางเดินหายใจ และระบบภูมิคุ้มกันที่มีประสิทธิภาพลดลงตามวัยสูงอายุ กลไกการป้องกัน ของร่างกาย (Mechanical defense) ลดลง เช่น ความยืดหยุ่นของปอด และผนังทรวงอก การไหลเวียนเลือด และจำนวนถุงลม การทำงานของเซลล์ขนและสารคัดหลั่งตามเยื่อบุ ทางเดินหายใจรีเฟล็กซ์การขย้อน การไอและความไวผาปิดกล่องเสียง ระบบภูมิคุ้มกันแต่กำเนิด

(Innate immunity) และระบบภูมิคุ้มกันที่ปรับตัว (Adaptive immunity) ทำให้กระบวนการทำลายเชื้อโรค (Phagocytosis) ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเชื้อได้ง่าย (เมธี จินะโกฎิ และการันต์ พงษ์พานิช, 2561) และจากข้อมูลของมูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า โรคหรืออาการป่วยของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 48.6 ท้องร่วง ท้องเสีย บิด ร้อยละ 18.9 โรคในช่องปากฟันผุ โรคเหงือก ร้อยละ 14.8 ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ โรคกระเพาะ ร้อยละ 9.5 และปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 3.4 นอกจากนี้ความสูญเสียปีสุขภาวะของผู้สูงอายุ พบว่าเพศชาย มีความสูญเสียปีสุขภาวะใกล้เคียงกับเพศหญิง และ 1 ใน 10 สาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะของผู้สูงอายุ คือ วัณโรคปอด (มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการใช้ความรู้เรื่อง วัณโรคปอด การรักษา และการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในครั้งแรกที่ขึ้นทะเบียนการรักษา มีโอกาสได้รับการหายสูงสุดในการรักษาครั้งแรกเกือบร้อยละ 100 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรักษาสำเร็จ คือ การรับประทานยาอย่าง ครบถ้วนต่อเนื่อง และสม่ำเสมอด้วยวิธีการสังเกตโดยตรง (Directly observed therapy, DOT) (WHO, 2016) และยังพบปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาเศรษฐกิจ/สังคมทัศนคติ/ความเชื่อ และการสนับสนุนทางสังคม (อรทัย ศรีทองธรรม, อุบล ทาบุดดา, ชุตติมา ผลานันท์, อมรรัตน์ จงตระการสมบัติ และศิริวรรณ อุทธา, 2560) 2) ปัจจัยด้านลักษณะการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และโรคร่วม (ธนิต เสริมแก้ว และกุสุมา สว่างพันธ์, 2565) 3) ปัจจัยด้านยาที่ได้รับ ได้แก่ ชนิดของยา จำนวนเม็ด ยา จำนวนมียา และผลข้างเคียงของยา (พชรพร ครองยงุทธ, เจษฎา สุรวรรณ, สุภควี ธนสีลังกูร และปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์, 2564) 4) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา และ 5) ปัจจัยด้านสถานบริการ ได้แก่ ระยะทางในการเดินทางมา รับบริการ ระยะเวลาในการเดินทางมารับ บริการ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการรอรับบริการ ความสะดวกในการรอ รับบริการ และความถี่ของการนัดตรวจรักษา (พัฒนพงษ์ วงศ์กาฬสินธุ์, 2550) จึงจะเห็นได้ว่าปัจจัย ทั้งหมดส่งผลต่อการรักษาสำเร็จ โดยเฉพาะปัจจัยด้านผู้ป่วยที่บ่งชี้ว่าอายุมีผลต่อการรักษาสำเร็จ ดังนั้นยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้น ความสำเร็จยิ่งลดลงจากความเสื่อมทางกายภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องมีการ ปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน และจากการทบทวนวรรณกรรมการปรับตัว พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อ การปรับตัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เพศ 2) สถานภาพสมรส 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพทาง สุขภาพ 5) ลักษณะครอบครัว 6) รายได้ และ 7) การเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม (ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ, 2552; ลลดา ลวนะลาภานนท์, 2558) จึงจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาสำเร็จและปัจจัยที่ ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกัน

จังหวัดสุโขทัยพบปัญหาโรคระบาดกลุ่มโรคติดต่อทางเดินหายใจที่สำคัญ 3 อันดับโรค ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ ปอดบวม และวัณโรคปอด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2565) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2560 - 2564 มีจำนวน 562, 642, 661, 676 และ 688 ราย อัตราความสำเร็จของการรักษา (Success Rate) ร้อยละ 82.6, 86.7, 84.0, 83.0 และ 85.1 อัตราการตาย ร้อยละ 12.2, 15.9, 16.0, 15.5 และ 14.2 โดยปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบเป็นผู้สูงอายุ 36, 48, 56 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากการติดตามพบว่า ผู้สูงอายุมีผลสำเร็จในการรักษาเพียงร้อยละ 65.79, 57.78 และ 72.41 พบการเสียชีวิตร้อยละ 7.89, 24.44 และ 22.41 และการขาดยาร้อยละ 13.16, 2.22 และ 1.72 ตามลำดับ และยังพบว่าผู้สูงอายุรับประทานยาต้านวัณโรค ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 7.89, 8.89 และ 10.34 ตามลำดับ มีสาเหตุมาจากมีภาวะตับอักเสบจำนวน 5 คน (ร้อยละ 38.46) มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมาก เบื่ออาหาร จำนวน 6 คน (ร้อยละ 46.15) แพ้ยา จำนวน 1 คน (ร้อยละ 7.69) และไม่มีผู้ดูแลพามารับยา จำนวน 1 คน (ร้อยละ 7.69) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566) จะเห็นได้ว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดของผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัยน้อยกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกเนื่องจากการขาดยา และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตที่มากขึ้น แสดงให้เห็นว่าวัณโรคปอดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัย

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของบุคคลอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความเชื่อ สังคม และสิ่งแวดล้อม ฉะนั้นจึงต้องมีการดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคมด้านสภาพแวดล้อม ด้านศาสนา จิตวิญญาณและความเชื่อส่วนบุคคล สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระแก่ชุมชนและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีรอยที่ว่าบุคคลเป็นองค์รวม (Biopsychosocial being) ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม การปรับตัว ของบุคคลเป็นระบบเปิด มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก (Roy, 1999) เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลหรือภาวะสุขภาพที่ดี ผ่านกลไกการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาหว่ากัน เพื่อช่วยให้สามารถรักษาวัณโรคปอดได้หายขาด จากบริบทของจังหวัดสุโขทัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย สร้างบ้านเรือนอยู่ในละแวกเดียวกัน บางครอบครัวผู้สูงอายุยังต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ และบางครอบครัวบุตรหลานไม่ได้อาศัยอยู่ด้วย เนื่องจากต้องไปทำงานต่างจังหวัด (กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม, 2559) จากบริบทดังกล่าวและความเสื่อมลงของร่างกายตามวัยของผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน (ณัฐสุดา แสงบุญ, 2562) และต้องใช้ความพยายามในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง

ดังกล่าว ขณะที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับตัว แต่ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่สามารถปรับตัวได้ดีจนรักษาสำเร็จ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสูงอายุขณะที่เจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอดตามมุมมองของผู้ที่รักษาสำเร็จ ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการปรับตัวเพื่อใช้เป็นความรู้พื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการหายของโรคต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จเป็นอย่างไร

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงประสบการณ์การปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการหายของโรคต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งเสริม และเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

(Non-participant observation) ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุ จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ หมายถึง บุคคลที่อายุตั้งแต่ 60 ปี มีผลตรวจเสมหะ พบเชื้อหรือไม่พบเชื้อก็ได้ แต่มีภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นวัยโรคปอด ซึ่งผ่านกระบวนการรักษาวัยโรคปอดครบตามกำหนด และแพทย์วินิจฉัยว่ารักษาครบหรือหายขาดจากการเป็นวัยโรคปอด

ประสบการณ์การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุ ภายหลังจากได้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลังเกิดการเจ็บป่วยด้วยวัยโรคปอด เกี่ยวกับการปรับตัวด้านร่างกายด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

การปรับตัวด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมในการปรับตัวของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุ ต่อความต้องการด้านร่างกาย และการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของร่างกาย ได้แก่ ออกซิเจน อาหาร และยา การขับถ่าย การมีกิจกรรม การพักผ่อน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง พฤติกรรมความเชื่อ ความรู้สึกที่ผู้ป่วย วัยโรคปอดสูงอายุมีต่อตนเองในระยะเวลาสั้น ๆ โดยเกิดขึ้นจากการรับรู้ของตนเองต่อตนเอง และเกิดจากการรับรู้ของบุคคลอื่นต่อตนเอง

การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองต่อความต้องการ และคงไว้ซึ่งความมั่นคงของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุ เกี่ยวกับการแสดงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวหรือในสังคม

การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองเพื่อความมั่นคงทางสังคมของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกัน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การได้รับความรัก ความเคารพ และให้คุณค่าจากบุคคลอื่น

ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการปรับตัว หมายถึง องค์ประกอบที่ช่วยเกื้อหนุนพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุ ขณะเผชิญกับการเจ็บป่วย และการรักษาวัยโรคปอด

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว หมายถึง องค์ประกอบที่ลดทอนพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุ ขณะเผชิญกับการเจ็บป่วย และการรักษาวัยโรคปอด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งเสริม และเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ โดยผู้วิจัยทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายและการแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุ

สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

การปรับตัวของผู้สูงอายุ

2. ความรู้เรื่องโรคปอดในผู้สูงอายุ

สาเหตุ

การติดเชื้อและพยาธิสภาพของโรค

อาการและอาการแสดง

การวินิจฉัยโรค

การรักษาโรคปอดในผู้สูงอายุ

การติดตามการรักษา

ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุ

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุในจังหวัดสุโขทัย

3. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

4. บริบทจังหวัดสุโขทัย

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายและการแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุ

จากการประชุมสมัชชาโลกผู้สูงอายุที่ประเทศออสเตรเลีย กรุงเวียนนา เมื่อปี พ.ศ. 2525 ได้มีมติว่า ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง (คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคม วุฒิสภา, 2534) ต่อมาประเทศไทยจึงยึดหลักเกณฑ์นี้ในการแบ่งช่วงวัย และได้ออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตราที่ 3 ซึ่งได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) ขณะที่องค์การสหประชาชาติ (United nations) ก็ได้ให้นิยามคำว่า ผู้สูงอายุ เช่นกัน คือประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด พร้อมทั้งให้นิยามการแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุ ในระดับประเทศ โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วงดังนี้ (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

ประเทศที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society)

ประเทศที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากร ทั้งประเทศ ประเทศนั้นเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society)

ประเทศที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากร ทั้งประเทศ ประเทศนั้นเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society)

จากคำนิยามผู้สูงอายุข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยมุ่งเน้นอายุเป็นหลักภายใต้มุมมองเชิงชีวภาพ และกายภาพ ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยส่งเสริมให้บุคคลมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562) ส่งผลให้แต่ละประเทศมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุในที่สุด

สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประชากรผู้สูงอายุ หรือ ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Aging population) หมายถึง จำนวนและสัดส่วนของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในสังคม จากการประมาณประชากร และดัชนีวัดสถานการณ์ด้านประชากร แสดงถึงจุดเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยที่สำคัญคือ การเคลื่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงประชากรที่มีจำนวน และสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562)

ประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในปี พ.ศ. 2564 และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2574 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) และ

มีสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องด้วยอายุเฉลี่ยของประชาชนยืนยาวขึ้น ทำให้โอกาสเกิดโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาสุขภาพสูงมากขึ้น โรคเรื้อรังที่พบ เช่น โรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ และโรคระบบทางเดินหายใจ มากขึ้น เกิดผลกระทบแก่ภาครัฐที่ต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 25,315 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2523 เป็น 434,974 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2548 หรือเพิ่มขึ้น 17.2 เท่าในช่วง 25 ปี (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562) นอกจากนี้ โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จากร้อยละ 28.9 เป็นร้อยละ 31.0 ส่งผลให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพัง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็น ร้อยละ 7.5 จากปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562) เกิดปัญหาที่ตามมาคือไม่มีใครคอยดูแลช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะถดถอย คุณภาพชีวิตลดลง

ดังนั้นภาครัฐควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุมากขึ้น จากทั้งปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ที่เกิดจากความเสื่อมถอย ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ และปัญหาด้านครอบครัว ที่จำต้องโดดเดี่ยวไร้ผู้ดูแล ทั้งหมดส่งผลกระทบเป็นวงกว้างแก่ระบบสาธารณสุข จำต้องสูญเสียเงินในการรักษาพยาบาลที่มากขึ้นตามมา ทางแก้ปัญหาก็ควรส่งเสริมให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้เข้าใจ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจะสามารถช่วยลด ปัญหาต่าง ๆ ที่ตามมาได้

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีสูงอายุ (Theories of ageing) เป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งมีชีวิตตามกาลเวลา (Christiansen & Grzybowski, 1993) ซึ่งการ ตั้งสมมติฐาน และทฤษฎีเกี่ยวกับธรรมชาติของความสูงอายุมีวิวัฒนาการมาโดยตลอด เนื่องจากความ สูงอายุไม่สามารถอธิบายได้อย่างสมบูรณ์จากทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง อีกทั้งความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ เกี่ยวกับกลไกการเกิดภาวะสูงอายุที่ค้นพบเพิ่มขึ้น จึงสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก ทั้งทฤษฎี ทางด้านชีวภาพในผู้สูงอายุ ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาในผู้สูงอายุ และทฤษฎีทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ (Touhy & Jett, 2014; Miller, 2019)

1. ทฤษฎีทางด้านชีวภาพในผู้สูงอายุ (Biological theories of ageing)

เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายความสูงอายุของสิ่งมีชีวิต โดยนำกระบวนการเปลี่ยนแปลง ทางกายภาพในระดับโมเลกุล เซลล์ เนื้อเยื่อ และระบบต่าง ๆ ของร่างกายมาอธิบายว่าเกิดการ เปลี่ยนแปลง และทำงานลดลงตามกาลเวลา ดังนี้

ทฤษฎีนาฬิกาทางพันธุกรรม (Genetic clock theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า เมื่อเซลล์ ร่างกายแบ่งเซลล์ได้ในระยะหนึ่ง ก็จะหยุดการแบ่งเซลล์ และตายไปในที่สุด จึงเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า

Hayflick เกิดจากการค้นพบกลุ่มสารพันธุกรรมที่เรียกว่า Telomeres ซึ่งอยู่ที่ตำแหน่งปลายสุดของโครโมโซม กลุ่มสารเหล่านี้ประกอบด้วย Hexanucleotide เกี่ยวข้องกับการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนเซลล์ เมื่อจำนวน Hexanucleotide ลดลง ความสามารถในการสร้าง DNA ใหม่ก็จะลดลง ส่งผลให้การแบ่งเซลล์ลดลง และหยุดการแบ่งตัว จนนำไปสู่กลไกการตายของเซลล์ (Apoptosis) ทฤษฎีนี้สามารถนำมาอธิบายการสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะหลายระบบได้ (Miller, 2019)

ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Auto-immune theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ร่างกายจะสร้างสารจำพวก ไกลโคโปรตีน (Antibodies) มีหน้าที่ในการต่อต้านสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ (Antigen) ระบบภูมิคุ้มกันนี้จะสร้างโปรแกรมที่จดจำและไม่ทำลายเนื้อเยื่อ (Tissue) ของร่างกาย แต่จะต่อต้านสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ เท่านั้น การที่ภูมิคุ้มกันของร่างกาย กลับต่อต้านตนเองเกิดขึ้น เนื่องจากร่างกายสูญเสียความสามารถในการแยกแยะระหว่างเนื้อเยื่อของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโปรตีน และสิ่งแปลกปลอม ดังนั้นระบบภูมิคุ้มกันจึงโจมตี และทำลายเนื้อเยื่อของตนเอง และจะเพิ่มความถี่มากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมีความผิดปกติของภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (Autoimmune disorder) เพิ่มขึ้น ประกอบกับการเสื่อมถอยลงของการตอบสนองของภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ ทำให้ผลิตสารจำพวกไกลโคโปรตีนลดลง และมีประสิทธิภาพต่ำลงในผู้สูงอายุ (Diggs, 2008)

ทฤษฎีความเสื่อมน (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า อวัยวะของร่างกายเมื่อถูกใช้งานมากขึ้นจะเสื่อมถอย อีกทั้งซ่อมแซมได้ยาก ทฤษฎีนี้อธิบายเปรียบร่างกายเป็นดังเครื่องจักรกล ที่ถูกตั้งโปรแกรมการใช้งานหรืออายุการใช้งานไว้ล่วงหน้า เมื่อเครื่องจักรกลมีอายุการทำงาน หรือการใช้งานที่มากขึ้น ทำให้มีการเสื่อมสภาพเร็วขึ้นตามลำดับ ทำให้ยากแก่การซ่อมแซมหรือดูแลรักษา จนในที่สุดไม่สามารถใช้งานได้ ดังเช่นอวัยวะของร่างกายที่ถูกใช้งานในชีวิตประจำวัน ก็จะเสื่อมถอยตามกาลเวลา (Sattaur, Lashley & Golden, 2020)

ทฤษฎีเชื่อมตามขวาง (Cross-linking of collagen and other proteins) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดจากการเชื่อมโยงตามขวางของโมเลกุลโปรตีน โดยเฉพาะโปรตีนกลุ่มอีลาสติน (Elastin) และคอลลาเจน (Collagen) ของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่ช่วยในการพยุงและสร้างความแข็งแรงในกระดูก กระดูกอ่อน และเส้นเอ็น เมื่อเส้นใยเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ถูกนำเข้าไปในเนื้อเยื่อครั้งแรก โมเลกุลจะเกาะกันหลวม ๆ ทำให้เนื้อเยื่อมีความยืดหยุ่น แต่เมื่อเวลาผ่านไปโมเลกุลจะเกาะกันใกล้ชิดมากขึ้นทำให้เนื้อเยื่อมีความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้สูญเสียประสิทธิภาพการทำงานของหลอดเลือด และอวัยวะต่าง ๆ ลดลง และจากการศึกษาพบว่าการมีน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เป็นสาเหตุที่ส่งเสริมการเกาะกันของโปรตีน (Cross linkage) ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมีน้ำตาลในเลือดสูง และการสูญเสียความยืดหยุ่นของเซลล์ นอกจากนี้การได้รับหรือสัมผัสสารประกอบอัลดีไฮด์ ทองแดง แมกเนเซียม ยังเป็นปัจจัยส่งเสริมการเชื่อมตามขวางของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันอีกด้วย (Bjorksten & Tenhu, 1990)

ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free-radical theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า กระบวนการเผาผลาญ (Metabolism) ของเซลล์จะมีผลผลิตที่ได้จากกระบวนการนี้ (By product) มีชื่อว่าอนุมูลอิสระ (Free-radical) ซึ่งจะเป็นโมเลกุลที่ไม่มีคู่ และโมเลกุลเหล่านี้จะไปจับคู่กับโมเลกุลอื่นทำให้เกิดกระบวนการออกซิเดชัน (Oxidation) ส่งผลเสียต่อโครงสร้างดั้งเดิมและหน้าที่ของเซลล์ กล่าวคือ เกิดการทำลาย Phospholipids ของผนังเยื่อหุ้มเซลล์และกรดนิวคลีอิก จึงสามารถผ่านผนังเยื่อหุ้มเซลล์ไปทำปฏิกิริยากับไขมันที่ไม่อิ่มตัวในเซลล์ โดยเฉพาะในไมโทคอนเดรียและไลโซโซม จึงเป็นเหตุให้เซลล์ขาดพลังงาน เอนไซม์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ อีกทั้งสูญเสีย Membrane permeability ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมสมดุลของเกลือแร่และสารน้ำในร่างกายได้ (Harman, 1956)

ดังสรุปได้ว่า ทฤษฎีทางด้านชีวภาพในผู้สูงอายุ ช่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในระดับโมเลกุล เซลล์ อวัยวะ และระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะสูงอายุมิได้มีเพียงด้านชีวภาพด้านเดียวเท่านั้น ยังมีด้านอื่น ๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงของบุคคลตามกาลเวลาได้อีกเช่นกัน

2. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาในผู้สูงอายุ (Psychologic theories of ageing)

ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะสูงอายุ โดยพิจารณาจากจิตใจ อารมณ์ ทศนคติ แรงจูงใจ และสังคม โดยมุ่งเน้นอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ดังนี้

ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความสำเร็จ และความล้มเหลวของการพัฒนาบุคลิกภาพ และจิตใจของมนุษย์ตามช่วงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 8 ระยะ เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ซึ่งวัยสูงอายุจะจัดอยู่ในระยะที่ 8 เรียกว่า Ego integrity versus despair คือการที่บุคคลได้พัฒนาตนเองจนถึงขั้นประสบความสำเร็จในความคิดของตน ยอมรับความผิดพลาดของตนเอง และยอมรับความคิดเห็น การปฏิบัติของผู้อื่นที่มีต่อตน มีความพอใจกับชีวิตแม้ว่าสภาพร่างกาย และจิตใจเสื่อมถอย แต่ในทางตรงกันข้าม หากไม่สามารถยอมรับอดีตที่ผ่านมา หรือไม่สามารถยอมรับความผิดพลาดของตนเอง ก็จะทำให้รู้สึกท้อถอย สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าในชีวิต ร่วมกับสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย จึงอาจทำให้ก่อโรคทั้งทางกายและทางจิตได้ (Erikson, 1982)

ทฤษฎีของเพค (Peck's theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การพัฒนาบุคลิกภาพ และการลดความขัดแย้งทางจิตสังคมแบ่งออกได้ 3 แบบ คือ Ego differentiation versus work role preoccupation เป็นความรู้สึกที่มีต่องาน เมื่อเกษียณอายุแล้วยังสามารถปรับบทบาทของตนเองให้เข้ากับการว่างงานหรือไม่ หรือยังคงยึดติดบทบาทอาชีพเดิม ไม่สามารถปรับเปลี่ยนมาอยู่ในบทบาทคนในครอบครัว หรือคนในชุมชนแทน และอีกแบบคือ Body transcendence versus body preoccupation เป็นความรู้สึกอยู่เหนือข้อจำกัดของสภาพร่างกายที่ถดถอย ถ้าสามารถยอมรับ

และปรับตัวได้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ท้ายสุดคือ Ego transcendence versus ego preoccupation เป็นความรู้สึกที่ยอมรับกฎเกณฑ์ทางธรรมชาติ และความตายจนเกิดความมั่นคงในจิตใจ และไม่คาดหวังความจริง ตรงกันข้ามถ้าไม่สามารถยอมรับจะเกิดความทุกข์ และคุณภาพชีวิตที่ถดถอย (Melillo & Houde, 2010)

ทฤษฎีของบุเลอร์ (Course of human life theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า วงจรชีวิต การงาน และการพัฒนาบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน โดยมีความเกี่ยวข้องกับบทบาท เป้าหมายชีวิต และสัมพันธภาพรอบข้าง ถ้าบุคคลมีการสะท้อนคิด (Self-reflection) ต่อประสบการณ์ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาทั้งที่ประสบความสำเร็จ และไม่ประสบความสำเร็จ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern) และการปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุ (Role transformation) (Melillo & Houde, 2010)

ดังสรุปได้ว่า ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาในผู้สูงอายุ ช่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุยอมรับบทบาทการเปลี่ยนแปลง และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่ถดถอยได้นั้น จะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ตรงกันข้ามถ้าไม่สามารถยอมรับ และปรับตัวจะเกิดภาวะถดถอย และเกิดโรคทั้งทางกายและทางจิตตามมา

3. ทฤษฎีทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ (Sociological theories of ageing)

ทฤษฎีทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะสูงอายุ โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางบทบาท ความสัมพันธ์ และสภาพที่มีผลต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุภายใต้วัฒนธรรมและสังคมนั้น ๆ ดังนี้

ทฤษฎีความไม่เกี่ยวข้อง (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลนั้นสามารถหยุดบทบาทของตนเองบางอย่าง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความต้องการของตนเอง หรือแรงกดดันจากสังคมได้ เช่น การที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความสามารถลดลง หรือรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ ซึ่งเป็นการถอยสัมพันธ์ภาพกับสังคมและเป็นการลดบทบาทให้คนรุ่นหลังเข้ามามีบทบาทแทนที่อย่างค่อยเป็นค่อยไปเพื่อให้เกิดความสมดุลทางสังคม (Social equilibrium) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงหนีไม่พ้นที่จะถอนตัวออกจากสังคม โดยที่ไม่เกี่ยวกับระบบทางสังคมที่อยู่ (Kunkel & Settersten, 2021)

ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการคงที่ในผู้สูงอายุแต่ละบุคคล จะมองถึงนิสัย การแสดงออก และชีวิตความเป็นอยู่ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ การประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุนั้นจะขึ้นกับองค์ประกอบเหล่านั้น ได้รับการฝึกฝนมาเล็กน้อยเพียงใด และสามารถผสมผสานให้เข้ากับเหตุการณ์ในปัจจุบันของแต่ละบุคคลได้อย่างไร (Kunkel & Settersten, 2021)

ทฤษฎีการมีกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การมีกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุยังต้องการการยอมรับ และการเข้าร่วมทางสังคมแม้ว่าสถานภาพ และบทบาททางสังคมจะลดลงก็ตาม อย่างไรก็ตามการมีกิจกรรมต้องคำนึงถึงสุขภาพของร่างกาย เศรษฐกิจ และแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวย นอกจากนี้ประเภทของกิจกรรมยังมีความสำคัญมากกว่าความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรม (Kunkel & Settersten, 2021)

ดังสรุปได้ว่า ทฤษฎีทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ ช่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาท และความสัมพันธ์ในสังคมของผู้สูงอายุ หากมีการปรับเปลี่ยนบทบาทได้อย่างเหมาะสม และยังคงกิจกรรมความสัมพันธ์ในสังคมก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ความสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะต่าง ๆ จนถึงระบบของร่างกาย ซึ่งร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ความสูงอายุนี้ ไม่เพียงแต่เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแต่อย่างเดียว ยังรวมถึงเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจการเงินด้วย ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงองค์รวมนี้อาจส่งผลต่อชีวิต โรคที่เป็นอยู่และการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้ (Touhy & Jett, 2014; Miller, 2019)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physiological change in old age)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุมักเริ่มเสื่อมลงตั้งแต่อายุ 35 ปี และเสื่อมลงต่อเนื่องเรื่อย ๆ ตลอดชั่วอายุขัย ซึ่งอัตราการเปลี่ยนแปลงจะเร็วหรือช้าขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยของแต่ละบุคคล ดังเช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม สามารถแบ่งตามระบบได้ดังนี้

ระบบหายใจ (Respiratory system) โครงสร้างของระบบหายใจที่เปลี่ยนแปลงไปในวัยสูงอายุ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงผนังทรวงอก กล้ามเนื้อหายใจ ทางเดินหายใจ ถุงลม และหลอดเลือดปอด พบการยึดติดของผนังทรวงอก (Chest wall stiffness) ทำให้มีช่องว่างระหว่างกระดูกสันหลังแคบลง แนวของกระดูกสันหลังส่วนอกเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะค่อม (Thoracic kyphosis) เป็นเหตุให้ลดความสามารถในการยืดขยายทรวงอกตามจังหวะของการหายใจ (Chest wall compliance) โดยมีสาเหตุจากการสะสมของหินปูน (Calcification) บริเวณข้อต่อกระดูกซี่โครง (Rib articulations) และกระดูกอ่อนซี่โครง (Costal cartilages) ร่วมกับภาวะมวลกระดูกบาง (Osteopenia) และการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง (Degenerative disc) (เมธี จินะโกฎิ และ การันต์ พงษ์พานิช, 2561)

พบการลดลงของพื้นที่หน้าตัด (Cross sectional areas) ของกลุ่มกล้ามเนื้อยึดกระดูกซี่โครง (Intercostal muscles) โดยเฉพาะกล้ามเนื้อยึดกระดูกซี่โครงชั้นในและชั้นในสุด (Internal and innermost intercostal muscles) ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อช่วยในการออกแรงหายใจ

(Accessory expiratory muscles) โดยมีสาเหตุมาจากการฝ่อลีบและสูญเสียใยกล้ามเนื้อชนิดหดตัวเร็ว (Fast twitch muscle fiber) การเสื่อมสภาพของเยื่อหุ้มไมอีลินของเส้นประสาท ฟรีนิก (Phrenic nerve) หรือการเสื่อมของรอยต่อระหว่างปลายประสาทสั่งการและเซลล์กล้ามเนื้อ (Degeneration of junctional folds) ซึ่งล้วนทำให้การเหนี่ยวนำกระแสประสาทสั่งการของกล้ามเนื้อหายใจ (Action potential amplitude) ลดลง และใช้ระยะเวลาในการเหนี่ยวนำ กระแสประสาท (Action potential latency) เพิ่มมากขึ้น (Turner, 1968; Milne & Williamson, 1972)

พบการบางลงของผนังด้านหลังของคอหอย (Posterior pharyngeal wall) ทำให้โครงสร้างหลังโพรงจมูก (Nasopharynx) เกิดการตีบแคบ นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนกล่องเสียงไปเป็นกระดูกเนื้อแข็ง (Laryngeal ossification) การเพิ่มจำนวนต่อมสร้างเมือก (Mucous glands) การเกาะของหินปูนบริเวณกระดูกอ่อนท่อลม (Bronchial cartilage) และการลดจำนวนรวมถึงคุณภาพการพัดโบกของเซลล์ขน (Cilia) ร่วมด้วยพบการเสื่อมสภาพของเส้นใยอีลาสติก (Elastic fibers) บริเวณท่อลมส่วนปลาย และถุงลมโดยเฉพาะบริเวณท่อถุงลม (Alveolar duct) โดยไม่ทราบสาเหตุอย่างแน่ชัด สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากความไม่สมดุลของเอนไซม์ และตัวยับยั้งเอนไซม์ทำลายโปรตีน (Protease-antiprotease) หรือการลดลงของเส้นใยคอลลาเจนชนิด Cross-linked ที่เป็นโปรตีนโครงสร้างหลักของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เป็นเหตุให้โครงสร้างดังกล่าวถูกยึดให้โป่งขยาย (Hyperinflation) และสูญเสียความสามารถในการหดกลับ (Elastic recoil) คล้ายกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) เพียงแต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนี้จะไม่พบการทำลายผนังถุงลม และการอักเสบของท่อลม พบการหนาตัว (Thickness) และสูญเสียความยืดหยุ่น (Distensibility) ของหลอดเลือดแดงในปอด (Pulmonary artery) จากการสะสมเส้นใยคอลลาเจนที่มีความยืดหยุ่นต่ำบริเวณผนังหลอดเลือดชั้นกลาง (Tunica media) การเพิ่มขึ้นของพังพืด (Fibrosis) และการสะสมพลาค (Atheromatous plaques) ภายในผนังหลอดเลือดชั้นใน (Tunica intima) ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงในปอดแข็งตัว (Pulmonary arterial stiffness) มีแรงต้าน (Pulmonary arterial resistance) และความดันภายในหลอดเลือด (Pulmonary arterial pressure) เพิ่มสูงขึ้นได้ง่าย (เมธี จินะโกฏิ และการ์รันต์ พงษ์พานิช, 2561)

ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบหายใจในวัยสูงอายุ เป็นเหตุให้กลศาสตร์การหายใจ การระบายอากาศ การแลกเปลี่ยนแก๊ส การควบคุมการหายใจ และกลไกป้องกันตัวเองของทางเดินหายใจเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ จึงทำให้กลไกป้องกันตนเองของทางเดินหายใจด้วยการไอหรือจามมีประสิทธิภาพลดลง ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุจึงมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายกว่าปกติ

ระบบไหลเวียนโลหิต (Circulatory system) มีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจ พบว่าคอลลาเจนจะมากขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ประสิทธิภาพการหด และคลายตัวของหัวใจลดลง มีการสะสมไขมันในเส้นใยลิ้นหัวใจ (Fibrous strome) และมีการเสื่อมของคอลลาเจน ประกอบกับมีการสะสมของแคลเซียม ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ลิ้นหัวใจเอออร์ติกและไมตรัล ทำให้ลิ้นหัวใจหนาและแข็งตัวขึ้น เคลื่อนไหวน้อยลงร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงโคโรนารี และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือด ส่งผลให้มีการคดเคี้ยวมากขึ้น ความยืดหยุ่นในผนังหลอดเลือดลดลง มีการสะสมของแคลเซียมและไขมันมากขึ้น ความต้านทานในหลอดเลือดสูงขึ้น (Eliopoulos, 2001) ส่งผลให้ความดันในระบบไหลเวียนเลือดเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนั้นระบบสื่อไฟฟ้าของหัวใจจะเริ่มมีการลดลง เนื่องจากจำนวนของตัวกระตุ้นการนำไฟฟ้า (Pacemaker cell) ในจุดกำเนิดห้องขวาบนลดลง และจากการจุดกำเนิดไฟฟ้ามีไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมาเกาะ จึงทำให้การกำเนิดและส่งกระแสไฟฟ้าของหัวใจลดลง (Eliopoulos, 2001) มีผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้ายข้างล่าง ส่วนหลอดเลือดดำ (Venous system) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ร่วมกับลิ้นปิดบริเวณหลอดเลือดดำทำหน้าที่ลดลง ส่งผลให้เกิดการไหลกรอกของเลือด อวัยวะภายในขาดเลือด และเกิดการตกตะกอนของเลือดได้ นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงผนังของหลอดเลือด และเนื้อเยื่อ ทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนและอาหารลดลงได้ ส่วนประกอบของเลือด โดยปกติเมื่ออายุมากขึ้น จะมีผลต่อการสร้างเม็ดเลือด ถึงแม้อายุของเม็ดเลือดแดงจะไม่มีเปลี่ยนแปลง แต่ Erythrocyte sedimentation rate (ERS) จะสูงขึ้นเล็กน้อย การแข็งตัวของเลือดจะช้าลง เม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลงเช่นเดียวกัน (Scalia, 2010)

ระบบประสาท (Nervous system) เมื่อมีอายุมากขึ้นระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system or CNS) เซลล์ประสาท (Neurons) จะสูญเสียไป น้ำหนักสมองลดลง จาก 1,400 กรัม เหลือเพียง 1,200 – 1,300 กรัม และทำให้ขนาดของโพรง (Ventricles) ในสมองกว้างขึ้น ซึ่งการสูญเสียนี้ส่งผลให้การสื่อสารประสาทลดลง มีการสะสมของโปรตีน (Tangles และ amyloid plague) ในสมองส่งผลให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease : AD) ได้ง่าย (Ebersole & Hess, 2014) นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทยังมีผลต่อเชาวน์ปัญญา (Cognitive) และภาวะทางอารมณ์ในผู้สูงอายุเช่นกัน

สายตา (Sight) การมองเห็นจะลดลงตามช่วงวัย เลนส์ตาจะมีความยืดหยุ่นลดลง และกล้ามเนื้อตาจะหย่อนสมรรถภาพลง ทำให้ลำบากในการเพ่งมองสิ่งของระยะใกล้ (Presbyopia) หรือคือการที่มีความยากลำบากในการอ่านระยะปกติ ที่ประมาณ 1 ฟุตห่างจากตา นอกจากนี้ยังมีลานสายตาที่แคบลง ความสามารถในการมองเห็นในที่มืดลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อตานตา มีความสามารถในการหดตัวลดลง ส่งผลให้รูม่านตาหดเล็กลง แสงจึงเข้าได้น้อย การมองเห็นจึงลดลง

ตามไปด้วย (Eliopoulos, 2001) การเพิ่มขึ้นของแรงดันในลูกตาทำให้เกิดต้อหิน (Glaucoma) ได้ ซึ่งทำให้สูญเสียการมองเห็นบริเวณโดยรอบ (Peripheral vision) มองเห็นวงขาว ๆ ที่ตาดำ เรียกว่า Arcus senilis ซึ่งเกิดจากการสะสมของกรดไขมัน (Lipid)

การได้ยิน (Hearing) เมื่อสูงอายุจะส่งผลให้การได้ยินลดลง จากการทดสอบพบว่า การได้ยินจะลดลงในด้านความถี่ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความถี่สูง ทำให้สูญเสียการได้ยินสูงกว่าเสียงต่ำ ซึ่งมาจากการสูญเสียประสาทการได้ยินที่ Cochlea และการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของหูชั้นกลางและหูชั้นในที่เรียกว่า Presbycusis (Ebersole & Hess, 2014; Eliopoulos, 2001)

การสัมผัส และการรับรู้ความรู้สึก (Touch and sensation) การตอบสนองต่อ อุณหภูมิ และแรงดันจะลดลง เนื่องจากผิวหนัง ระบบการไหลเวียนของเลือด ระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้การรับรู้สัมผัสลดลง (Bzorgzad, Paulson & Heidebrink, 2019)

การรับกลิ่น (Smell) ความสามารถในการรับกลิ่นลดลง เนื่องด้วยการสูญเสียของ เส้นประสาทรับกลิ่น (Olfactory receptors) ทำให้ความสามารถในการแยกแยะกลิ่นต่าง ๆ ก็ลดลงตามไปด้วย (Ebersole & Hess, 2014)

การรับรส (Taste) เยื่อช่องปากฝ่อลง ต่อมรับรสมีจำนวนลดลง ส่งผลให้ ความสามารถในการรับรสน้อยลง โดยการรับรสหวาน และเค็มจะสูญเสียก่อน จากนั้นตามมาด้วย รสเปรี้ยว (Ebersole & Hess, 2014)

ระบบย่อยอาหาร (Digestive system) เมื่ออายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงในระบบ ทางเดินอาหารจะไม่เด่นชัด แต่ที่พบได้คือ ต่อมรับรสเสื่อมลง ทำให้การรับรู้รสชาติลดลง เบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยลงได้ ฟันเสื่อมสภาพ มีการหลุดออกของแคลเซียม และมีคราบหินปูนมาเกาะ ส่งผลให้การบดเคี้ยวอาหารลดลง อาหารไม่ละเอียด ย่อยยาก เกิดอาการท้องอืดตามมาได้ (Smelthzer & Bare, 2004; White & Duncan, 2002)

การเปลี่ยนแปลงรูปของปาก และการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร รวมถึงการฝ่อลงของเยื่อ ทำให้เกิดการกลืนลำบาก การดูดซึมอาหารลดลง การลดลงของเอนไซม์ในการย่อยอาหาร และการผันแปรของการไหลเวียนของเลือด ส่งผลกระทบต่อการดูดซึมวิตามินและธาตุเหล็ก

การขับถ่าย มีผลกระทบได้ถ้ากำลังการบีบตัวของกล้ามเนื้อในลำไส้ลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้การส่งผ่านอาหารช้าลง เกิดอาการท้องผูก และอาจเกิดภาวะ อุดจาระติดแข็ง (Impaction) นอกจากนั้นขนาดของตับจะมีขนาดเล็กลงตามอายุที่มากขึ้น ทำให้ การไหลเวียนเลือดภายในตับลดลง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำลายพิษของยาบางชนิดได้ รวมถึง ส่งผลต่อน้ำหนัก การสะสมของไกลโคเจน (Glycogen) และการสร้างโปรตีนอีกด้วย (Gidwaney, Bajpai, & Chokhavatia, 2016)

ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) เมื่ออายุมากขึ้น ต่อมไทรอยด์ และฮอร์โมนต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย แต่การเปลี่ยนแปลงของตับอ่อนจะมีผลต่อการสร้างและการย่อยสลาย Insulin ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมน้ำตาลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะ Hyperglycemia ได้ (Ebersole & Hess, 2014 ; Eliopoulos, 2001)

ระบบต่อมไร้ท่อในร่างกาย (Intergumentary system) ผิวหนัง (Skin) เกิดการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากสาเหตุกรรมพันธุ์ (Heredity of the aging person) และการได้รับแสงอัลตราไวโอเล็ต (Ultraviolet) จากแสงอาทิตย์โดยที่แสงอัลตราไวโอเล็ต ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างโปรตีนภายในยีน เช่น ไบโชนา คอ มือ เป็นต้น จะมีโอกาสเสียมากกว่าผิวหนังบริเวณร่มผ้า อายุ และแสงอาทิตย์ส่งผลกระทบต่อภาวะความสมดุลการทำงานของร่างกาย และส่งผลต่อจำนวนเม็ดสี (Melanin) ทำให้ผิวหนังอาจต่างเป็นแห่ง (Hypopigmentation) เนื่องจากการกระจายของเม็ดสีผิวไม่สม่ำเสมอในผู้สูงอายุหรือบางแห่งจะมีผิวเข้มเป็นแห่งๆ เรียกว่า “Age spots” จะเป็นก้อนเนื้อหรือไฟ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่สังเกตเห็นได้คือ การเปลี่ยนแปลงความหนาของผิวหนังโดยที่ผิวหนังจะบางลงเมื่ออายุมากขึ้น ผิวหนังชั้น Epidermal และชั้น Dermal จะเชื่อมต่อกันแบบแบนราบ เนื่องจากการแบ่ง Cell และ Elastic รวมถึง Collagenous fibers ลดลง ทำให้เกิดการเหี่ยวย่นได้ และการสูญเสียปริมาตรของกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมทั้งชั้นไขมันที่ผิวหนัง (Subcutaneous fat) จะส่งเสริมให้เกิดรอยเหี่ยวย่นได้ และมีผลทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายมีสมรรถภาพลดลง ส่งผลให้อุณหภูมิร่างกายลดต่ำลงได้ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypothermia และการตอบสนองต่อความเย็นโดยการสั่นลดลง รวมถึงการปรับอุณหภูมิตามสิ่งแวดล้อมเสื่อมลง นอกจากนี้สีผิว (Ebersole & Hess, 2014; Eliopoulos, 2001)

สีผมจะเปลี่ยนแปลง ไบโชนาเริ่มเหี่ยวย่น มีผลต่อรูปลักษณ์ภายนอกร่างกาย ทำให้ความมั่นใจในการเข้าสังคมลดลงได้ ผมและการงอกขึ้น (Ageing hair and hair production) จะลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ โดยผมหงอกเป็นผลมาจากการสูญเสีย Pigment และ Cellular material

ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ (Ageing sebaceous and sweat glands) มีหน้าที่เคลือบผิวหนัง รากผม ให้ความชุ่มชื้น แต่จะมีการหลังลดลงตามวัย เมื่ออายุสูงขึ้นความเสี่ยงต่อการเกิดต่อมไขมันอักเสบ ขนหยาบและผิวหนังแห้งจะมากขึ้น และนอกจากนั้นต่อมเหงื่อยังทำงานลดลง โดยต่อมเหงื่อที่รักแร้ในคนอายุ 61 – 75 ปี จะทำงานเพียงครึ่งหนึ่งของคนอายุ 15 – 50 ปี แต่ความทนต่ออากาศร้อนไม่ได้ลดลงตามไปด้วย ทำให้ขาดการระมัดระวังต่ออุณหภูมิสูง

เล็บมือเล็บเท้า (Ageing fingernail and toenails) การเจริญจะลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น โดยเมื่ออายุ 30 ปี การเจริญของเล็บจะมีอัตราเท่ากับ 0.83 mm/week แต่เมื่ออายุ 90 ปี การเจริญของเล็บจะมีอัตราเร็วลดลง เหลือเพียง 0.52 mm/week และเล็บอาจจะลอกเป็น ชั้น ๆ

รวมถึงสีของเล็บจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นสีเหลือง หนาขึ้นตามวัย (Amarya, Singh & Sabharwal, 2018)

ระบบกล้ามเนื้อ (Muscular system) มีหน้าที่ทำให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกับน้ำหนัก (Weight) น้ำหนักอาจจะคงที่ไปจนถึงอายุ 70 ปี แต่สัดส่วนของไขมันในกล้ามเนื้อจะเปลี่ยนไป โดยจะมีการสะสมไขมันมากขึ้นที่บริเวณหน้าท้องและสะโพก แบบแผนการรับประทานอาหารมีผลต่อน้ำหนักของผู้สูงอายุ ถ้ารับประทานอาหารติดมันจะส่งผลให้เพิ่มการสะสมของไขมันมากขึ้น และน้ำหนักที่เพิ่มตามมา (Cruz, 2017)

ระบบโครงกระดูก (Skeletal system) เมื่อสูงอายุจะส่งผลต่อการสูญเสียความหนาแน่นของกระดูก (Bone density) การเจริญเติบโตของกระดูกตามขวางลดลง การเจริญจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุสูงขึ้นและกระดูกจะโปร่งบางลง มีการสูญเสียแร่ธาตุออกไป ปริมาตรกระดูก (Bone mass) จะเสียไปประมาณ 1 ส่วน 4 โดยเฉพาะในหญิงวัยหมดประจำเดือน ดังนั้นจะเห็นความแตกต่างของอัตราการเกิดกระดูกหัก ระหว่างเพศชายและเพศหญิง นอกจากนี้กระดูกอ่อนจะสูญเสียแคลเซียมไปโดยเฉพาะที่กระดูกซี่โครง (Synovial membrane) ข้อต่อกระดูกหนาขึ้น ทำให้ข้อต่อกระดูกที่เป็นกระดูกอ่อน (Articular cartilage) ได้รับความเสียหาย เอ็นเสื่อมลง มีความยืดหยุ่นลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น เนื้อเยื่อหุ้มกระดูกอ่อนจะบางลง ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวไปกระทบกระดูกอื่น ๆ ทำให้มีเลือดคั่งเกิดขึ้น มีการเชื่อมตามขวางของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Collagen cross linking) ทำให้ข้อต่อกระดูกมีความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้เคลื่อนไหวช้าลง จึงจำเป็นต้องใช้ความพยายามในการควบคุมมากขึ้น การทรงตัวจึงไม่ติดตามไปด้วย (Cruz, 2017)

การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ (Range of motion) ลดลง การเดินจะมีลักษณะแบบกระตุก (Jerky) และเจ็บปวด นอกจากนี้ ส่วนสูง (Height) การเจริญตามยาวของกระดูกลดลงเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป โดยปกติแล้วความสูงในช่วงวัยรุ่นจะเท่ากับ 1 ช่วงแขนของคนนั้น ๆ แต่ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุจะไม่ถึงเนื่องจากรอยต่อของกระดูกสันหลังเริ่มแคบลง จากการบางลงของภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ทำให้ส่วนสูงลดลงราว 1.5 cm ทุก ๆ 20 ปี นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้เกิดหลังค่อม การทรงตัวไม่ดี (Cruz, 2017)

ระบบขับถ่าย (Excretory system) เมื่ออายุมากขึ้น การทำงานของไตลดลง เนื่องจากภาวะขาดน้ำ การติดเชื้อ และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจบกพร่อง (Impaired cardiac output) การกรองของเสียที่ไต เริ่มลดลงหลังจากอายุ 20 ปี และจะเสื่อมลงเรื่อยๆเมื่ออายุ 50 ปี จนถึง 70 ปี การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Continence) มักจะมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรค (Amarya, Singh & Sabharwal, 2018)

ระบบสืบพันธุ์ (Reproductive system) ผู้สูงอายุมักจะพบการเปลี่ยนแปลงที่มีผลทางด้านเพศสัมพันธ์ มีความแตกต่างกันไปในแต่ละกาลเวลา กล่าวคือเมื่ออายุมากขึ้นเรื่องเพศ

จะเป็นในลักษณะของการแสดงความใกล้ชิด สนិทสนม การได้สัมผัส (Touch) ในเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือวัยทอง จะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหลายชนิด เช่น Estrogen, Progesterone และ Follicle-stimulating hormones (FSH) ไปพร้อมๆกับการหมดประจำเดือน (Menopause) ทำให้เต้านม รังไข่ มดลูก รวมถึงช่องคลอด แคมใหญ่ และตุ่ม Clitoris ฝ่อลง ช่องคลอดจะขยายตัวลดลง ผนังช่องคลอดจะบางและแห้ง ทำให้มีอาการเจ็บเวลาร่วมเพศ (Dyspareunia) และการปวดแสบร้อน (Vaginal burning) ขณะเดียวกันการติ่งตัวของเต้านมและการถึงจุดสุดยอดจะสั้นลง

ส่วนในเพศชายจะมีการสร้างฮอร์โมน Androgen ลดลง ก่อให้เกิดอวัยวะเพศขยายตัวลดลง มีน้ำอสุจิน้อยลง มีการผลิต Sperm ลดลง และเกิดการหลั่งเร็ว นอกจากนั้นยังมีการสร้างฮอร์โมน Testosterone ลดลงส่งผลให้ลักษณะทางเพศเปลี่ยนไป เช่น กล้ามเนื้อเล็กลง เสียงแหลมขึ้น ต่อม Prostate โตขึ้น ทำให้มีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น (Amarya, Singh & Sabharwal, 2018)

สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ และส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตลำบากมากขึ้น แยกจากทางสังคม และคุณภาพชีวิตลดลง แต่ถ้าผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวได้ดี ก็จะสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขแม้จะมีปัญหาด้านร่างกาย

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological change in old age)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ในผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้จิตใจห่อเหี่ยว เกิดความวิตกกังวล และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล สังคม และการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ อาจทำให้ลดทอนความสำคัญของตนเอง และเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียด้านต่าง ๆ อันประกอบด้วยดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์, 2560)

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิตต้องตายจากหรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพลัดพราก แยกจาก ก่อให้เกิดความเศร้า และภาวะซึมเศร้าตามมาได้

การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องมาจากหมดภาระติดต่อกับด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียหน้าที่การงาน หรือตำแหน่งที่เคยดำรง อาจเกิดความคิดไร้ความหมาย ไร้คุณค่าในชีวิต

การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยสูงอายุ บุตรมักจะมี ครอบครัวเป็นของตนเอง และโดยเฉพาะลักษณะสังคมในปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรของตนลดลง บทบาทในด้าน การดูแล ให้คำปรึกษา และสั่งสอนจึงลดลงตามไปด้วย ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่าง โดดเดี่ยว เกิด ความว่าเหว และรู้สึกว่ตนเองมีคุณค่าน้อยลง และการไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกายทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ทั้งๆที่มีความต้องการโดยเฉพาะในเพศชาย นอกจากนี้เหตุผล ทางสังคม วัฒนธรรม โดยเฉพาะเจตคติของสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ ว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม นับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศและมีผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุได้

สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบตัว ส่งผลให้การดำเนินชีวิตลำบากมากขึ้น แยกจากทางสังคม และคุณภาพชีวิตลดลง แต่ถ้าผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวได้ดี ก็จะสามารถ ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข รอดพ้นจากภาวะถดถอยทางอารมณ์ได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social change in old age)

ในวัยสูงอายุการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่ และบทบาท ทางสังคมลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ยากขึ้น ส่งผลต่อการดำรงชีวิตได้ โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมมีดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคง ของมนุษย์, 2560)

การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุ เป็นผู้นำ ถ่ายทอดวิชาให้ความรู้แก่คนรุ่นหลัง และสนับสนุนความก้าวหน้าแก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชายอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรม ที่มีแต่การแข่งขัน มองเห็นประโยชน์ส่วนตัวมากกว่าส่วนตน การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่น ใหม่มาจากภายนอก มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่อทั่วโลก ทำให้ ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบ ความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่ ให้การดูแลและหาเลี้ยงครอบครัวกลับต้องกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้เกิด ความรู้สึกเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี เกิดความรู้สึกหดหู่ และคิดว่าตนเองหมด ความสำคัญ

ความคับข้องใจทางสังคม การปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดงาน และหยุดการรับผิดชอบในภารกิจต่างๆ ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้มองตนว่าไร้คุณค่า ขาดสมรรถภาพการทำงานได้

การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปหน้าที่ความรับผิดชอบและงานที่ต้องใช้ความคิดความฉับไวจะลดลง การยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง จากทั้งการปลดเกษียณจากวัยทำงาน และสังคมครอบครัวเดี่ยว บุตรแยกจากไปสร้างครอบครัวใหม่ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตลำบากมากขึ้น ต้องพึ่งพาตนเอง แยกจากทางสังคม และคุณภาพชีวิตลดลงได้

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุ

ในห้วงเวลาที่วงจรชีวิตของคนได้ย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกเหนือจากจะมีโอกาสในการทำงานน้อยลง และมีรายได้ที่ถดถอยกว่าช่วงวัยแรงงานแล้ว ยังมีความเสี่ยงที่เกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้มากยิ่งขึ้น จึงทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ โดยปัญหาเศรษฐกิจหมายถึงความไม่เพียงพอของรายได้ เมื่อเทียบกับรายจ่ายและมักรวมไปถึงปัญหาที่เกิดจากความไม่แน่นอนของรายได้ในแต่ละเดือน โดยทั่วไปการพิจารณาถึงรายได้มักคำนึงถึงปัจจัยการผลิตในทางเศรษฐศาสตร์ จำแนกการผลิตเป็น 4 หมวดใหญ่ๆ คือ ที่ดิน ทุน แรงงานและทักษะการประกอบการ เมื่อนำปัจจัยการผลิตทั้ง 4 ไปรวมกันในกระบวนการผลิตก็จะก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มขึ้นในสังคม มูลค่าเพิ่มขึ้นนั้นจะถูกจัดสรรกลับไปเป็นรายได้ของผู้เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตต่างๆ เหล่านี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545 ; พัชราพรรณ กิจพันธ์, 2561) ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีรายได้ค่อนข้างต่ำ ทั้งรายได้และแหล่งที่มาของรายได้หลักมีความแตกต่างกันตามอายุ เพศ และแหล่งที่อยู่อาศัย ยิ่งมีอายุมากขึ้นเพียงใดรายได้ก็จะลดลงมากเพียงนั้น โดยผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุมีแหล่งรายได้หลักจากแรงงานของตนเองสูงกว่า สำหรับความแตกต่างของรายได้ตามแหล่งที่อยู่อาศัยนั้น ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตเมืองอื่น ๆ จะมีรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุในชนบทอย่างชัดเจน (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์, 2560)

สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ และการเงินของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เนื่องจากรายได้ต่ำ ความสามารถในการปฏิบัติงานหาเลี้ยงชีพลดลง แต่รายจ่ายด้านการรักษาตัวและค่าเดินทางเพื่อไปรักษายังคงอยู่ จึงส่งผลให้การดำเนินชีวิตลำบากมากขึ้น และคุณภาพชีวิตลดลง

การปรับตัวของผู้สูงอายุ

1. ความหมายของการปรับตัว ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของชีวิต เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ซึ่งมีผู้ให้ความหมายการปรับตัวดังต่อไปนี้

โซเรนเซน และลักแมน (Sorensen & Luckmann, 1968) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการของสิ่งมีชีวิตที่กระทำต่อสิ่งแวดล้อมที่เสริมให้เกิดความพอดี

สเมลท์เซอร์ และแบร์ (Smeltzer & Bare, 1992) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาตั้งแต่บุคคลนั้นเกิดจนเสียชีวิต ซึ่งเป็นความสามารถในการคงไว้ของสมดุลร่างกายเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด

แอนแลน และมิตเชลล์ (Allen & Mitchell, 1995) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นวิธีการหรือกระบวนการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งเกิดจากสิ่งเร้าภายในและภายนอกตัวบุคคล จึงต้องปรับตัวคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

รอย (Roy, 1999) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อมีเป้าหมายให้คงอยู่ มีชีวิตรอด

ลักขณา สิริวัฒน์ (2544) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นการที่บุคคลสามารถสร้างหรือขัดเกลาพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนของสังคม หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ให้สามารถบรรลุจุดหมายที่ต้องการ ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขทั้งกายและจิตใจ ไม่เกิดผลเสียต่อตนเองและผู้อื่น

พิมพ์นภัส โภคา (2550) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นผลของความพยายามของบุคคลที่พยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ไม่ว่าจะปัญหานั้นจะเป็นปัญหาด้านบุคลิกภาพ ด้านความต้องการหรือด้านอารมณ์ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม

ชูชีพ อ่อนโคกสูง (2552) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นการแก้ปัญหาเพื่อให้ชีวิตมีความสุข ถ้าแก้ปัญหาสำเร็จก็มีความสุข หากแก้ปัญหาไม่สำเร็จก็มีความสุข คนที่ปรับตัวได้จึงมีสุขภาพจิตดี ส่วนคนที่ปรับตัวไม่ได้จะส่งผลต่อสุขภาพจิต ทำให้เกิดความเครียด

ธเนศ แม้นอินทร์ (2564) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นพฤติกรรมตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมของตน เพื่อคงสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม

สรุปได้ว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุพยายามตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ตนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ มีดังนี้ (ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ, 2552; ฤทธาลวนะลาภานนท์, 2558)

1) เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม โดยเพศหญิงมักจะมีการปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย เนื่องด้วยลักษณะนิสัยที่ยืดหยุ่น สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดได้มากกว่าเพศชาย

2) สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีการปรับตัวเหมาะสมกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด ว่าง หย่าร้าง เนื่องจากมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรส

3) การศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงส่วนใหญ่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ง่าย และบุคคลเหล่านี้มักจะหาความรู้และข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว มีความรู้ความเข้าใจ ทำให้เกิดการยอมรับปรับตัวได้ง่าย

4) สถานภาพทางสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว มักจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี เนื่องจากอายุที่มากขึ้น ความเสื่อมของร่างกายก็มากตามไปด้วย ส่งผลให้เกิดโรคได้ง่าย การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกร่างกายย่อมต่ำลง

5) ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นกำลังใจสำคัญ เป็นที่ปรึกษาเมื่อพบปัญหา และสถานะที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจะปรับตัวได้ง่ายกว่าเมื่อมีครอบครัวสนับสนุน ต่างจากผู้สูงอายุที่จำต้องอยู่คนเดียว หรือสมาชิกในครอบครัวไม่อบอุ่น เกิดการทะเลาะมีปัญหากัน จะส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

6) รายได้ ความพอเพียงของรายได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัว เนื่องจากเงินเป็นปัจจัยในการซื้อสินค้าอุปโภคและบริโภค สามารถซื้อความสะดวกสบาย ความพึงพอใจให้กับชีวิต ดังนั้นผู้ที่มีสถานภาพทางการเงินที่ดี มีโอกาสในการเข้าถึงปัจจัยในการดำรงชีวิตที่ดีกว่า สามารถปรับตัวได้ง่ายต่อผู้สูงอายุที่ขาดรายได้หรือจำต้องจากครอบครัว

7) การเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทางสังคมส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีบทบาทในสังคม ได้รับการยอมรับจากเพื่อนฝูง ได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ นอกจากการได้พบปะบุคคลอื่น ๆ แล้ว ยังสามารถติดต่อสื่อสาร ขอความช่วยเหลือได้

ความรู้เรื่องวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ

สาเหตุ

วัณโรคเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย Genus Mycobacterium เชื้อวัณโรคที่ก่อโรคในคนได้ มีหลาย Species รวมเรียกว่า M. tuberculosis complex (Philips, & Ernst, 2012) ดังได้แก่

1. M. tuberculosis หรือ M. TB (สาเหตุส่วนใหญ่ของวัณโรคของคน)
2. M. africanum (เชื้อวัณโรคของคน)
3. M. bovis (เชื้อวัณโรคของวัว/ควาย แต่ก่อโรคในคนได้)
4. M. canetti และ M. microti (เชื้อวัณโรคของสัตว์ชนิดหนึ่งที่มีลักษณะคล้ายหนู)

วัณโรคเป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจแบบ Airborne-transmitted infectious disease สามารถติดต่อจากคนสู่คนได้ โดยการสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคที่ปนออกมากับละอองน้ำลาย หรือเสมหะเมื่อผู้ป่วยไอหรือจาม (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การติดเชื้อและพยาธิสภาพของโรค

การติดเชื้อวัณโรค (Tuberculosis infection) คือ การรับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายหลังมีการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 30 ของผู้สัมผัสใกล้ชิด การวินิจฉัยการติดเชื้อทำได้ด้วยการทดสอบการติดเชื้อวัณโรคทางผิวหนัง (Tuberculin skin test; TST) หรือการตรวจวัดระดับ Interferon gamma ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันต่อเชื้อวัณโรค จากเลือดโดยตรง โดยวิธี Interferon-gamma release assay (IGRA) (WHO, 2021)

โดยทั่วไป เชื้อวัณโรคมีระยะฟักตัวประมาณ 2-12 สัปดาห์ หรืออาจยาวนานถึง 20-30 ปี หลังจากได้รับเชื้อ กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อวัณโรคที่มีสุขภาพแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันดีจะไม่ป่วยเป็นวัณโรค แต่ในทางกลับกันผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่าย เช่น ร่างกายอ่อนแอ ขาดสารอาหาร เป็นโรคเบาหวาน รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น ซึ่งระยะฟักตัวหลังการติดเชื้อนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้ (Hunter, 2018)

ระยะที่ 1 ระยะตั้งแต่เชื้อเข้าสู่ร่างกายจนถึง 7 วันแรก เชื้อที่เข้าไปยังถุงลมจะมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้มีการตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ (Cell mediate immune) แมคโครฟาจ (Macrophage) จะมาทำหน้าที่เก็บกินเชื้อ แต่เชื้อสามารถสร้างแอมโมเนียได้จึงไม่ถูกทำลายโดยกรดและเอนไซม์ของแมคโครฟาจ เชื้อจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอยู่ในไซโตพลาสซึมของเซลล์แมคโครฟาจ

ระยะที่ 2 ระยะวันที่ 7 ถึงวันที่ 21 เชื้อที่แบ่งตัวอยู่จะทำให้เซลล์แมคโครฟาจแตก และปล่อยเชื้อออกมานอกเซลล์ พร้อมกับหลังสารที่จะดึงดูดเซลล์แมคโครฟาจตัวอื่นจากกระแสเลือด เช่น โมโนไซต์ (Monocyte) เข้ามาในบริเวณนั้นเพื่อทำลายเชื้อ แมคโครฟาจที่เข้ามาใหม่แม้จะจับกินเชื้อโรค

ได้ แต่ไม่สามารถฆ่าเชื้อหรือว่าหยุดการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เชื้อจึงมีการเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนขึ้น

ระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ของการติดเชื้อ ปริมาณของเชื้อโรคมักประมาณ 10^3 - 10^4 ตัว ซึ่งมากพอที่จะกระตุ้นให้ร่างกายมีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันแบบฟั้งเซลล์ และปฏิกิริยาภูมิไวเกิน ถ้าทำการทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินทางผิวหนังจะให้ผลบวก รอยโรคที่ติดเชื้อจะมีเนื้อตายลักษณะคล้ายเนยแข็ง (Caseous necrosis) อยู่ตรงกลาง ส่วนบริเวณขอบแผลจะมีการสะสมของแมโครฟาจ และลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ที่ทำลายเชื้อได้ ในระยะนี้เชื้อจะหยุดการเจริญเติบโตและถูกทำลายโดยถ้ามีจำนวนเชื้อในร่างกายน้อย ก็จะสามารถควบคุมการเกิดโรคได้ แต่ทางตรงกันข้าม ถ้าเชื้อมีจำนวนมาก ขนาดของเนื้อตายจะใหญ่ขึ้นเกิดเป็นแผลวัณโรคปฐมภูมิ (Primary lesion) ในคนที่มีภาวะภูมิคุ้มกันปกติ รอยโรคมักไม่รุนแรง โรคจะหายหรืออยู่ในภาวะสงบจากผลของภูมิคุ้มกันแบบฟั้งเซลล์

ระยะที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 ในคนที่ระบบภูมิคุ้มกันไม่ดี โรคจะดำเนินต่อจากวัณโรคปฐมภูมิ ในระยะที่ 3 ผลจากปฏิกิริยาภูมิไวเกิน จะทำให้เกิดการละลายของเนื้อตายคล้ายเนยแข็งเป็นสารเหลวคล้ายหนอง (Liquefaction) ซึ่งสารเหลวนี้เป็นอาหารที่ดีสำหรับเชื้อ ทำให้มีการแบ่งตัวของเชื้อมากขึ้น มีการทำลายเนื้อปอดมากขึ้นจนเกิดเป็นโพรงแผลในปอด (Cavity) และอาจทะลุเข้าไปแขนงหลอดลม สามารถตรวจพบลักษณะของปอดอักเสบ (Broncho or lobar pneumonia) และ สารเหลว (Caseous) จะถูกขับออกมาทางหลอดลม เป็นระยะที่เชื้อสามารถแพร่กระจายออกมานอกร่างกายและติดต่อไปยังผู้อื่นได้ โดยพยาธิสภาพที่เนื้อปอดอาจลุกลามเกิด Pneumonitis และPleuritis และถ้า Caseation ที่เกิดขึ้น เกิด Liquefy บริเวณตรงกลางแตกเข้าสู่หลอดลม ทำให้เกิดเป็นโพรงขึ้น (Cavity) ในกรณีที่ร่างกายสามารถควบคุมการติดเชื้อไว้ได้ โดยการเกิด Encapsulation และ Fibrosis ทั้งที่เนื้อปอดและต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง แต่การเกิด Fibrosis ในต่อมน้ำเหลืองมักเกิดไม่สมบูรณ์เท่าในบริเวณเนื้อปอด ซึ่งอาจทำให้เชื้อวัณโรคสามารถอยู่ได้เป็นเวลานานนับสิบ ๆ ปีในบางครั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงอาจมีขนาดโตมากจนกด Bronchus และ Bronchiole ทำให้เกิดการอุดตันบริเวณ Bronchus ได้ถ้าเป็น Complete obstruction อาจเกิดปอดบวม และปอดแฟบ (Atelectasis) เกิด Collapse, Consolidation หรือ Segmental lesion หรือ Caseous nodes อาจโตมาติดผนังหลอดลมและ Erode หลอดลม เกิด Endobronchial tuberculosis หรือ Fistula tract (กนกกร สุนทรขจิต, 2558; Hunter, 2018)

อาการและอาการแสดง

ระยะที่เชื้อวัณโรคได้รับการกระตุ้นจนแสดงอาการออกมา ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ในช่วงสัปดาห์แรก ๆ ไปจนถึงหลายปีหลังจากได้รับเชื้อ โดยผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดจะมีอาการแสดงที่สำคัญคือ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544; กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566; WHO, 2021)

1. อาการไข้ ครั่นเนื้อตัว มีไข้ต่ำ ๆ ตอนบ่าย ๆ และอาจมีอาการเหงื่อออกชุ่มในตอนกลางคืน (Night sweats)
2. ไอเรื้อรังนานเป็นสัปดาห์ ๆ ถึงเป็นแรมเดือน อาจมีเสมหะเป็นสีเหลืองหรือเขียว
3. หายใจไม่สะดวกหรือหอบเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก มีเจ็บหน้าอกในขณะไอหรือหายใจเข้าลึก ๆ เนื่องจากมีภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด เยื่อหุ้มปอดอักเสบ หรือโรคลูกกลมไปทั่วปอด
4. อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วโดยไม่ทราบสาเหตุ

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยวัณโรคปอด ใช้องค์ประกอบด้านต่าง ๆ ดังนี้ (Lee, Han, Song & Chung, 2005; พงศ์เทพ ธีระวิทย์, 2556; กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย เป็นการซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยด้วยการถามคำถามเฉพาะ โดยผู้ให้ประวัติอาจเป็นผู้ป่วยเองหรือผู้อื่นที่สามารถให้ข้อมูลได้ จุดประสงค์ของการเก็บข้อมูลเหล่านี้คือเพื่อใช้สร้างคำวินิจฉัยที่จะนำไปสู่แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยมักจะถามถึงอาการทางคลินิก โดยอาการของ วัณโรคปอด ไม่ค่อยมีความจำเพาะ ได้แก่ ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย ไข้ต่ำ ๆ ซึ่งมักเป็นตอนบ่าย เหงื่อออกตอนกลางคืนหลังใช้ลดเบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น การตรวจร่างกายอาจฟังได้ยินเสียง Rales ขณะหายใจเข้าตรงบริเวณรอยโรคเมื่อฟังด้วย Stethoscope โดยจะได้ยินชัดขึ้น เมื่อให้ผู้ป่วย ไอแรง ๆ (Post-tussive rales) อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มต้นอาจตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติใด ๆ เลย (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544; กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

2. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก แนะนำให้ใช้ภาพถ่ายรังสีทรวงอกคัดกรองและช่วยในการวินิจฉัยวัณโรคในผู้ที่มีหรือไม่มีอาการได้ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากผู้ติดเชื้อวัณโรคส่วนหนึ่งไม่มีอาการ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่อาจเข้าได้กับวัณโรค เช่น รอยโรคลักษณะ Reticulonodular หรือ Cavity ที่ตำแหน่งปอดกลีบบน แต่อย่างไรก็ตามรอยโรคเหล่านี้อาจเป็นรอยโรคเก่าของวัณโรคที่ไม่จำเป็นต้องให้การรักษา หรือเกิดจากโรคอื่นก็ได้ เช่น เนื้องอก ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ เป็นต้น อย่างไรก็ตามภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค แต่มีความจำเพาะต่ำ โดยภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่อาจเข้าได้กับวัณโรคระยะลูกกลม เช่น Patchy infiltrates ที่มีหรือไม่มี Cavitory lesion

เป็นต้น ภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่อาจเข้าได้กับรอยโรคเก่าของวัณโรค เช่น Fibroreticular infiltrates ที่มีหรือไม่มี Calcification เป็นต้น

3. การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค

1) การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ AFB เป็นวิธีการวินิจฉัยโรคที่ง่าย ได้ผลเร็ว และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย สามารถทำได้ทั้งย้อมสีวิธี Ziehl-Neelsen (ZN) และตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดา (Light microscope) หรือย้อมด้วยสีเรืองแสง และตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์เรืองแสง (Fluorescent microscope) ชนิดธรรมดาหรือที่ใช้หลอด Light-emitting diode (LED) การตรวจ Smear เป็นการตรวจเบื้องต้นเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรค โดยจะตรวจพบเชื้อเมื่อมีปริมาณเชื้ออย่างน้อย 5,000-10,000 ตัว/มิลลิลิตร อย่างไรก็ตามไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นเชื้อที่มีชีวิต หรือตายแล้ว หรือเป็นเชื้อวัณโรคคอตีบหรือไวต่อยา หรือเป็นเชื้อวัณโรคหรือเชื้อ Non-tuberculous mycobacteria (NTM)

2) การเพาะเชื้อวัณโรค และการทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคคอตีบ ถือเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยโรค และสามารถวินิจฉัยแยกโรคมัยโคแบคทีเรียอื่นที่ไม่ใช่วัณโรค (Non-tuberculous mycobacterium, NTM) ออกจากวัณโรค และยังสามารถนำไปทดสอบความไวต่อยาได้ การเพาะเชื้อสามารถตรวจพบได้แม้ว่าจะมีเชื้อจำนวนน้อยเพียง 10-1,000 ตัว/มิลลิลิตร

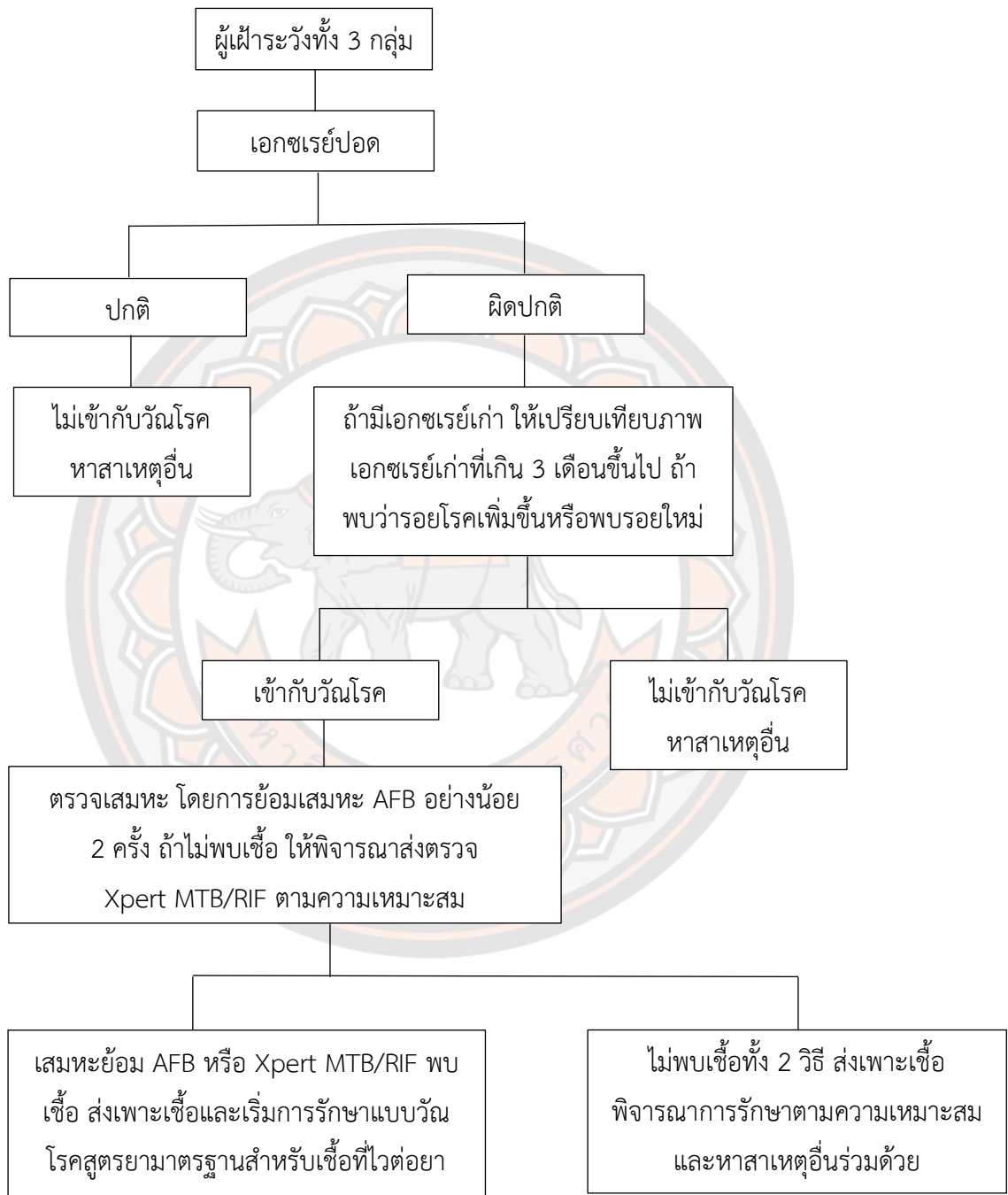
3) การเพาะเชื้อในอาหารเลี้ยงเชื้อชนิดน้ำ และของแข็ง ทั้ง 2 ชนิด จะเพิ่มโอกาสและความถูกต้องในการวินิจฉัย และลดระยะเวลาการรอคอย

4) การทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคคอตีบ สามารถช่วยในการวินิจฉัยวัณโรคคอตีบชนิดต่าง ๆ ซึ่งมีประโยชน์ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยต่อไป

5) การตรวจทางอณูชีววิทยาเพื่อการวินิจฉัยวัณโรคปอด และทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคคอตีบบางชนิด (Nucleic acid amplification test; NAAT) เช่น PCR, Real-time PCR, Xpert MTB/RIF และ Line probe assay, LAMP เป็นต้น เป็นการตรวจที่ได้ผลรวดเร็ว (Rapid molecular test) อาจนำมาช่วยในการวินิจฉัยโรคปอดที่ไม่พบเชื้อจากการย้อมเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ วินิจฉัยวัณโรคปอดบางชนิด วินิจฉัยแยกโรคจาก NTM หรือช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคคอตีบ

โดยสรุปแผนผังหลักปฏิบัติในการวินิจฉัยวัณโรคปอด สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) 1) ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่สงสัยวัณโรค อาจมีหรือไม่มีอาการ เช่น มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน ฤๅมลโป่งพอง ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ซิลิโคสิส ไตวายเรื้อรัง ขาดสารอาหาร ผู้ติดยาเสพติดและผิดปกติจากการติดยา ผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะและลำไส้ 2) ผู้ป่วยที่มีอาการที่สงสัยวัณโรค

ได้แก่อาการไอนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป และ 3) ผู้ป่วยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้
ไอไม่ทราบสาเหตุ ไอปนเลือด น้ำหนักลด ไข้โดยไม่ทราบสาเหตุหรือเหงื่อออกกลางคืน ดังแสดงใน
ภาพ 1



ภาพ 1 แผนภาพหลักปฏิบัติในการวินิจฉัยวัณโรคปอด

ที่มา: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561

การรักษาวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ

การรักษาวัณโรคปอดเป็นสิ่งที่ควรระมัดระวังอย่างมาก เพราะยาามีผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษา โดยปัญหาที่ต้องพิจารณาก่อนการรักษาคือ ควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างแน่ชัดว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอด และได้รับการแยกว่าเป็นผู้ป่วยเก่าหรือใหม่ นอกจากนั้นยังต้องพิจารณาถึงโรคร่วมที่ต้องได้ยาร่วมกันโดยเฉพาะผู้ป่วย HIV การเลือกใช้นั้นแพทย์จะเป็นผู้พิจารณา ควรได้ยาอย่างน้อย 2 ชนิดพร้อมกัน ขนาดของยาตามน้ำหนักของผู้ป่วย และระยะเวลาต้องนานพอ โดยอาศัยความร่วมมือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจากผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์

เนื่องจากปัจจุบันมีแนวทางการบริหารยาอย่างเป็นระบบ DOTS (Directly observed treatment) เป็นระบบการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงจากบุคลากรทางการแพทย์ วิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาจริงอย่างต่อเนื่อง (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ได้ผลดี และผู้ป่วยไม่ดื้อต่อยา โดยการรักษาวัณโรคปอดในผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุเป็นการรักษาแบบเดียวกัน มิได้แยกความแตกต่าง แต่จำเป็นต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาต่อผู้สูงอายุ จึงได้มีการแบ่งสูตรยาวัณโรคได้ 2 สูตร ดังนี้

1. ยาแนวแรก (First line drugs) เป็นยากลุ่มที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก เพราะให้ผลต่อการรักษาที่ดี ได้แก่

1.1 ไอโซไนอะซิด (Isoniazid, INH) โดยยาจะยับยั้งการสังเคราะห์ Mycolic acid ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของผนังเซลล์ (Cell wall) ของ Mycobacteria โดยจะออกฤทธิ์ได้ต้องอาศัยเอนไซม์ Mycobacterial catalase peroxidase (Kat G) ของเชื้อจึงจะได้ Active form ซึ่ง Active form ของยา จะจับเข้ากับ Acyl carriers protein (AcpM) และ Beta-ketoacyl carrier protein synthase (KasA) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสังเคราะห์ Mycolic acid โดยการจับเป็นแบบ Covalent ทำให้เกิดการยับยั้งการสังเคราะห์ Mycolic acid ซึ่งมีผลข้างเคียงดังนี้

1) อาการข้างเคียงต่อดับ คือ ดับอักเสบ โดยผู้ป่วยบางรายอาจมีการทำงานของตับผิดปกติ ซึ่งจะตรวจพบว่ามึระดับเอนไซม์ทรานส์อะมิเนสสูงขึ้นโดยที่ไม่มีอาการแสดงพบได้ร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา นอกจากนี้พบว่าความเสี่ยงในการเกิดดับอักเสบเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยา Rifampicin ร่วมด้วย หรือมีประวัติเป็นโรคตับอยู่เดิม หรือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก ซึ่งอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะดับอักเสบ ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตัวเหลือง และตาเหลือง เป็นต้น

2) อาการข้างเคียงต่อระบบประสาท เช่น อาการชาปลายประสาท ซึ่งแปรผันตามขนาดยาที่ได้รับ และโอกาสเกิดอาการชาปลายประสาทเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะต่าง ๆ ได้แก่ ขาดสารอาหาร เบาหวาน ติดเชื้อเอชไอวี ไตวาย บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก

เป็นประจำ ซึ่งสามารถป้องกันการเกิดอาการชาปลายประสาทจากยาไอโซไนอะซิดได้ด้วยการให้วิตามินบี 6 (Pyridoxine) ขนาด 15-50 มิลลิกรัมต่อวัน

- 3) อาการข้างเคียงต่อระบบผิวหนัง เช่น ผื่น สิว ผื่นงอก
- 4) อาการข้างเคียงต่อระบบเลือด เช่น โลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ
- 5) อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย

1.2 ไรแฟมพิซิน (Rifampicin, R) โดยยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างพันธุกรรมหรือดีเอ็นเอ (DNA) ของแบคทีเรีย โดยตัวยาคจะไปรวมตัวกับเอนไซม์ที่มีชื่อว่า RNA polymerase และทำให้เอนไซม์หยุดลง จึงทำให้แบคทีเรียไม่สามารถขยายพันธุ์ เจริญเติบโต และตายในที่สุด ซึ่งมีผลข้างเคียงดังนี้

- 1) อาการข้างเคียงต่อดับ คือ ดับอักเสบ โดยผู้ป่วยบางรายอาจมีการทำงานของตับผิดปกติ ซึ่งจะตรวจพบว่ามีระดับเอนไซม์ทรานซอะมีเนสสูงขึ้นโดยที่ไม่มีอาการแสดง มักพบในผู้ป่วยที่ใช้ยาขนาดสูงเป็นเวลานาน ซึ่งอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะดับอักเสบ ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตัวเหลือง และตาเหลือง เป็นต้น
- 2) อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดยอดอก ปวดท้อง ท้องเสีย Pseudo membranous colitis และดับอ่อนอักเสบ
- 3) อาการข้างเคียงต่อระบบผิวหนัง เช่น ผื่นแดง ผื่นคัน ลมพิษ
- 4) อาการข้างเคียงต่อน้ำคัดหลังต่าง ๆ เช่น น้ำตา น้ำลาย เสมหะ เหงื่อ ปัสสาวะ และอุจจาระมีสีแดงส้ม และอาจทำให้เลนส์สัมผัสชนิดนุ่มติดสีถาวรได้
- 5) อาการคล้ายหวัด เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย ง่วงซึม พบมากเมื่อใช้ยาขนาดเกินกว่า 600 มิลลิกรัมต่อวัน

1.3 ไพราซิनाไมด์ (Pyrazinamide, Z) โดยยาจะถูกเปลี่ยนแปลงเป็น Active form คือ Pyrazinoic acid โดยเอนไซม์ Mycobacterial pyrazinamidase กลไกการออกฤทธิ์ของยา ยังไม่ทราบแน่ชัด ซึ่งมีผลข้างเคียงดังนี้

- 1) อาการข้างเคียงต่อดับ คือ ดับอักเสบ โดยผู้ป่วยบางรายอาจมีการทำงานของตับผิดปกติ ซึ่งจะตรวจพบว่ามีระดับเอนไซม์ทรานซอะมีเนสสูงขึ้นโดยที่ไม่มีอาการแสดง มักพบในผู้ป่วยที่ใช้ยาขนาดสูงเป็นเวลานาน ซึ่งอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะดับอักเสบ ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตัวเหลือง และตาเหลือง เป็นต้น
- 2) อาการข้างเคียงต่อระบบขับถ่าย โดยยาจะยับยั้งการขับกรดยูริกทางปัสสาวะ อาจทำให้มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูงโดยไม่มีอาการแสดง หรืออาจ ปวดข้อจากการสะสมของยูริก
- 3) อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

4) อาการข้างเคียงต่อระบบเลือด เช่น เกร็ดเลือดต่ำ ส่งผลให้อ่อนเพลีย

1.4 อีแทมบูทอล (Ethambutol, E) โดยยาเป็น Inhibitor ของเอนไซม์ ycobacterial arabinosyl transferase ซึ่งเป็นเอนไซม์ในกระบวนการ Polymerization ของ Arabinoglycan ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของ Mycobacterial cell wall การรบกวน Arabinoglycan synthesis จะทำให้ Barrier ของ Mycobacteria สูญเสียไปและทำให้ยาหลายชนิดเข้าสู่เซลล์ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผลข้างเคียงดังนี้

1) อาการข้างเคียงต่อระบบมองเห็น เช่น ประสาทตาอักเสบ ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ โดยยามีผลทำให้สายตาแยลง และไม่สามารถแยกสีแดงกับสีเขียวได้ ดังนั้นในผู้ป่วยที่ได้รับยา ควรได้รับการตรวจสายตาเมื่อเริ่มใช้ยา และในขณะที่ได้รับยาทุก 2-4 สัปดาห์

2) อาการข้างเคียงต่อระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน สับสน ประสาทหลอน

3) อาการข้างเคียงต่อระบบผิวหนัง เช่น ผื่นแดง ผื่นคัน ลมพิษ

4) อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง

1.5 สเตรมิตามัยซิน (Streptomycin, S) เป็นยาในกลุ่ม Aminoglycoside ออกฤทธิ์ต่อเชื้อโดยการขัดขวางการสร้างโปรตีนของเชื้อจึงมีผลต่อการเจริญเติบโตและฆ่าเชื้อวัณโรคได้ ซึ่งมีผลข้างเคียงดังนี้

1) อาการข้างเคียงต่อระบบหู (Ototoxicity) ทำลายระบบควบคุมการทรงตัว ทำให้มีอาการหน้ามืด วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน เสียสมดุการทรงตัว ถ้ามีอาการแล้วยังใช้ต่อไป จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทรงตัวและหูหนวกถาวรได้

2) อาการข้างเคียงต่อระบบไต (Nephrotoxic) ปัสสาวะลดลง และมีไข้ขาวในปัสสาวะ

3) อาการข้างเคียงต่อระบบประสาท เช่น ทำให้ชาตามปลายมือปลายเท้า ปวดศีรษะ ตาพร่า

2. ยาแนวที่สอง (Second line drugs) เป็นยาในกลุ่มที่ควรเลือกใช้รองลงมา เนื่องจากมีฤทธิ์ต่อเชื้อวัณโรคต่ำ เป็นยาที่ใช้สับเปลี่ยนกับยาแนวแรกในกรณีที่ใช้ยาแนวแรกแล้วคือต่อยา ได้แก่

2.1 Para-amino salicylic acid, PAS) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง Folate metabolism ของเชื้อวัณโรค จึงกุดการเจริญเติบโตของเชื้อ ตัวยาเป็นผลึกสีขาว ละลายน้ำได้ดี ซึ่งมีผลข้างเคียงดังนี้

1) อาการข้างเคียงต่อระบบไต (Nephrotoxic) ปัสสาวะเป็นเลือด

2) อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ท้องอืด

3) อาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น ขาดวิตามินบี 12 ในผู้ที่ใช้ระยะยาว

2.2 (Thiacetazone, Tha) เป็นยาสำรองที่มีประสิทธิภาพกวดการเจริญเติบโตของเชื้อดื้อ ซึ่งมีผลข้างเคียงดังนี้

1) อาการข้างเคียงต่อดับ คือ ดับอักเสบ ซึ่งอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะดับอักเสบ ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตัวเหลือง และตาเหลือง เป็นต้น

2) อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด

3. (Ethionamide, ETO) เป็นยาต้านปรเภทที่ดูดซึมทางลำไส้ได้ดี ซึ่งมีผลข้างเคียงดังนี้

3.1 อาการข้างเคียงต่อดับ คือ ดับอักเสบ ซึ่งอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะดับอักเสบ ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตัวเหลือง และตาเหลือง เป็นต้น

3.2 อาการข้างเคียงต่อระบบประสาท เช่น อาการชาปลายประสาทตามปลายมือปลายเท้า

3.3 อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำลายไหล ปากมีกลิ่น

4. (Kanamycin, K) เป็นยาฉีดคล้าย Streptomycin ซึ่งมีผลข้างเคียงดังนี้

4.1 อาการข้างเคียงต่อระบบหู (Ototoxicity) ทำลายระบบควบคุมการทรงตัว ทำให้มีอาการหน้ามืด วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน เสียสมดุการทรงตัว ถ้ามีอาการแล้วยังใช้ต่อไป จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทรงตัวและหูหนวกถาวรได้

4.2 อาการข้างเคียงต่อระบบไต (Nephrotoxic) ปัสสาวะลดลง และมีไขขาวในปัสสาวะ

4.3 อาการข้างเคียงต่อระบบประสาท เช่น ทำให้ชาตามปลายมือปลายเท้า ปวดศีรษะ ตาพร่า

5. (Cycloserine, CS) เป็นยาสำรองที่มีประสิทธิภาพกวดการเจริญเติบโตของเชื้อดื้อ ซึ่งมีผลข้างเคียงดังนี้

5.1 อาการข้างเคียงต่อระบบประสาท เช่น ง่วงซึม มึนงง ปวดศีรษะ ปลายประสาทอักเสบ

3. สูตรยาในการรักษาวัณโรคปอด สำหรับการรักษาในประเทศไทย ตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติ (NTP) (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งได้ปรับปรุงพัฒนาตามองค์การอนามัยโลก โดยแบ่งสูตรยาได้ 4 กลุ่ม หรือ 4 Category ดังนี้

3.1 Category 1 = CAT 1 ใช้สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ตรวจพบเสมหะบวก หรือลบแต่มีโพรงแผลขนาดใหญ่ในปอด ซึ่งระบบยาจะใช้เวลาต่างกัน ดังนี้

1) ระบบยาที่ใช้เวลารักษา 6 เดือน แบ่งเป็น 2 เดือนแรกเป็นระยะ เข้มข้น และ 4 เดือนหลังเป็นระยะต่อเนื่อง ได้แก่ 2 HRZE (S) / 4 HR หรือ 2 HRZE (S) / 4 H3R

2) ระบบยาที่ใช้เวลารักษา 8 เดือน แบ่งเป็น 2 เดือนแรกเป็นระยะ เข้มข้น และ 6 เดือนหลังเป็นระยะต่อเนื่อง ได้แก่ 2 HRZE (S) / 6 HE

3) ระบบยาที่ใช้เวลารักษา 9 เดือน แบ่งเป็น 2 เดือนแรกเป็นระยะ เข้มข้น และ 7 เดือนหลังเป็นระยะต่อเนื่อง ได้แก่ 2 HRE / 7 HR

3.2 Category 2 = CAT 2 ใช้ในการรักษาวัณโรคล้มเหลว และผู้ป่วยที่เคยรักษาหายแล้วแต่กลับมาเป็นซ้ำ สูตรยาที่ใช้ แบ่งเป็น 3 เดือนแรกเป็นระยะเข้มข้น โดย 2 เดือนแรกจะต้องใช้ยา Streptomycin ร่วมด้วย และ 5 เดือนหลังเป็นระยะต่อเนื่อง ได้แก่ 2 HRZES / 1 HRZE / 5 HRE

3.3 Category 3 = CAT 3 ใช้ในรายที่ตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะและผลการเพาะเชื้อเป็นลบ ร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่มีรอยโรค โดยขนาดรอยโรคนั้นไม่เกิน 10 ตารางเซนติเมตร สูตรยาที่ใช้ แบ่งเป็น 2 เดือนแรกเป็นระยะเข้มข้น และ 4 เดือนหลังเป็นระยะต่อเนื่อง คือ 2 HRZ / 4 HR

3.4 Category 4 = CAT 4 ใช้ในรายเรื้อรัง ซึ่งอาจเป็นการใช้ร่วมกับยา Reserved drugs ที่เหลือ หรือการใช้ยา INH alone ตลอดไป

การติดตามการรักษา

พิจารณาตรวจย้อมเสมหะ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก และลักษณะทางคลินิกเป็นสำคัญ ระหว่างการรักษา ผู้ป่วยอาจจะไอน้อยลง ไม่ค่อยมีเสมหะ แม้ว่าเสมหะที่ส่งอาจไม่ใช่เสมหะที่มีคุณภาพ แต่แนะนำให้ตรวจย้อม เพื่อประเมินผลเสมหะต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 การติดตามรักษา

การประเมิน	ก่อนเริ่ม การรักษา	สิ้นสุดการรักษาเดือนที่					
		1	2	3	4	5	6
อาการทาง คลินิก		ประเมินทุกครั้ง					
ตรวจย้อม เสมหะ	ทำทุกราย อย่างน้อย 2 ครั้ง	ตรวจทุกราย	ตรวจ(ถ้าย้อม เสมหะเมื่อ สิ้นสุดเดือนที่ 2 พบเชื้อ)	ตรวจ(ถ้าไม่มี เสมหะให้ บันทึกไว้เป็น หลักฐาน)	ตรวจ(ถ้าไม่มี เสมหะให้ บันทึกไว้เป็น หลักฐาน)	ตรวจ(ถ้าไม่มี เสมหะให้ บันทึกไว้เป็น หลักฐาน)	ตรวจ(ถ้าไม่มี เสมหะให้ บันทึกไว้เป็น หลักฐาน)
การตรวจทาง อณูชีววิทยา	ผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยง - ผู้ป่วยที่เคย	ตรวจ(ถ้าย้อม เสมหะเมื่อ สิ้นสุดเดือนที่ 2		ตรวจ(ถ้ายัง พบเชื้อวัณโรค หรือกลับมา			

การประเมิน	ก่อนเริ่ม การรักษา	สิ้นสุดการรักษาเดือนที่					
		1	2	3	4	5	6
	รักษาวัณโรค	พบเชื้อ)				พบเชื้อวัณโรค	
	- มีประวัติ					แต่ผลอนุ	
	สัมผัสวัณโรค					ชีววิทยาใน	
	ดี้อย่า					เดือนที่ 2 ไม่	
	- ผู้ป่วยกลุ่ม					พบภาวะการ	
	เสียงสูงเช่น					ดี้อย่า)	
	ติดเชื้อเอชดี						
	ผู้ป่วย						
	เบาหวาน สูง						
	ลมโป่งพอง						
	ได้รับยากด						
	ภูมิคุ้มกัน ซิลิ						
	โคสิส						
	ไตวายเรื้อรัง						
	ขาด						
	สารอาหาร ผู้						
	ติดยาเสพติด						
	และผิดปกติ						
	จากการติด						
	สุรา						
	ผู้ป่วยผ่าตัด						
	กระเพาะและ						
	ลำไส้						
	- ผู้ป่วยใน						
	เรือนจำ						
	ผู้ป่วยรายใหม่						
	ที่เสมหะย้อม						
	ไม่พบเชื้อ						
	วัณโรคอย่าง						
	น้อย 2 ครั้ง						
	(พิจารณาตาม						
	ความ						
	เหมาะสม)						

การประเมิน	ก่อนเริ่ม การรักษา	สิ้นสุดการรักษาเดือนที่					
		1	2	3	4	5	6
เพาะเชื้อและ ทดสอบความ ไวของเชื้อต่อ ยา	แนะนำทำการ เพาะเชื้อตาม ความ เหมาะสม ถ้า การเพาะเชื้อ เป็นบวก ทำ การทดสอบ ความไวของ เชื้อต่อยาทุก ราย	ตรวจ(ถ้ายอม เสมหะเมื่อ สิ้นสุดเดือนที่ 2 พบเชื้อ)				ตรวจ(ถ้ายัง พบเชื้อวัณโรค หรือกลับมา พบเชื้อวัณโรค แต่ผลอนุ ชีววิทยาหรือ เพาะเชื้อใน เดือนที่ 2 ไม่ พบ)	
ภาพเอกซเรย์	ทำทุกราย	สิ้นสุดระยะ เข้มข้น				สิ้นสุดการ รักษา	

ที่มา: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561

ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ

1. ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ ที่มีผลการรักษาหาย รักษาครบ หรือรักษาสำเร็จ และแพทย์เป็นผู้ตัดสินผลการรักษา ซึ่งมี 3 รูปแบบ ดังนี้

1) รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคปอดทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคปอดทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

2) รักษาครบ (Treatment completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบ รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

3) รักษาสำเร็จ (Successful treatment) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่มีผลตรวจเสมหะ พบเชื้อหรือไม่พบเชื้อก็ได้ แต่มีภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด ซึ่งผ่านกระบวนการรักษาวัณโรคปอดครบตามกำหนด และแพทย์วินิจฉัยว่ารักษาหายหรือรักษาครบจากการเป็นวัณโรคปอด (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561; กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564; กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาสำเร็จในผู้สูงอายุมีดังนี้

1) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ยาเป็นการรักษาที่ตรงจุด เป็นสิ่งแรกที่จะช่วยให้หายจากวัณโรคปอด เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุมีการรับประทานยาถูกต้อง สม่ำเสมอ และตรงเวลา จะสามารถรักษาสำเร็จได้ จากการศึกษาของ พชรพร ครองยุทธ และคณะ (2564) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จ คือความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคปอด

2) อายุ เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายเกิดความเสื่อม จะส่งผลต่อการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอด จากการศึกษาของ จันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส (2562) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3) น้ำหนักตัว ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่มีน้ำหนักตัวก่อนเริ่มการรักษา 40 กิโลกรัมขึ้นไป มีโอกาสรักษาสำเร็จ 0.49 เท่า ของผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 40 กิโลกรัม (ธนิศ เสริมแก้ว และกฤษมา สว่างพันธ์, 2565) เนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 40 กิโลกรัม นั้น อาจมีการดูดซึมยาบริเวณทางเดินอาหารไม่ดี ทำให้ระดับยารักษาวัณโรคปอดไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รับประทานอาหารลดลงจนเกิดภาวะขาดสารอาหาร จะทำให้กระบวนการกำจัดสารพิษและยาบริเวณตับลดลง เพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะพิษต่อตับเนื่องจากยาได้ (นันทวัฒน์ ตันธนาสุวัฒน์, 2564)

4) สถานภาพสมรสและการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่มีสถานภาพสมรส อาศัยอยู่เป็นครอบครัว และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือเรื่องรับประทานอาหารและยารักษาวัณโรค รวมถึงการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้รักษาสำเร็จ (พัฒน์พงษ์ วงศ์กาฬสินธุ์, 2550)

5) การรับรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพของตนเอง รับรู้ข้อจำกัด ความเสื่อมด้านร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกัน การเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอด การรับประทานยา การรักษาตามนัด และการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านของตน จะส่งผลให้รักษาสำเร็จมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพของตนเอง ไม่ทราบวิธีจัดการกับวัณโรคปอดอย่างถูกต้อง (พาขวัญ วิชชุดเวส และปริญญารัตน์ ธนะบุญปวง, 2563)

6) การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การบริการในสถานพยาบาล วัตถุประสงค์ของการสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยไม่ถูกตีตรา ส่งผลให้รักษาสำเร็จ (อรทัย ศรีทองธรรม และคณะ, 2560)

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ

พยาบาลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ามาใช้บริการ จนถึงติดตามดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และญาติที่บ้านเพื่อช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ดังนี้ (ประเทือง ธารารุ่งเรือง, 2561; ประทุม สร้อยวงศ์, 2564)

1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุ และญาติ ต่อภาวะสุขภาพ
2. วางแผนการควบคุมโรคและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน
 - 1) อธิบายโรค สาเหตุ การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติเข้าใจ โดยอธิบายง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน ไม่ให้เกิดความวิตกกังวล
 - 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ดังเช่น แนะนำให้นอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอด ทำให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น และสอนสาธิตให้หายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ และปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมง ส่งเสริมให้ถูกลมปอด ขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น
3. รับฟังปัญหาและการระบายอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุ ให้กำลังใจและชี้แนะการปฏิบัติตัว
4. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยสูงอายุด้วยท่าทีสุภาพเป็นกันเอง ประเมินสภาพอารมณ์จิตใจ และความเชื่อของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติได้พบแพทย์เพื่อทราบแนวทางการรักษา
5. อธิบายเหตุผลและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อนให้ผู้ป่วยสูงอายุสวมหน้ากากอนามัย ปิดปากปิดจมูกที่ถูกต้องตลอดเวลา และแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยให้หลีกเลี่ยงการคลุกคลี ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวไม่ควรพักร่วมห้องกับผู้อื่นเป็นเวลา 1 เดือน นับตั้งแต่เริ่มรับประทานยารักษาวัณโรค และควรอยู่ในบริเวณหรือห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนแออัด เช่น สถานบันเทิง โรงภาพยนตร์สถานที่สาธารณะต่าง ๆ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น
6. ส่งเสริมการรับประทานยารักษาวัณโรคปอดครบชนิดและถูกขนาดยาติดต่อกันจนครบ ให้ข้อมูล อาการไม่พึงประสงค์จากยา และการจัดการอาการรบกวนเพื่อป้องกันการหยุดยาระหว่างการรักษา

1) บอกรายละเอียดที่ต้องรับประทานยา การรับประทานยาเป็นจำนวนมาก การรับประทานยาต่อเนื่อง และผลของการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา หรือไม่ต่อเนื่องที่อาจก่อให้เกิดการดื้อยา ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา คือการหายจากโรคเป็นไปได้ยากและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น

2) อธิบายอาการ และอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ตับอักเสบ อาการชาปลายประสาท ผื่น สิว ผิวหนังลอกโลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวด ยอดอก ปวดท้อง ท้องเสีย เป็นต้น

3) แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และควรรีบไปพบแพทย์ทันทีหากมีอาการเหล่านี้ได้แก่ ความอยากอาหารลดลง ผิวซิดเหลือง ปัสสาวะมีสีเข้ม อาการไข้ ติดต่อกัน 3 วันขึ้นไปโดยไม่มีสาเหตุ หายใจลำบาก รู้สึกว่าหน้าท้องมีอาการแข็งหรือบวมผิดปกติ มีอาการบวมที่หน้า ริมฝีปาก ลิ้น หรือคอ มีปัญหาเรื่องการมองเห็น เช่น เห็นภาพไม่ชัด หรือเห็นสีผิดปกติ เป็นต้น

7. อธิบายผลดีของการมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

8. ติดตามเยี่ยมบ้าน ทำข้อตกลงกับผู้ป่วยสูงอายุในการรับประทานยาทุกวัน โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าติดตามการรับประทานยา โดยใช้โปรแกรมของ DOT เพื่อป้องกันการหลงลืมรับประทานยา และเพื่อให้รับประทานยาครบทั้งชนิด ปริมาณ และถูกต้องตามเวลา

ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุในจังหวัดสุโขทัย

ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุในจังหวัดสุโขทัย จะยึดตามแนวทางการวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย ของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564; กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยหลักปฏิบัติในการวินิจฉัยมีดังนี้

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย เป็นการซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยสูงอายุด้วยการถามคำถามเฉพาะ ซึ่งถ้าเป็นผู้ที่มีอาการไอนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป หรือไอปนเลือด น้ำหนักลด ไข้ และเหงื่อออกตอนกลางคืน หรือเป็นผู้มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด จะได้รับการเอกซเรย์ปอดต่อไป

2. การเอกซเรย์ปอดหรือภาพถ่ายรังสีทรวงอก ถ้าพบผิดปกติที่เข้ากับวัณโรคปอด จะดำเนินการตรวจเสมหะต่อไป

3. การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคปอด จำเป็นต้องย้อมเสมหะอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุเก็บเสมหะหลังตื่นนอนตอนเช้าเป็นเวลา 2 วัน เพื่อนำส่งตรวจยังห้องปฏิบัติการ ถ้าพบเชื้อวัณโรคปอดจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไป

4. ก่อนเริ่มรักษาด้วยยา จำเป็นต้องส่งตรวจเลือดเพื่อพิจารณาตรวจหาเชื้อเอชไอวี เนื่องจากไวรัสโรคปอดเป็นโรคฉวยอันดับแรกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเอชไอวี และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการต้อยาและเสียชีวิต (สำนักโรคเอดส์ไวรัสโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560) นอกจากนี้ จำต้องตรวจการทำงานของตับ ไต และตรวจสายตา เพราะยามีผลข้างเคียงต่อผู้สูงอายุ และจำเป็นต้องแนะนำผู้ป่วยสูงอายุให้หยุดสุราและบุหรี่ทุกรายก่อนเริ่มรักษา

5. แพทย์พิจารณารักษาด้วยยาแนวแรก หรือแนวที่สอง โดยต้องคำนึงถึงโรคร่วม การแพ้ยา การต้อยา และน้ำหนักตัวของผู้ป่วยสูงอายุ และมีการติดตามการรักษาจนครบสูตรยา

6. พยาบาลประจำคลินิกโรค และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำเป็นต้องให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว รวมถึงมีการเยี่ยมบ้านเป็นระยะเพื่อประเมิน สิ่งแวดล้อมและการรับประทานยาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ

7. ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 อำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนคร โรงพยาบาล สวรรคโลก และโรงพยาบาลศรีษะนาถีย เมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีโรคร่วมได้แก่ เอชไอวีหรือมะเร็งปอด และ ต้อยามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป จะทำการส่งตัวไปรักษายังโรงพยาบาลประจำจังหวัดได้แก่ โรงพยาบาล สุโขทัยและโรงพยาบาลศรีสำโรงต่อไป

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

คัลลิสตา รอย (Callista Roy) เป็นนักทฤษฎีการพยาบาล เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางจาก การสร้างรูปแบบการปรับตัวขึ้น เกิดเมื่อ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2482 จบปริญญาตรีสาขาการพยาบาลจาก Mount Saint Mary's College ในปี พ.ศ. 2506 และปริญญาโทด้านการพยาบาลจากมหาวิทยาลัย แคลิฟอร์เนีย ในปี พ.ศ. 2509 หลังจากนั้นจึงเริ่มศึกษาต่อทางด้านสังคมวิทยา (Roy, 1999) โดย ขณะศึกษา รอย และโดโรธี จอห์นสัน (Dorothy Johnson) ร่วมกันพัฒนารูปแบบแนวคิด การพยาบาลโดยเริ่มจากที่รอยทำงานเป็นพยาบาลเด็กและสังเกตเห็นความสามารถในการปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็ก รอยจึงนำมาพัฒนาจนเป็น กรอบแนวคิดการพยาบาล และพัฒนาจนเป็นทฤษฎีการปรับตัวที่ใช้อย่างแพร่หลายมาจนทุกวันนี้ (McEwen, & Wills, 2014)

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1999) มีใจความว่า การปรับตัวของคนเป็นระบบเปิด ภายในมีการเปลี่ยนแปลง และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกตลอดเวลา ซึ่งบุคคลจะประกอบไปด้วยกาย จิต และสังคม (Biopsychosocial being) มีความเป็นองค์รวม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งการปรับตัวของบุคคลจะกระทำเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย และจิตใจ แบ่งการปรับตัวตามทฤษฎีของรอยได้ดังนี้

1. ระดับการปรับตัว (Adaptation level) เป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการปรับตัว แบ่งได้ 3 ระดับได้แก่

1.1 ระดับการปรับตัวผสมกันได้ดี (Integrated level of adaptation) หมายถึง ระดับของการปรับตัวที่โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย สามารถทำงานประสานกันได้อย่างเหมาะสมตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ เช่น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เมื่อมีเหตุการณ์ใดเข้ามากระทบ บุคคลมีความมั่นคงใน ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นตามความเหมาะสมเช่นกัน (Roy, 1999)

1.2 ระดับการปรับตัวในระยะชดเชย (Compensatory level of adaptation) หมายถึง ระดับที่กลไกการควบคุมและกลไกการรู้คิดถูกกระตุ้นการทำงานเพื่อที่จะให้เกิดกระบวนการปรับตัวอย่างผสมผสาน (Integrated) เพื่อให้บุคคลปรับตัว แสดงบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสม และมีความมั่นคงในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Roy, 1999)

1.3 ระดับการปรับตัวที่เป็นอันตราย (Compromised level of adaptation) หมายถึง ระดับการปรับตัวที่ยังไม่เพียงพอที่จะไปถึงระดับของการปรับตัวผสมกันได้ดีและระดับการปรับตัวในระยะชดเชย ทำให้เกิดปัญหาขึ้นในการปรับตัวนี้ เมื่อสิ่งเร้าที่มากระทบนั้นอยู่ในขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของบุคคล บุคคลจะสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าสิ่งเร้านั้นอยู่นอกความสามารถของบุคคล จะเกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ หากระดับการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลสะท้อนกลับสู่ระดับการปรับตัวใหม่ เพื่อให้บุคคลนั้นอยู่ในสมดุลได้ต่อไป โดยใช้กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping activity) เป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่ต้องคิด (Roy, 1999) ประกอบด้วยกลไกย่อย 2 กลไก

1.3.1 กลไกการควบคุม (Regulator mechanism) เป็นกลไกการควบคุมที่เกิดขึ้นในระบบตามธรรมชาติ คือกลไกการปรับตัวพื้นฐานของบุคคลซึ่งเกิดจากการทำงานประสานกันระหว่างกระบวนการทางระบบประสาทของร่างกายและฮอร์โมนที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เมื่อสิ่งแวดล้อมมากระทบก็จะมีการตอบสนองอัตโนมัติ และมีกระบวนการทำงานภายในที่ต้องอาศัยการประสานกันทั้งทางเคมี ทางระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อเกิดการตอบสนองทางสรีระและจะส่งออกมาเป็นพฤติกรรม และส่งผลกระทบบางส่วนไปยังศูนย์การรับรู้ (Roy, 1999)

1.3.2 กลไกการรู้คิด (Cognator mechanism) เป็นกลไกที่เกิดจาก การเรียนรู้ คือการทำงานของจิตและอารมณ์ 4 กระบวนการ กระบวนการรับรู้หรือรับข้อมูล (Perceptual and information processing) ผ่านกระบวนการการเรียนรู้ (Learning) จะเกี่ยวข้องกับการเลียนแบบผ่านกระบวนการตัดสินใจ (Judgment) และการแสดงอารมณ์ (Emotion) (Roy, 1999) ซึ่งจะช่วยให้

บุคคลเลือกหรือจดจำสิ่งต่างๆ รวมทั้งมีการหยั่งรู้และมีการตัดสินใจในเรื่องนั้นๆ ก่อให้เกิดการตอบสนอง ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ทั้งนี้ต้องอาศัยการทำงานของสมองในด้านการรับรู้ การรับส่งข้อมูล การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต การตัดสินใจและการควบคุมอารมณ์

กลไกการควบคุมและกลไกการรู้คิดจะทำงานควบคู่กัน ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม การปรับตัวออกมา ดังนี้

2. พฤติกรรมการปรับตัว เป็นวิธีการปรับตัวที่แสดงออกมา แบ่งได้ 4 ด้าน ได้แก่

2.1 การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) รอย (Roy, 1999) กล่าวว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางด้านร่างกาย และสารเคมีที่เกี่ยวข้องกันในเรื่องการทำหน้าที่ และกิจกรรมของระบบอวัยวะโดยจะเป็นการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่ออวัยวะ และระบบต่าง ๆ ในร่างกายของบุคคลเป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย (Physiologic integrity) ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย ยังรวมถึงการทำหน้าที่ของกลไกการควบคุม คือ การรับความรู้สึก สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ เป้าหมายสูงสุดเป็นการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สมดุลของร่างกาย การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายเป็นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย สามารถประเมินได้จากการสังเกต การวัด การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การสัมภาษณ์และการรายงานด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ออกซิเจน (Oxygenation) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงกระบวนการแลกเปลี่ยนก๊าซของร่างกายเพื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

2.1.2 โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการที่บุคคลได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายที่แสดงถึงการคงสภาพการมีพัฒนาการ และการเจริญเติบโต

2.1.3 การขับถ่าย (Elimination) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงกระบวนการของร่างกายในการขับถ่ายของเสียของร่างกาย เพื่อให้เกิดความสมดุล การขับของเสียทั้งทางไต ผิวหนัง ปอด และลำไส้

2.1.4 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and rest) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงกระบวนการที่ร่างกายควบคุมและคงสมดุลของการทำกิจกรรมและการพักผ่อนของร่างกายรวมทั้งการทำหน้าที่ของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และการผ่อนคลาย สันทนาการต่าง ๆ

2.1.5 การป้องกันอันตรายของร่างกาย (Protection) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงกระบวนการปกป้องร่างกายจากอันตรายหรือผลกระทบที่จะได้รับจากสิ่งแวดล้อมโดย การทำหน้าที่ของกลไกทางเคมี การป้องกันของเซลล์ผิวหนังและระบบภูมิคุ้มกัน

2.1.6 การรับรู้ความรู้สึก (Sense) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงระบบความรู้สึก การรับรู้ และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นผสมผสานกัน ซึ่งได้แก่ การได้ยิน การรับรู้ความรู้สึก การได้กลิ่น การมองเห็น รวมถึงการควบคุมอุณหภูมิ

2.1.7 สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Fluid and Electrolyte) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงระบบคงสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายทุกชนิด และรวมถึงสมดุลของกรดต่าง

2.1.8 การทำหน้าที่ของระบบประสาท (Neurological function) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการทำงานของระบบประสาททั้งที่เป็นระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติ

2.1.9 การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine function) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ การหลั่งฮอร์โมน

2.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self – concept mode) เป็นความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเองในช่วงเวลาหนึ่ง เกิดขึ้นจากการรับรู้ในตนเองและจากปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้าง (Roy, 1999) เป็นการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อ และความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในเรื่องเกี่ยวกับด้านรูปร่างหน้าตา ความสามารถหรือความเชื่อ ซึ่งอัตมโนทัศน์มิได้มีแต่กำเนิดแต่เป็นผลจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมหรือสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิด ดังนั้นอัตมโนทัศน์จึงเกิดจากการเรียนรู้และมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามบทบาท เวลาและสถานการณ์ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) เป็นการประเมินตนเองด้านร่างกายของบุคคลอันประกอบด้วยคุณลักษณะทางด้านร่างกาย การมีเพศสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย และลักษณะที่ปรากฏ (Roy, 1999) เช่น ขนาด รูปร่างหน้าตา ท่าทาง ความสวยงาม สมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เมื่อใดที่บุคคลรับรู้หรือรู้สึกถึงสภาพร่างกาย และสมรรถภาพของตนเองบกพร่องหรือเปลี่ยนแปลง และไม่สามารถยอมรับได้จะนำมาซึ่งความสูญเสียได้ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกายแบ่งได้ 2 ด้านดังนี้

1) ด้านรับรู้ความรู้สึกด้านร่างกาย (Body sensation) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะและสมรรถภาพของร่างกาย เช่น ความรู้สึกเหนียวอ่อนเพลีย

2) ด้านภาพลักษณ์ของตนเอง (Body image) เป็นความรู้สึกที่มีต่อขนาดรูปร่างหน้าตา ท่าทางของตนเอง เช่น คิดว่าเป็นคนสวย เป็นคนผิวดำ ร่างกายสมส่วน

อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) เป็นการประเมินของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ความคาดหวังในชีวิต ความรู้สึกมีค่าของตนเอง การให้คุณค่า ซึ่งประกอบด้วย

1) อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคงในตนเอง (Self - consistency) เป็นการรับรู้ต่อตนเองตามความรู้สึกเกี่ยวกับความพยายามในการดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงหรือ ความปลอดภัย ถ้าหากมีการปรับตัวไม่ได้บุคคลจะแสดงออกในพฤติกรรม เช่น ความวิตกกังวล ไม่สบายใจ เจ็บปวดทางด้านจิตใจ

2) อัตมโนทัศน์ด้านความคาดหวัง (Self - ideal) เป็นการรับรู้ต่อตนเองในเรื่องเกี่ยวกับความนึกคิด และความคาดหวังของบุคคลที่ปรารถนาว่าตนเองจะเป็นอะไรหรือทำอะไร ตลอดจนความคาดหวังของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง ถ้าเกิดปัญหาบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสะท้อนถึงความรู้สึก หมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต หมดกำลังใจ รู้สึกขาดอำนาจในการควบคุมสถานการณ์

3) อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรม จรรยา (Moral ethical self) เป็นความรู้นึกคิดที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับศีลธรรมจรรยา กฎเกณฑ์ ค่านิยมทางสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ถ้ามีความบกพร่องก็จะแสดงออกในรูปของรู้สึกผิด ต่ำหนีดตนเองหรือโทษตนเอง

2.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนองทางด้านความมั่นคงหรือได้รับการยอมรับในสังคม (Social integrity) เป็นการกระทำหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม เน้นบทบาทตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ โดยบุคคลจะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเหมาะสม หากไม่สามารถปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ได้จะเกิดปัญหา คือการไม่สามารถแสดงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective role transition) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role distance) ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) และความล้มเหลวในบทบาท (Role failure) การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อบทบาทตามที่รอยได้แบ่งบทบาทของบุคคลออกเป็น 3 ประเภทดังนี้

1) บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทที่มีติดตัว เกิดจากพัฒนาการช่วงชีวิต บทบาทนี้ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมของบุคคลตลอดช่วงระยะเวลาที่บุคคลเจริญเติบโตเช่น บทบาทวัยรุ่น บทบาทของลูก การกำหนดบทบาทเช่นนี้ช่วยในการคาดคะเนว่าแต่ละเพศ และวัยนั้นบุคคลควรมีพฤติกรรมเช่นไร

2) บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่เกิดจากพัฒนาการทางด้านสังคมการเรียนรู้ ขึ้นอยู่กับงานที่ทำซึ่งบทบาททุติยภูมิอาจมีหลายบทบาท เช่น ชายไทยอายุ 50 ปี ทำงานพยาบาล ต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้างานการพยาบาลด้วย

3) บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลมีอิสระที่จะเลือกเพื่อส่งเสริมให้บรรลุซึ่งเป้าหมายบางอย่างของชีวิต เช่น บทบาทของสมาชิกสมาคม บทบาทจะประกอบไปด้วยพฤติกรรมของบุคคล 2 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการกระทำ (Instrumental behavior) และพฤติกรรมความรู้สึก (Expressive behavior)

2.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมเช่นกัน เป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้ได้รับความรัก ความห่วงใย ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย หากปฏิบัติตัวหรือปรับตัวไม่เหมาะสมจะเกิดการพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม (Dysfunction dependence) และการพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (Dysfunction independence) แต่โดยปกติแล้วบุคคลจะพยายามพึ่งพาตนเอง และผู้อื่นภายในขอบเขตที่เหมาะสม และสังคมยอมรับ มีการรับ และให้ความเอาใจใส่ดูแล พึ่งพาอย่างสม่ำเสมอ มีปฏิสัมพันธ์และการอยู่คนเดียวอย่างเหมาะสม ซึ่งถือว่าการปรับตัวด้านนี้ ที่มีความเหมาะสม ซึ่งรอย (Roy, 1999) แบ่งการประเมินออกได้ดังนี้

1) สัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด (Significant others) เป็นบุคคลมีความสำคัญต่อตนเองมากที่สุด เช่น บิดา มารดา ภรรยา เป็นต้น

2) สัมพันธภาพกับระบบสนับสนุน (Supportive system) เป็นบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และพึ่งพาซึ่งกันและกัน เช่น ญาติพี่น้อง หัวหน้างาน เป็นต้น

ความต้องการพื้นฐานของการปรับตัวด้านนี้ คือ การได้รับความรักอย่างเพียงพอ ก่อให้เกิดความมั่นคงในความสัมพันธ์ ถ้าการปรับตัวนี้เป็นปัญหาจะทำให้เกิด ความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกอึดอัด

รอย ให้คำจำกัดความสิ่งแวดล้อม โดยยึดตามทฤษฎีของเฮลสัน ที่กล่าวว่า “การปรับตัว เป็นการงานของระดับการเปลี่ยนแปลงระดับ และระบบการปรับตัวของมนุษย์” โดยมองว่าสิ่งแวดล้อมเป็นทุกสิ่งทุกอย่าง ทุกสภาพการณ์ ที่ล้อมรอบตัวบุคคลทั้งภายใน และภายนอก มีผล กระทบต่อพัฒนาการ และพฤติกรรมของบุคคล (Roy, 1999) สิ่งแวดล้อมถือเป็นปัจจัยนำเข้าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้นจะกลายเป็นสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับตัว

3. สิ่งเร้าในการปรับตัว เป็นสิ่งกระตุ้นที่มีผลกระทบต่อบุคคล แบ่งออกได้ดังนี้

3.1 สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือ สิ่งเร้าทั้งจากภายนอก และภายในที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ ในขณะนั้น มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด ทำให้ต้องมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่นั้นเกิดขึ้น สิ่งเร้าเปรียบเสมือนตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น การเจ็บป่วยขณะนั้น

3.2 สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้น นอกเหนือจากสิ่งเร้ามีผลมากระทบบุคคลเช่นกัน เป็นได้ทั้งในทางบวก และทางลบ ซึ่งถ้ามีผลในทางบวกจะช่วยลดอิทธิพลของสิ่งเร้าตรงหรือช่วยลดความรุนแรงได้ แต่ถ้ามีผลในทางลบจะทำให้อิทธิพลของสิ่งเร้าตรงมีอิทธิพลมากยิ่งขึ้นจะทำให้บุคคลปรับตัวได้ยากเพิ่มขึ้น โดยอาจจะมีผลเป็นตัวเสริมต่อสิ่งเร้าตรงซึ่งสิ่งเร้าร่วมเหล่านี้ เช่น เพศ การศึกษา สัมพันธภาพ รายได้ของครอบครัว เป็นต้น

3.3 สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) คือปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกในระบบบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะตัวของมนุษย์ หรืออาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีต เช่น นิสัยทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ เป็นต้น

รอยมองว่าบุคคลประกอบด้วยกาย จิต และสังคม (Biopsychosocial being) มีความเป็นองค์รวมการปรับตัวของคนเป็นระบบเปิด ภายในมีการเปลี่ยนแปลงและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา (Roy, 1999) การปรับตัวของบุคคลกระทำเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่ต้องมีการปรับตัว และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายหลังการเกิดโรคเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าแนวคิดของรอยเหมาะสมต่อการนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อค้นหาและอธิบายประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จได้อย่างครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

บริบทจังหวัดสุโขทัย

สถานที่ใช้ศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาในจังหวัดสุโขทัย โดยเลือก 3 อำเภอติดต่อกัน ได้แก่ อำเภอศรีนคร อำเภอสวรรคโลก และอำเภอศรีสัชชนาลัย ซึ่งทั้ง 3 อำเภอนั้นมีพื้นที่ติดต่อกันอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดสุโขทัย ลักษณะภูมิประเทศมีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่มน้ำท่วมถึง (สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้งประจำจังหวัดสุโขทัย, 2560) ลักษณะประชากรทั้ง 3 อำเภอ เป็นช่วงวัยทำงานจนถึงสูงอายุ มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ลักษณะครอบครัวโดยรวมเป็นครอบครัวขยายปลูกบ้านใกล้เคียงกันในกลุ่มเครือญาติ ลักษณะชุมชนอิงอาศัยเกี่ยวคู่กัน ประชากรส่วนมากนับถือศาสนาพุทธการดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างเรียบง่ายละมุนละไม (กรมส่งเสริมวัฒนธรรมกระทรวงวัฒนธรรม, 2559) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และปศุสัตว์เป็นหลัก โดยเฉพาะทำนา ทำสวนไร่ เลี้ยงวัวและหมู ผลผลิตที่สำคัญคือ ข้าว อ้อย มะม่วง ส้ม (สำนักงานเกษตรจังหวัดสุโขทัย, 2560) และทั้ง 3 อำเภอ พบปัญหาโรคระบาดกลุ่มโรคติดต่อทางเดินหายใจที่สำคัญ 3 อันดับโรค ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ ปอดบวม และวัณโรคปอด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2565)

โรงพยาบาลศรีนคร โรงพยาบาลสวรรคโลก และโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย อยู่ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ ให้บริการผู้ป่วยครอบคลุมทุกกลุ่มโรคบริการสุขภาพ มีบริการตรวจรักษาคลินิกเฉพาะโรคปอด โดยเปิดให้บริการทุกวันอังคาร เวลา 08.00 – 16.00 น. ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การตรวจรักษาทั่วไป การตรวจปอด การตรวจอณูวิทยา และการจ่ายยารักษาวัณโรคปอด รวมถึงการจ่ายยาเพื่อบรรเทาผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรคปอด นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ยังมีแผนการรักษาอื่น ๆ เช่น

การให้คำปรึกษาในการดูแลตนเอง การรับประทานยาวัณโรคปอด การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากรักษาวัณโรคปอด และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้แก่ผู้ป่วย และญาติ และมีคลินิกเลิกบุหรี่ และแอลกอฮอล์เพื่อการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคปอด รวมถึงมีทีมเยี่ยมบ้านในการดูแลต่อเนื่องต่อไป

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วย วัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ดังนี้

ยุพา ซับซ็อน (2550) ศึกษาประสบการณ์การเข้าระบบยารักษาวัณโรคปอดแบบมี พี่เลี้ยงของผู้ป่วยที่รักษาระยะยาว ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรับการักษาวัณโรคปอดแบบมีพี่เลี้ยง ที่โรงพยาบาลในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 12 ราย โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัยคือ แนวสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบบันทึกภาคสนาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกเทป การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการของโคไลซ์ซี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การเข้าระบบยารักษาวัณโรคปอดแบบมีพี่เลี้ยงของผู้ป่วยที่รักษาระยะยาว มี 4 ระยะ คือ เริ่มรักษาตนเอง เกรงไม่หายไปหาหมอที่โรงพยาบาล แล้วรับประทานยาต่อเนื่อง 6 เดือน และเดือนต้นไม่ย่อท้อ ก่อเกิดความหวัง ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงความหมายของการเข้าระบบยารักษาวัณโรคปอดแบบมีพี่เลี้ยงว่า คิดว่าไอธรรมดา เป็นเวรเป็นกรรม ตั้งใจรับประทานยา เพื่อรักษาตัว และมีความหวังว่าจะหาย ปัจจัยที่ทำให้ไม่หายจากโรค คือ การมีโรคร่วม (เอชไอวี/เอดส์ เบาหวาน ตับอักเสบ) การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ การทำงานหนัก ครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุขมีส่วนในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรักษาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หายจากวัณโรคปอด

ธัญญา พลัปลาทอง (2556) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ผู้ให้ข้อมูลคือผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร มีประวัติป่วยเป็นวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อและได้รับการรักษาครบตามกำหนดระยะเวลา จำนวน 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการวิจัยพบว่า ความหมายของการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคสูงอายุที่รักษาสำเร็จ คือ ตั้งใจทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรักษาวัณโรคให้หายขาด และการจัดการตนเองให้ผ่านพ้นฤทธิ์ข้างเคียงจากการกินยา สวนประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคสูงอายุที่รักษาสำเร็จ คือ ความอดทน และความตั้งใจทำตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลอย่างเคร่งครัด ใช้กลวิธีรับประทานยาตรงเวลา จัดการกับปัญหาอาการข้างเคียงของยา ปรับกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพร่างกาย เสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายด้วยอาหาร เลิกเสพ สารเสพติด ผ่อนคลายความเครียด และไปตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ส่วนปัจจัย

สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคสูงอายุที่รักษาสำเร็จ คือ เคยเห็นตัวอย่างผู้ที่ป็นวัณโรคแล้วรักษาหาย การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว และระบบการติดตามผู้ป่วยของโรงพยาบาล

ธัญพร ปานสุวรรณ (2557) ศึกษาการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลสมุทรปราการ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 14 รายที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกระหว่างเดือนสิงหาคม 2555 ถึง มกราคม 2556 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Colaizzi (1978) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีการแสวงหาความช่วยเหลือก่อนมารับการรักษาที่คลินิกตามลักษณะอาการที่เกิดขึ้น การแสวงหาความช่วยเหลือแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะมีอาการเจ็บป่วยธรรมดาคล้ายหวัด : ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง และแสวงหาความช่วยเหลือด้วยการดูแลตนเอง และปรึกษาคนใกล้ชิด ร้านขายยา และคลินิก เพื่อบรรเทาและรักษาอาการ 2) ระยะมีอาการเรื้อรัง ไม่หาย และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน : ผู้ป่วยเริ่มตระหนักว่ามีความเจ็บป่วยที่ไม่ธรรมดา ยังคงแสวงหาความช่วยเหลือด้วยการดูแลตนเอง ปรึกษาร้านขายยาและคนใกล้ชิด เพื่อบรรเทาและรักษาอาการ ร่วมกันแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม และบางส่วนก็แสวงหาความช่วยเหลือเพื่อค้นหาสาเหตุและรับการรักษาจากโรงพยาบาล และ 3) ระยะมีอาการรุนแรง นำกลั้ว: ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินต้องเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน ในระยะนี้ ผู้ป่วยทุกรายจะแสวงหาความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล สภาพการณ์ที่สนับสนุนการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย ประกอบด้วยลักษณะอาการที่เรื้อรังและ / หรือมีความรุนแรง ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง สิทธิการรักษา และระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการส่วนสภาพการณ์ที่ส่งผลให้การไปรับ การรักษาที่คลินิกวัณโรคล่าช้า คือ อาการแสดงของโรคที่ไม่รุนแรง ความรู้สึกกลัวจะเป็นโรคร้าย และกลัวการไปโรงพยาบาล และปัญหาค่าใช้จ่ายหรือสิทธิในการรักษา

จิราภรณ์ ชูวงศ์ (2562) ศึกษากลยุทธ์การลดการตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ในชุมชนจังหวัดตรัง ใช้วิธีการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับตำบลจำนวน 6 คน ผู้กำกับกักกันยาผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 6 คน และผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่จำนวน 6 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การบันทึกเทป และการจดบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ความรู้สึก ถูกรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้จากคนในชุมชน ซึ่งความกลัวการถูกตีตรานั้นเป็นอุปสรรคสำคัญในการเปิดเผยตนเองของผู้ป่วย ซึ่งกลยุทธ์ที่ใช้เพื่อลดปัญหาการตีตราผู้ป่วย ประกอบด้วย การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งผู้ป่วย และพี่เลี้ยง การกำกับการกักกันยา การปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ การให้ความรู้

แก่พี่เลี้ยงกำกับการกินยาเพื่อให้มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยโรคมีทัศนคติที่ดี มีกำลังใจ และมีความตระหนักถึงความสำคัญในการ กินยาอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา

อภิขญา ทนธรรม (2562) ศึกษาประสพการณ์การมีอาการ และวิธีการจัดการอาการ ไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคปอดของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 394 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกวัณโรค จำนวน 7 โรงพยาบาล ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการไม่พึงประสงค์ และ 3) แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ของแบบสอบถามอาการไม่พึงประสงค์ทั้ง 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน ได้เท่ากับ 0.86, 0.81, 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ และแบบสอบถามวิธีการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในด้านการเลือกปฏิบัติ และประสิทธิผลของวิธีการจัดการอาการได้เท่ากับ 0.96 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และสถิติทดสอบครัสคาล-วัลลิส ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. อาการไม่พึงประสงค์หลักจากการรับประทานยารักษาวัณโรคปอดที่กลุ่มตัวอย่างรายงานมากที่สุดในมิติการเกิดอาการคือ อาการคัน คิดเป็นร้อยละ 28.2 มิติความถี่ และมิติความรุนแรง คือ อาการตาเหลือง ตัวเหลือง (Mean \pm SD = 2.79 \pm 1.18 2.86 \pm 1.70 ตามลำดับ) และมิติความทุกข์ทรมาน คือ อาการคล้ายไข้หวัด (Mean \pm SD = 2.50 \pm 1.069) 2. วิธีการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) เกา เป็นวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการคัน คิดเป็นร้อยละ 14.2 2) รับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เป็นวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการคลื่นไส้ คิดเป็นร้อยละ 9.1 และ 3) แบ่งรับประทานอาหารออกเป็นหลายมื้อ เป็นวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการเบื่ออาหาร คิดเป็นร้อยละ 7.1 3. เมื่อเปรียบเทียบภาวะอาการทั้ง 4 มิติ พบว่า เพศเป็นตัวแปรเดียวที่กลุ่มตัวอย่างรายงานประสพการณ์การมีอาการไม่พึงประสงค์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t =3.33) ส่วนการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคร่วม และระยะเวลาการรักษา เป็นตัวแปรที่กลุ่มตัวอย่างรายงานประสพการณ์การมีอาการไม่พึงประสงค์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t =1.73, t=.70, F=.39, F=.35, F= 2.54 และ X²=.54 ตามลำดับ)

กัมปนาท ฉายชวงษ์ (2563) ศึกษาประสพการณ์ชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการผลกระทบจากความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 25 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดย

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และจัดการข้อมูลด้วยโปรแกรมการจัดการข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบจากความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคปอด แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ ผลกระทบต่อตนเอง และผลกระทบต่อผู้อื่น ด้านผลกระทบต่อตนเองเกี่ยวกับสุขภาพในขณะนั้น คือ ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก่อนเข้ารับการรักษา ซึ่งยังส่งผลกระทบต่อตนเองเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน รวมไปถึงการทำงานที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดงาน หรือต้องออกจากงานชั่วคราว นอกจากนี้ผู้ป่วยกล่าวถึงผลกระทบต่อตนเองที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาของความล่าช้าในการเข้ารับรักษานานกว่านี้ คือ ความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจนอาจทำให้ถึงแก่ชีวิต ในขณะที่ผลกระทบต่อผู้อื่นนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ตนเองสามารถแพร่เชื้อวัณโรคให้กับคนใกล้ชิด โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ชุมชน หรือสังคมของตนเองได้ แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยบางราย คิดว่าตนเองไม่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคให้กับผู้อื่นได้ เนื่องจากผลการตรวจคัดกรองในผู้สัมผัสใกล้ชิดไม่พบว่ามีโรคติดเชื้อวัณโรค

Shaoru Zhang (2016) ศึกษาประสบการณ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ในประเทศจีน ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยวัณโรคระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตหนึ่งของมณฑลส่านซี จำนวน 22 คน โดยสัมภาษณ์เชิงลึกสองครั้ง ครั้งแรกเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค และอีกครั้งเมื่ออยู่ในช่วงการรักษา ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีความเครียด และกังวลจากการหยุดเรียนเพื่อรักษาตนมากกว่าการป่วยเป็นวัณโรค เนื่องจากระบบการศึกษาที่มีการแข่งขันสูง และปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม โดยในประเทศจีนให้ความสำคัญกับการเรียน และการสอบเข้ามหาวิทยาลัยเป็นอย่างมาก นอกจากนั้นการขาดความตระหนักรู้ของโรงเรียน ผู้ปกครอง และนักเรียน กลายเป็นอุปสรรคใหญ่ที่สุดในการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันเวลาที่ นักเรียนมักพึ่งพาพ่อแม่ในการรักษาหายของโรค และพบการถูกตีตราในผู้ป่วยน้อยกว่าในผู้ใหญ่

Grace Wambura Mbutia (2018) ศึกษาความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดของผู้ป่วยในชุมชนอริบาล ในประเทศเคนยา ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 61 คน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก 15 คน และการสนทนากลุ่มอีก 6 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมองว่าวัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อร้ายแรง วินิจฉัยและรักษาได้ยาก สาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ฝุ่นอากาศเย็น การทำอาชีพปศุสัตว์ และปัจจัยทางพันธุกรรม โดยผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าวัณโรคปอดแพร่กระจายผ่านการติดต่อกับผู้ป่วยวัณโรคปอดและการใช้อุปกรณ์ร่วมกัน

Abebe Megerso (2021) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด และผลกระทบจากวัณโรคปอด ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และถูกจัดการโดยนักอริบาลชุมชน เขตโบเรนาภูมิภาคโอโรเมีย ประเทศเอธิโอเปีย ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยจากการดูแลสุขภาพทุกระดับชั้นทั้งจากโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพ และสถานีนอนามัย โดยเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ดื้อยา และไม่ดื้อยา จำนวน

21 คน สุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ผลการศึกษาแบ่งออกเป็นสามประเด็น คือ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ กล่าวถึงการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพนั้นยังยากลำบาก ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลทุกเข้าได้ และยังคงขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ขาดการรับประทายยา เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปยังแหล่งชุมชน ส่วนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดตาม และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยวัณโรคปอด กล่าวถึงการถูกรังเกียจจากผู้คนในชุมชน การถูกเลือกปฏิบัติ และจำเป็นต้องแยกที่อยู่อาศัย มาอยู่ผู้เดียวจนสิ้นสุดการรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยหลายรายเลือกที่จะปกปิดข้อมูล ส่งผลให้การรักษาล่าช้า และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเศรษฐกิจ และสังคม กล่าวถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ขาดการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และการพึ่งพาอาชีพสุจริตเท่านั้นสำหรับแหล่งรายได้ ทำให้ไม่มีเงินเพียงพอในการเดินทางเข้ารับการรักษา แม้การรักษาจะฟรีก็ตาม

Aaron S. Karat (2021) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพลวัตของการรักษาอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นวัณโรคปอด ประเทศอังกฤษ ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคปอด ในสามเมืองของประเทศอังกฤษ จำนวน 18 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดที่ได้รับการดัดแปลงจากการจำแนกปัจจัยที่มีผลกระทบต่อบุคคล สังคม โครงสร้าง ระบบสุขภาพ หรือการรักษาที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า วัณโรคปอด และการรักษาส่งผลต่อผู้ให้ข้อมูล ทั้งอาการที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรมและผลข้างเคียงของยา นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับความไม่มั่นคงในชีวิตการทำงาน ที่อยู่อาศัย การติดตาม การแบ่งแยกทางสังคม สุขภาพจิตที่แย่งลง และสูญเสียความสัมพันธ์จากครอบครัว ในช่วงชีวิตของผู้ที่มีเครือข่ายสนับสนุนที่เข้มแข็ง จะพบความมั่นคงในชีวิตการทำงาน สามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของตนเองได้

Ana Alfaiate (2023) ศึกษาประสบการณ์การติดตามในผู้ป่วยวัณโรคปอดและโควิด 19 ในประเทศโปรตุเกส ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ที่เคยป่วยเป็นวัณโรคปอด และโควิด 19 จำนวน 9 คน ใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง เก็บข้อมูลในช่วงปี 2022 โดยข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย 4 คน ปริญญาตรีการพยาบาล 4 คน เคยป่วยด้วยวัณโรคปอด และโควิด 19 3 คน เคยป่วยด้วยวัณโรคปอด 4 คน และเคยป่วยด้วยโควิด 19 2 คน ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 8 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ความรู้และความเชื่อ 2) ทักษะติดต่อโรค 3) ความรู้และการศึกษา 4) การติดตามตนเอง 5) ประสบการณ์ที่ถูกติดตาม 6) ความคาดหวังต่อการติดตาม 7) การรับรู้การถูกติดตาม และ 8) การติดตามในยุคปัจจุบัน

การศึกษาข้างต้น เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่รวบรวมหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย การศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จมากที่สุด ผลการศึกษาพบว่า วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อร้ายแรง สาเหตุมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัว วินิจฉัย และรักษาได้ยาก สามารถแพร่กระจายผ่านการติดต่อกับผู้ป่วยวัณโรคปอด และการใช้สิ่งของ

ร่วมกัน ผลกระทบมักส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมต้องเผชิญกับความไม่มั่นคงในชีวิตการทำงาน ถูกตีตรา และถูกแบ่งแยกทางสังคม แต่ในส่วนของผู้ที่มิเคยมีอุปสรรคที่เข้มแข็ง จะพบความมั่นคงในชีวิตการทำงาน สามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของตนได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงประสบการณ์การปรับตัว ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการหายของโรคต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาเป็นกรอบกว้าง ๆ ตามพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน มาใช้เป็นแนวคิดศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ เพื่อจะได้ค้นพบปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา นำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุให้มีการปรับตัวในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ และปัจจัยที่ส่งเสริม และเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) โดยมีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุโขทัย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด และได้รับยารักษาวัณโรค
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ารักษาครบหรือหายขาดจากการเป็นวัณโรคปอด
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้
5. มีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยโดยลงนามในหนังสือยินยอม และยินดี

ให้บันทึกเสียงการสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออกตามคุณสมบัติดังนี้

1. อาสาสมัครที่ถูกคัดเลือกไม่สามารถติดต่อเก็บข้อมูลได้

เกณฑ์การถอดถอนอาสาสมัครตามคุณสมบัติดังนี้

1. ให้การสัมภาษณ์ไม่ครบถ้วน
2. มีการขอถอนตัวจากงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แนวคำถามหลักที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นคำถามเจาะลึก ลักษณะคำถามปลายเปิด และผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยเตรียมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความเสื่อม วัณโรคปอด ผลกระทบ และแนวคิดทฤษฎีรอย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ โดยในการศึกษานี้มีคำถามหลักทั้งหมด 7 คำถาม หลังจากนั้นแต่ละคำถามจะลื่นไหลไปตามบริบทที่ผู้ให้ข้อมูลให้สัมภาษณ์ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด มีความยืดหยุ่นในการสนทนาที่เกี่ยวกับการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยแนวคำถามได้รับการแนะนำและการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีคำถามดังนี้

1.1 กรุณาเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอดและปัญหาที่ท่านพบระหว่างการเจ็บป่วย

1.2 ท่านมีปัญหาด้านร่างกายระหว่างการรักษาโรคนี้อย่างไร ท่านปรับตัว หรือแก้ไขอย่างไร

1.3 ท่านมีปัญหาด้านความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองระหว่างการรักษาโรคนี้อย่างไร ท่านปรับตัวหรือแก้ไขอย่างไร

1.4 ท่านมีปัญหาด้านบทบาทหน้าที่ระหว่างการรักษาโรคนี้อย่างไร ท่านปรับตัว หรือแก้ไขอย่างไร

1.5 ท่านมีปัญหาด้านการพึ่งพาคู่อื่นระหว่างการรักษาโรคนี้อย่างไร ท่านปรับตัว หรือแก้ไขอย่างไร

1.6 ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ช่วยส่งเสริมให้ท่านปรับตัวได้ดี จนทำให้ท่านหายจากโรคนี้ และมีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคในการปรับตัวของท่าน

1.7 ท่านต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติมอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สัมภาษณ์หรือไม่อย่างไร

2. แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ประกอบด้วย วันที่สัมภาษณ์ หมายเลขสัมภาษณ์ สถานที่ เวลา ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ความพร้อมของผู้สัมภาษณ์ บรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ และความสอดคล้องของสิ่งดังกล่าว ปัญหา และอุปสรรคในการสัมภาษณ์ แนวทางการแก้ไขปัญหา และอุปสรรค รวมถึงสิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม

3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว และสูติยาวัณโรคปอด

4. ตัวผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ อยู่โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคทั่วไปรวมถึงผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีประสบการณ์ 7 ปี และมีการเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล โดยผ่านการเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปฏิบัติการทางการพยาบาล (Qualitative and action research in nursing) ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 3 หน่วยกิต รวมทั้งได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากตำรา เอกสารทางวิชาการ และผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเรียนรู้ และทำความเข้าใจถึงหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งก่อนการศึกษาจึงได้ฝึกฝนประสบการณ์ในการสร้างแนวคำถาม ฝึกการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ จำนวน 2 คน

5. อุปกรณ์บันทึกเสียงสำหรับบันทึกการสัมภาษณ์จำนวน 1 เครื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความถูกต้อง และความเหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้ เก็บรวบรวมข้อมูล และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย จำนวน 2 ราย เพื่อเป็นการศึกษานำร่อง และเพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เริ่มเก็บข้อมูลเมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ P3-0181/2564 ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มเวชปฏิบัติด้านการพยาบาล และพยาบาลกลุ่มงานดูแลและควบคุมวัณโรค เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขออนุญาตเข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ และได้คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามที่กำหนดไว้ จากนั้นให้พยาบาลกลุ่มงานดูแลและควบคุมวัณโรคเป็นตัวกลางในการติดต่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาต จึงได้ติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดใน

การทำวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัย โดยการเข้าร่วมหรือไม่นั้นจะไม่ส่งผลดีหรือผลเสียใด ๆ ในการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยครั้งต่อไป พร้อมทั้งบอกถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผย ชื่อ-สกุล จากนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาต และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทางวาจา จึงนัดหมายกำหนดวัน และเวลาในการพบกันอีกครั้งหนึ่ง โดยสถานที่ที่เลือกนั้นจะเป็นห้องประชุมเล็กของโรงพยาบาล ในแต่ละแห่ง ตามพื้นที่ที่ผู้ให้ข้อมูลอยู่อาศัย ซึ่งเป็นห้องประชุมปิดมิดชิด เงียบสงบและไม่มีผู้ใด รบกวน

2. เมื่อผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด จึงเริ่มติดต่อขอความร่วมมืออย่างเป็นทางการ และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จากผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตทำการบันทึกเสียงในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาต ในการจัดบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ ขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการแจ้งผู้ให้ข้อมูล ทราบว่าหากมีข้อมูลที่ขาดตกบกพร่อง ผู้วิจัยขออนุญาตทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีกครั้งเพื่อ ความสมบูรณ์ของข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง หนึ่ง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมจึงให้ลงลายลักษณ์อักษร การยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเริ่มทำการเก็บข้อมูล

3. วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเสียง และเริ่มต้นด้วยการเกริ่นถามข้อมูล ส่วนตัว ตามด้วยการถามถึงประสบการณ์การป่วยเป็นวัณโรคปอด เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่บรรยากาศ ของการสนทนามากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ใช้คำถามที่แคบลงมากยิ่งขึ้น เพื่อนำเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา ด้วยคำถามหลักทั้งหมด 7 คำถาม ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน รวมถึงปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็น อุปสรรค ในการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่าง กัน ซึ่งในขณะที่ทำการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยได้สังเกตท่าทาง และลักษณะของคำพูดของผู้ให้ข้อมูล จด บันทึกในแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อทำการเก็บรวบรวมรายละเอียดเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทาง ในการวิเคราะห์ข้อมูล และในขณะที่ทำการสนทนา ผู้วิจัยได้ตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอด ออกมาอย่างตั้งใจ เมื่อมีข้อมูลที่มีความคลุมเครือ ผู้วิจัยได้ใช้คำถามที่เจาะลึก เพื่อให้เกิด ความกระจ่างของข้อมูล ไม่ทำการวิพากษ์วิจารณ์ ไม่กระทำการเร่งรัดหรือขัดจังหวะ รวมทั้งไม่กระทำ การพูดสอดแทรก ชักชวนให้เปลี่ยนเรื่องที่สนทนา หรือรีบด่วนสรุปแต่อย่างใด แต่กลับเปิดโอกาสแก่ ผู้ให้ข้อมูลได้ทำการถ่ายทอดข้อมูลต่าง ๆ ออกมาจนจบ และกระตุ้นผู้ให้ข้อมูลให้มีอิสระในการ แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์ของตนออกมาขณะสนทนา

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที เพื่อไม่ให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเหนื่อยล้า เมื่อครบกำหนดเวลาจึงหยุดสัมภาษณ์ ก่อนยุติการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลในการสัมภาษณ์เพื่อเน้นย้ำในความถูกต้องของข้อมูล กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไปหากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม

5. ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ หรือกลับจากภาคสนามแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ดำเนินการถอดเทปแบบคำต่อคำทันทีเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่ได้ยิน และค้นหาถึงประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ร่วมกับนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อทบทวนความถูกต้อง เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยใดจึงบันทึกไว้เพื่อนำกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

วิจัยนี้ขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ P3-0181/2564 วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2565 โดยผู้วิจัยได้ยึดมั่นในจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด และคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล และมีอิสระในการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการรักษาสีติของผู้ให้ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือเพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งเสริม และเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ พร้อมทั้งอธิบายสิทธิในการตอบหรือไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สะดวกใจ หรือสิทธิในการขอยุติการให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนของการวิจัยและขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลา ทั้งนี้การตัดสินใจในการให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์จะไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยครั้งต่อไป หรือความเสียหายใด ๆ แก่ผู้ให้ข้อมูล มีการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยเก็บหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และข้อมูลต่าง ๆ ไว้อย่างปลอดภัย

2. ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด แจ้งให้ทราบถึงหัวข้อที่จะทำการสัมภาษณ์ จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงในการสนทนา และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับ โดยการไม่เปิดเผยข้อมูลก่อนได้รับการอนุญาต สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ ใช้สถานที่ที่เป็นห้องประชุมเล็กของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ และมีความเหมาะสมสำหรับการให้สัมภาษณ์ เมื่อการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นลง ไฟล์บันทึกเสียงและเอกสาร

ที่เกี่ยวข้อง ที่มีข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลปรากฏอยู่บนเอกสารภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัยในครั้งนี้ จะถูกทำลายเพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ให้ข้อมูล

3. การเสนอรายงานการวิจัย ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล เพื่อเก็บเป็นความลับ ซึ่งการนำเสนอข้อมูล การอภิปราย หรือการพิมพ์เผยแพร่ จะกระทำเฉพาะในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลกระทำไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย โดยในแต่ละวันหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยประยุกต์ใช้วิธีการของ โคลไลซี (Colaizzi, n.d. อ้างอิงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559)

1. ในขั้นตอนแรก ผู้วิจัยต้องนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์มาอ่านเพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้น ๆ ของผู้ให้ข้อมูล
2. ผู้วิจัยเริ่มที่จะตั้งคำหรือประโยคที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาออกมาให้ได้มากที่สุด
3. นำส่วนที่ได้จากข้อ 2 มากำหนดความหมายให้กับคำ ประโยค หรือ ย่อหน้าที่คิดว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษาและตรงประเด็นที่ศึกษา
4. ผู้วิจัยดำเนินการซ้ำตามข้อ 1-3 สำหรับข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป แล้วนำมาจัดกลุ่มประเด็นต่าง ๆ ถ้าเป็นประเด็นในเรื่องเดียวกันก็จะเก็บรวมไว้ด้วยกันโดยยังไม่ต้องพิจารณาว่าประเด็นใดเป็นประเด็นหลัก และประเด็นใดเป็นประเด็นย่อย ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยต้องตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วย โดยนำข้อมูลที่ตั้งออกมากลับไปตรวจสอบกับข้อความในต้นฉบับด้วย
5. เมื่อได้ประเด็นต่าง ๆ จำนวนมาก และไม่มีประเด็นใหม่ ๆ เกิดขึ้นผู้วิจัยจึงหยุดการสัมภาษณ์
6. ผู้วิจัยพยายามจัดข้อมูล โดยการพิจารณาการจัดหมวดหมู่ให้กับประเด็นเหล่านั้นว่า ข้อความใดควรเป็นประเด็นหลัก และข้อความใดควรเป็นประเด็นย่อยที่อยู่ภายใต้ประเด็นหลัก
7. ผู้วิจัยนำการวิเคราะห์นี้กลับไปสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน

การสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวคิดของ Lincoln, & Guba (1989 อ้างอิงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นเกณฑ์ที่แสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

1.1 มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด และได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคจนครบ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหายขาดจากการเป็นวัณโรคปอด โดยเป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดสุโขทัยและมีประวัติการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลศรีนคร โรงพยาบาลสวรรค์โลก และโรงพยาบาลศรีสัชชาลัย ในจังหวัดสุโขทัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ตรงตามความเป็นจริง ตามประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล

1.2 มีการวางแผนและดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนและกระบวนการตามระเบียบวิธีการวิจัย และให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด วัน เวลา ในการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในประเด็นต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกรอบแนวคิด

1.3 ผู้วิจัยอยู่ในสนามเป็นช่วงระยะเวลาานาน (Prolonged engagement) โดยผู้วิจัยใช้เวลาอยู่กับกลุ่มตัวอย่างนานพอสมควร ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที และก่อนมีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จากผู้ให้ข้อมูล จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูล มีความไว้วางใจที่จะเล่าเรื่องราว และถ่ายทอดประสบการณ์การปรับตัวให้ผู้วิจัยได้ศึกษา

1.4 มีการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ กัน ทั้งการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกัน และการลดอคติจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยทบทวน และตรวจสอบความคิดของตนเอง ไม่นำความคิดตนเองมาตัดสินคำสัมภาษณ์ รับฟังผู้ให้ข้อมูลตามประสบการณ์จริง

1.6 มีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของผลวิจัยอีกครั้งหนึ่งโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

2. ความคงที่ (Dependability) ผู้วิจัยมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ และดำเนินการวิจัยภายใต้กระบวนการวิจัยที่วางแผนไว้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอน

3. การนำไปใช้ (Transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายบริบทของพื้นที่ที่ศึกษาในจังหวัดสุโขทัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด และได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคจนครบ และได้รับการวินิจฉัย

จากแพทย์ว่าหายขาดจากการเป็นวัณโรคปอด รวมถึงวิธีการศึกษา และการดำเนินการวิจัยไว้ อย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทหรือสถานการณ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกันได้

4. การยืนยันข้อมูล (Conformability) ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการเก็บบันทึกไว้ อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ ได้แก่ เทปบันทึกเสียงข้อมูลการสัมภาษณ์ การถอดเทป สัมภาษณ์แบบคำต่อคำและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้รับการฟังซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง มีการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน เพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ และเมื่อพบ ข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน มีการนำกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง มีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง มีการตรวจสอบกับอาจารย์ที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้



บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เป็นเพศชาย 9 ราย และเป็นเพศหญิง 6 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปี 11 เดือน - 69 ปี 11 ราย และอายุอยู่ในช่วง 70 - 79 ปี 4 ราย ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังจำเป็นต้องประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเอง แม้จะอยู่ในช่วงวัยสูงอายุ โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรม 7 ราย รับจ้าง 2 ราย และพักผ่อนอยู่กับบ้านเป็นข้าราชการเกษียณอายุ 5 ราย และไม่ได้ประกอบอาชีพ 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 9 ราย และระดับอุดมศึกษา 6 ราย มีสถานภาพสมรส 13 ราย หย่าร้าง 1 ราย และเป็นหม้าย 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากอยู่ร่วมกับคู่สมรส มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเพียงผู้ให้ข้อมูล 1 รายที่เป็นหม้ายและต้องอยู่คนเดียว ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย ไม่มีโรคประจำตัว แต่ผู้ให้ข้อมูล 7 ราย มีโรคประจำตัวก่อนเป็นวัณโรคปอด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น และผู้ให้ข้อมูลรักษาวัณโรคปอดโดยใช้ยาแนวแรก 14 ราย ยาแนวที่สอง 1 ราย ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	9
หญิง	6
อายุ	
60 – 69 ปี	11
70 – 79 ปี	4
อาชีพ	
เกษตรกร	7
ข้าราชการเกษียณอายุ	5
รับจ้าง	2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	9
อุดมศึกษา	6
สถานภาพสมรส	
คู่	13
หย่าร้าง	1
หม้าย	1
สมาชิกในครอบครัว	
อยู่ 2 คนหรือมากกว่า	14
อยู่คนเดียว	1
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	8
กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	7
การรักษา	
ยาแนวแรก	14
ยาแนวที่สอง	1

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

การปรับตัวเพื่อการรักษาวัณโรคปอดให้สำเร็จนั้น ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประสบการณ์การปรับตัวในระยะที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การจัดการกับอาการและการรักษา 2) การทำร่างกายให้แข็งแรง 3) การรักษาใจให้แข็งแรง มีรายละเอียดดังนี้

การจัดการกับอาการและการรักษา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ ปรับตัวโดยการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ให้เกิดการบรรเทาหรือหายไปของอาการนั้น โดยการไปขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ ใช้ยารักษาวัณโรคปอด ใช้ความอดทนต่อผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรคปอด พบแพทย์ตามนัด และระวังการแพร่กระจายเชื้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ใช้ยารักษาวัณโรคปอด

วัณโรคปอดเป็นโรคที่มีอาการทางตรงต่อระบบทางเดินหายใจ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุเกิดอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุจึงต้องปรับตัวต่ออาการของวัณโรคปอดดังกล่าว ด้วยวิธีไปพบบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาล เพื่อไปรับ การรักษา และนำยามารับประทาน เพื่อให้อาการนั้นบรรเทาและหายจากวัณโรคปอด ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...เริ่มจากไอ ไอแทบทุกวัน ไปฉีดยาแก้อีกก็ไม่เบา แล้วก็มาไออีก แล้วก็หอบ หอบทีนี้ก็ไปโรงบาล เขาก็ฉีดยา พ่นยาให้ แล้วเขาก็ให้ไปตรวจปอด สรุปบอกว่าเป็นวัณโรคปอด ... หมอเลยให้ยามากิน ป้าต้องกินยาไปให้ครบ 6 เดือน ให้จบคอร์ส ... ยาตัวนี้หมอบอกว่าต้องกินไม่ให้ขาดสักวัน ... แล้วฉันนะกินจนหมด กินไม่ให้ขาดสักเม็ด แล้วกินตามเวลาตามหมอบอกเลย ... กินยาโรงบาลสม่ำเสมอมันก็ดีขึ้นมา ไม้อ้อ ไม่หอบ จนหายนี้แหละ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2565)

...ไอหนักเลย แล้วมาหลัง ๆ ก็ตัวอุ่น ๆ เริ่มมีไข้ต่ำ ๆ ... มาเอะใจตอนไอบ่อยตลอดคืนเลย พี่ไม่ได้หลับไม่ได้นอน พี่เลยไปหาหมอเฉพาะทางโรคปอดเลยที่โรงบาลเอกชน ... หมอก็ให้กลับมารักษารพ.ที่บ้าน เขาก็ให้ยาวัณโรคมามากิน กินประมาณสิบเม็ด กินทุกวัน... แล้วกว่าจะหายไอ ก็สองสามเดือนได้อยู่นะ เพราะหมอให้ Codeine พี่มาด้วยมันเลยเบาไอ ... ช่วงมีไข้ก็กิน Paracetamol จังวะ มันเลยดีขึ้น

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2565)

...เริ่มแรกก็ไอแห้ง ๆ เป็นอาทิตย์ ... ก็กินยาเอง ให้ลูกสาวเอายาแก้ไอมาให้กิน เพราะลูกสาวผมก็เป็นพยาบาล... หลัง ๆ เริ่มมีเสมหะ ละครันเปลี่ยนสีเป็นสีเข้ม ๆ เหลือง ๆ แล้วมีเหน้อยด้วย ผมเลยกลัว ผมเลยไปตรวจที่โรงพยาบาล แล้วก็เจอว่าเป็นวัณโรคเลย ... หมอให้ยามากิน ... กิน 6 เดือนพอดีไม่มีเพิ่ม ผมกินยาทุกวัน ... ผ่านไปสักเดือน สองเดือน อาการไอ เหนื่อยอะไรเริ่มหายไปละ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, สัมภาษณ์, 7 กรกฎาคม 2566)

...เริ่มแรกที่ป่วยก็ไอ ไอเยอะเลยคะ ไอจนเหนื่อย จะนอนก็ไอ จะกินก็ไอ แล้วเรารู้สึกเพลีย รู้สึกเหนื่อยคะ ทำอะไรไม่ได้เลย ทีนี้ก็ไปหาหมอที่คลินิกก่อน เค้ก็ให้ยาแก้ไอมา กิน ก็เบาลง ... แต่ก็ยังไม่หาย หลานเห็น เลยพาเราไปโรงพยาบาล หมอบอกเป็นวัณโรค ทีนี้เขาก็ให้อนโรงบาล ให้เริ่มกินยา กินยาต้องตรงเวลา ห้ามขาด ห้ามลืมนะ กิน 6 เดือนจะจนเราหายมาได้ ก็ไม่ไอแล้วคะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 11 สิงหาคม 2566)

...ไอ ไอไม่ไหวแล้ว ไอเสลด (เสมหะ) ... ไอทีด้วยเลย หายใจ ไม่ทัน พ่นยาเอา แต่ไม่ดีขึ้น ... ลูกมันพากันอุ้มไปโรงบาล หมอเขาก็จับตรวจเลย x-ray ให้ บอกยาย ปอดมีจุดนะ ยายป่วยเป็นวัณโรคนะ ... เอายาให้เรามากิน เป็นกำ ๆ ฉันทก็กินหมด ... กินเป็นครึ่งค่อนปี ... แล้วก็ ให้ยาพ่นเวลาหอบ พอไอหอบฉันทก็พ่น ... มันก็ดี แต่พอกินยาวัณโรคนี้ไป สักสองสามเดือนก็ไม่ไอ ไม่หอบนะ มันดีขึ้น

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 12 สิงหาคม 2566)

2. ใช้ความอดทนต่อผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรคปอด

ผลข้างเคียงจากยารักษาวัณโรคปอดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ความอดทน และแม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะปรับตัวโดยการรับประทานยา หรือ ทายาเพื่อบรรเทาผลข้างเคียง แต่แล้วอาการนั้นยังคงอยู่และไม่หายไป จะส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุเกิดการปรับตัวใหม่ โดยใช้ความอดทน เพื่อผ่านพ้นความจากความทุกข์ทรมาน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...ผื่นมันขึ้น ก็บอกหมอเขา เพราะหมอบอกเขาถามว่ากินยาแล้วเป็นยังไง ก็บอกหมอเขาไป คือมันคันละมีผื่นขึ้น แดง ๆ ท้วตัว ปื่น ๆ นะ ... หมอเขาก็บอกน่าจะเป็นที่ยาแล้ว ละลุง มันเป็นผลข้างเคียง เขาก็ให้ยามากิน มาทา กินยาละมันก็เบาเหมือนกันแหละ แต่มัน

ไม่ได้หายไปหรอกนะ ... ก็ทนจนเข้าเดือนที่ 3 จำได้ หมอเขาบอกอย่าเกา ยิ่งเกายิ่งคัน
เราก็ต้องห้ามเกา แบบยังใจไม่เกา ก็ยากนะ แต่ก็ต้องอดทน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 5 กันยายน 2566)

...พอเริ่มกินยา ยาเริ่มออกฤทธิ์ มันปวดขา ไปไหนไม่ได้เลยเด้อ หมอเขาบอกมา
จากยา ... ให้หลานช่วยพาเข้าห้องน้ำ พาไปไหน เดินไม่ไหวINGTONั้น ... หมอบอกว่า
ยาวิธโรคนี้นะทำให้ค่าเก๊าท์มันขึ้น หมอให้กินยาเก๊าท์ ปวดก็ต้องทน แล้วห้ามกินชะอม
ห้ามกินยอดผัก ยอดกระถิน ห้ามกินหน่อไม้ ห้ามกินไก่ เครื่องในหมดเลย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 9 กันยายน 2566)

...พอกินไปชุดแรกนั้นแหละ แล้วก็เริ่มคันเลย คันขนาดที่ว่าเราเกาจนเป็นแผลทั่ว
ตัวเลย คันจนนอนไม่ได้เลย คันประจำใจ ... ไปหาหมอ เขาก็ให้ยาแก้คันมาแค่นั้น มันก็ไม่
หายคัน ผมต้องไปซื้อยามาภายนอกมาทาแก้คัน ... ก็เบาหน่อย พอนอนได้ แต่ก็ยังคันนะไม่ใช่
ว่ามันจะหาย จนยาหมดแหละ ก็ทนเอา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

...ที่ปวดแขนมากเลย แต่เราก็คิดในใจว่าเราก็ต้องทนนะ เพราะปรึกษาห้องยาแล้ว
เขาก็บอกมันเกิดจากยานะ ... ทายานวด ซั่วยานวดร้านน้องเภสัชทา ทาทุกวันช่วงที่ปวด
นะ มันก็เบาลงมาแต่มันไม่หาย ... คือที่ปวด ... ที่เลยต้องทนนั้นแหละ ... ตอนนั้นคือ
ทรมานสุด ๆ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, สัมภาษณ์, 16 มีนาคม 2566)

...รู้สึกอยากอาเจียนตั้งแต่แรกเลยที่เรากิน แต่หมอบอกว่าให้เรากิน เขาบอกว่าเป็นอาการข้างเคียงนะ เขามียาแก้คลื่นไส้ให้ เรากิน เราก็อิ่มดีขึ้น แต่มันก็จะมีพะอืดพะอม แน่น อาเจียนก็มีแต่น้ำลาย อาการไม่ได้หายไปเลย ... ก็ทนจะ ทรมานมาก แต่ก็ต้องทนจะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 11 สิงหาคม 2566)

3. พบแพทย์ตามนัด

การมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมารับยาอย่างต่อเนื่อง และให้แพทย์ได้ประเมินอาการ การรักษา การรับประทานยา และติดตามผลการตรวจเสมหะของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุต้องปรับตัวในเรื่องดังกล่าว ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...ผมก็ทำตามหมอบอกทุกอย่าง ให้ผมเอาเสมหะไปส่ง ผมก็ทำตาม ทุกอย่าง ไปหาหมอไปตรวจ หมอนัดผมก็ไป ... นัดไปเอายา ... นัดก็ครั้งผมก็ไปหมด ไปจนจบนั่นแหละ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 26 กุมภาพันธ์ 2566)

...ไปเอายาไปตรวจ หมอนัดผมไปหมด ไม่เคยขาดนัดเลย ... ไม่ไปก็ไม่มียากินสิ เขาจัดยาให้เราตรงกำหนด ถ้าไม่ไปเอา ยาก็หมด เราก็อายุ ... ขาดไม่ได้หรอกยา ถ้าขาดจะดี้อยา เดียวไม่หาย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, สัมภาษณ์, 7 กรกฎาคม 2566)

...กินเป็นครั้งก่อนปี เทียวไปหาหมอยู่งั้น เขาก็นัดเรื่อย ฉันทก็ไป ไปเอายากิน ... เขาก็ไม่ได้ให้ทำอะไรนะ ไปถึงยื่นบัตรรอคิว ... มีเจาะเลือด x-ray

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 12 สิงหาคม 2566)

...(พยาบาล) บอกให้ไปตรงนัดนะ ป้าต้องมาเอายา มาตรวจ ห้ามขาด ถ้าขาดหยุดยา ป้าจะไม่หาย ฉันทก็พอมินัด ก็ให้ลูกสาวมันพาไป

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2566)

...หลังจากนั้น ออกจากโรงพยาบาล (แพทย์) เขาก็ให้เทียวไปเอายา ไปตรวจตามที่เขานัดแหละ ผมก็ไม่ขาด

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2565)

4. ระวังการแพร่กระจายเชื้อ

วัณโรคปอดเป็นโรคที่สามารถติดต่อไปสู่บุคคลอื่นได้โดยการแพร่กระจายเชื้อผ่านทางอากาศ จากการ ไอ จาม การสัมผัสเสมหะ บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องเน้นย้ำการแยกผู้ป่วยจากบุคคลในครอบครัว การใช้สิ่งของร่วมกันที่จะนำไปสู่การแพร่กระจายเชื้อได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ ต้องปรับตัวเรื่องระวังการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนในครอบครัวและคนรอบข้าง เช่น ใส่หน้ากากอนามัย การแยกรับประทานอาหาร และการแยกนอน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...(แพทย์) เขาบอกว่าให้แยกกันนะ อยู่แยกกัน ฉันก็บอก เอ่ คุณหมอ บ้านฉันมันแยกกันไม่ได้หรอก มันก็นอนบ่อนเดียวกัน แต่มึงใครมึงมัน ฉันจะทำไมตั้งนั้นนะ เขาเลยบอกว่าให้ใส่แมสนะ ต้องใส่ให้ติด ... เขาบอกว่าต้องใส่แมสทุกคนนะ เด็กติดง่ายนะยาย ต้องระวัง ฉันก็เลยใส่ ... มึงใครมึงมันจะ ฉันก็นอนบ่อนฉัน เขาก็นอนกันของเขา หัวเรื้อนท้ายเรื้อน ... ภาชนะทุกอย่างนะ แยกเป็นของฉันเลย เขาไม่ให้รวมกัน เขาบอกมันจะติดฉันก็ได้กินรวมกับใครเขา ถือเอาว่า ถ้วยใครถ้วยมัน ช้อนใคร ช้อนมัน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 12 สิงหาคม 2566)

...หมอก็แนะนำ บอก พี่ อันนี้มันติดกันง่ายเนอะ ถ้วยจานช้อนอาหารต้องแยกกัน ... แล้วพอเรากลับบ้านก็ต้องกักตัว แยกห้องนอน กินอาหารนี่นะ ก็ต้องแยกถ้วยแยกจานแยกช้อน กับข้าวทั้งหมดเลย ... แฟน (ภรรยา) เขาก็ทำกับข้าวหม้อเดียวกันแหละ แต่ก็ตักแยกของใครของมัน เข้าห้องน้ำก็คนละห้อง บ้านก็มีสองห้องอยู่แล้ว ... นอนก็แยกคนละห้อง จะนอนห้องใครห้องท่าน เขาก็จะนอนของเค้า เราก็นอนของเรา คนละห้องกัน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2565)

...หมอก็แนะนำ ให้กินอยู่แยกกันนะ ลุงแยกถ้วย แยกชาม นอนก็แยกกันเลย เขาอนบนบ้าน เรากางมุ้งนอนล่างบ้าน แยกกันหมด ไม่ให้มายุ่งเกี่ยวกับเราเลยตอนนั้นนะ ... นอนกินนอนคนเดียว ไม่ระรานกับใคร ผมงกินนอนตรงนี้ ... บ่อนของผม ผมไม่เคยยุ่งเกี่ยวกับเขา ... เวลากิน เขาก็เอาถ้วยเอาจานอะไรต่ออะไรให้เราต่างหาก ... เอามาวางไว้แล้วเรากินของเรา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2565)

...หมอนแนะนำอะไร ก็ทำตามหมด เมียเขาก็จัดให้ตามหมอบอก กินช้อนแยก จานแยก น้ำก็แก้วแยกกันครับ เพราะกลัวจะติดเมีย กินข้าวก็ช้อนใครช้อนมัน ละมีช้อนกลางด้วยครับ ... นอนแยกมุ้งครับ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 26 กุมภาพันธ์ 2566)

...ตื่นเช้าผมก็ไปขับรดใต้ ... แต่ปิดปากปิดจมูกครับ ใส่แมสครับ ตลอดครับ ไม่ให้ขาดเลยครับ หมอเขาบอกให้ใส่ครับ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2565)

การทำร่างกายให้แข็งแรง

ผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุมีการปรับตัวเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีกำลังเพิ่มขึ้น และหายจากโรคแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร เพิ่มการพักผ่อน และเลิกบุหรี่ และเครื่องตีมแอลกอฮอล์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร

ผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุปรับตัวให้ร่างกายแข็งแรง โดยการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร ทั้งการเพิ่มอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย หรือการรับประทานอาหารเสริม ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...มันเปลี่ย ข้าวก็กินไม่ได้ ... กินข้าวไม่ได้ก็แยเลย น้ำหนักลด 12 กิโล ... บางคนเขากินข้าวต้มเข้าเย็น แต่เรากินไม่ได้ เลยกินพวกขนม กินเป็นแบรนด์รังนกมั้ง เอนซัวร์มั้ง ... อย่างเอนซัวร์เหมือนกัน เราไม่อยากกิน แต่เราก็ต้องกลืนใจตีม ... เราก็ต้องกินเพื่อสุขภาพของเรา จะได้แข็งแรง แล้วก็แบรนด์ไม่เคยเว้นสักวัน ตั้งแต่ 6 เดือน กินประจำวันนึงขวดถึงสองขวดเลย จะได้มีแรง

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2565)

...กินนมงดตำ กินทุกอย่างอะที่เป็นอาหารเสริม ... เป็นกาแฟเพื่อสุขภาพ นมงดตำ ซื่อทีก็ทีละลัง ก่อนนอนเราก็เอาละ คีนละกล่อง ... (ภรรยา) เขาบอกเราพอม เราก็กิน เขาซื้อมาเราก็กิน ... และลูกสาวนะ เขาจะ search หา แล้วก็โทรบอกแฟน ว่าต้องกินอันนั้นอันนี้ แล้วก็โอนเงินมาให้ ... นมงดตำ เขาบอกมันดี กินแล้วแข็งแรง เราก็กิน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2565)

...พี่รู้นะ เหมือนเราป่วยเนอะ เราต้องการโปรตีนไปเสริมสร้างร่างกาย ซ่อมแซมเรา ไง เราจะได้แข็งแรง และพี่กินไข่ขาวจ๊ะ กินเยอะเลยละ ... กินวันละ 2-3 ลูกจ๊ะ ... แล้วตอนนั้นพี่กินโปรตีนสังเคราะห์ด้วย ... มันเลยน้ำหนักเพิ่มขึ้นมา ... พี่กินแล้วรู้สึกดีนะ เราารู้สึกว่ากินแล้วเหมือนมันแข็งแรงขึ้น เพราะน้ำหนักเราก็ขึ้นด้วยจ๊ะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2565)

...กินอะไรก็ไม่ค่อยได้ ... กินข้าวไม่ค่อยได้อยู่แล้ว น้ำหนัก 35 โลเอง กินได้แต่ผลไม้ ... จะกินเป็นกล้วยน้ำว้า ส่วนส้ม จะกินเป็นส้มเขียวหวาน เขาว่ามันดี เพิ่มน้ำหนัก ผมก็กิน ... ก็คิดว่ามันเพิ่มน้ำหนัก มันได้วิตามินซีช่วยให้เราหาย ... กินแล้วรู้สึกมีแรง มีน้ำหนักครับ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 5 กันยายน 2566)

...ลูกสาวซื้อสกีอตรังนมาให้ครับ ... กินแล้วมันสดชื่น ชื่นใจครับ ... และนมครับ ซื่อนมกินเรื่อยครับ นมเปรี้ยวบ้าง นมจืดบ้างครับ ใครซื้อมาให้ผมก็กิน กินแล้วมันก็มีกำลังครับ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2565)

2. เพิ่มการพักผ่อน

ผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุจะมีการปรับตัวให้ร่างกายแข็งแรง โดยการเพิ่มการพักผ่อน ทั้งเพิ่มเวลาการนอนให้มากขึ้น และเพิ่มเวลาการพักผ่อนในช่วงกลางวัน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...ไม่ได้ทำอะไรครับ ก็นอน ดูโทรทัศน์อะไรไปเพราะไม่ได้ไปไหน เพราะว่าใหม่ ๆ เลยตอนนั้นไม่กล้าขี่รถ กล้วยไปล้ม หน้ามืด มันจะล้มอะไรจี้ ก็ไม่ไป ... นอนดูโทรทัศน์ แต่ก็ได้ทำอะไร นอนไปนอนมาเดี๋ยวก็หลับ ... มันไม่อยากจะทำอะไร นอนอย่างเดียว มัน

เหนื่อย มันยังงั้น มันไม่มีแรงอะ ก็ต้องนอนเอาแรง นอนให้เราแข็งแรงขึ้นก่อน พอมีแรงก็จะ
ได้ลุกไปทำอย่างอื่นได้

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 26 กุมภาพันธ์ 2566)

...แล้วออกไปทำสวนนี่นะถ้าถึงกลางวันปุ้ปเราก็จะงีบ ขอสักหน่อย กลางวันนะ
10 นาที 15 นาที ห้ามใครกวน ขอให้ได้งีบ ... เพิ่งงีบ ตอนมาป่วยนี่แหละ ของงีบชนิดนี้
ถ้าไม่ได้งีบนะมันหงุดหงิด เหมือนทำให้เราได้พัก ให้ร่างกายเหมือนกับว่ามีกำลัง มีแรง

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2565)

...ตอนป่วยใหม่ ๆ นี้นอนอย่างเดียว พอหลัง ๆ มาเราเริ่มดีขึ้น แข็งแรงขึ้น เราก็มี
นอนงีบกลางวันบ้าง นอนให้มันสดชื่นจะ ... เหมือนร่างกายเราได้พัก พอได้นอนแล้วตื่นมา
เราก็สดชื่น มีแรง มีกำลัง ป้ารู้สึกช่วยให้เราแข็งแรงขึ้นนะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 11 สิงหาคม 2566)

...กลางวันพีกก็ปลุกต้นไม้ ทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ พอหลังทำพีกก็ต้องกลับมานอนพัก
มันเหนื่อย ... ก็นอนเอา เหมือนนอนเอาแรง ขอให้ได้พัก ร่างกายจะได้พัก เพิ่มแรง
เพิ่มความกระปี้กระเป่าเราหน่อย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2565)

...คือช่วง 2-3 เดือนแรก พื้ไม่ได้ขายเลย ... บางวันพื้ก็นอน ไม่ได้ทำอะไรมาก นอน
ให้ร่างกายเราฟื้นฟู แข็งแรงก่อน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, สัมภาษณ์, 16 มีนาคม 2566)

3. เลิกบุหรี่และเครื่องตีมแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ มีการปรับตัวให้ร่างกายแข็งแรง โดยการเลิกบุหรี่และ
เครื่องตีมแอลกอฮอล์ ซึ่งบุหรีมีสารทาร์และนิโคตินส่งผลทำลายปอดโดยตรง และเพิ่มอาการของ
วัณโรคปอดให้รุนแรงขึ้น ส่วนเครื่องตีมแอลกอฮอล์ มีผลยับยั้งฤทธิ์ของยารักษาวัณโรคปอด
ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุจึงปรับตัวโดยการเลิกสิ่งเสพติดดังกล่าว ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...ไม่เอาละนะ พวกเหล่าบุหรี ไม่แตะเลย ... เวลาสูบ (บุหรีมวนเอง) มันไอ ไอเยอะ ที่นี้ก็ทิ้งเลย ... เราต้องดูแลร่างกายเรามากกว่าให้มันแข็งแรง เหล่าบุหรีมันเสียร่างกาย ก็หยุด เราจะได้อยู่กับลูกกับเมียได้นาน ๆ ใจ เพราะว่าหมอตื่นแล้วเราไม่เชื่อหมอ เราไม่รักตัวเองแล้วใครจะรักเราละ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2565)

...(แพทย์) ให้ไปเลิกยาสูบ ... ก็เลิกเลย ไม่สูบเลย ... เขาให้ไปนั่งคุยในห้อง (คลินิก เลิกบุหรี) บอกยาย เลิกนะ ต้องเลิก ไม่งั้นยายจะป่วย ยายจะแย่อยาเอา ... ไปโรงพยาบาลที่ เขาก็ให้ไปคุยที่ คุยจนเบื่อ ลูกฉันก็เอาหนีไปซ่อน มันเอาไปทิ้ง ฉันก็ไม่ได้สูบ ... ที่แรกก็อยาก ... มันก็อดไปตัวเอง ... เขาบอกว่าถ้าเลิกบุหรีได้ปอดจะแข็งแรง ร่างกายเราจะแข็งแรง ก็เชื่อเขา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 12 สิงหาคม 2566)

...บุหรีก็สูบทุกวันครับ ที่นี้หมอให้งด ผมก็งดครับ ... แล้วก็เหล่า ยาสูบนี้ ไม่เอา ไม่แตะต้องเลยครับ 6 เดือน ... หมอบอก ... แล้วผมก็คิดอะ กินเหล่าสูบยา แล้วกินยา ไม่ได้ผลครับ ถ้ายังกินต่อ สูบต่อร่างกายก็ไม่แข็งแรง สู้กับโรคไม่ได้ครับ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2565)

...(บุหรี) เครียด ๆ เราก็สูบ เหมือนมันชิน อยู่ว่างก็ต้องหาสูบ ก็ตั้งแต่เป็นวัณโรคก็ ยังเลยครับ ... (สุรา) ก็ยังเหมือนกัน พอป่วยก็ไม่เอาแล้ว เราต้องยังละ เราอยากหาย อยากแข็งแรง เราก็ต้องยัง

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2565)

...ห้ามกินเหล่า เขาให้หยุดเลยทั้งเหล่าทั้งบุหรี ... ก็เลิกขาด ... เมียห้าม หมอก็ห้าม หมอทั้งโรงพยาบาลทั้งอนามัยเลย สั่งหยุดเลยแหละ ไม่งั้นไม่หาย ผมก็หยุดตามเขาว่าจะได้หาย มีแรงทำงานหาตั้งอย่างเก่า

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 9 กันยายน 2566)

การรักษาใจให้แข็งแรง

ผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุ มีการปรับตัวโดยทำจิตใจให้เข้มแข็ง ลดความเครียด เพื่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ทำกิจกรรมผ่อนคลาย หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และเชื่อมั่นในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ทำกิจกรรมผ่อนคลาย

การทำกิจกรรมผ่อนคลายของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุ เป็นการปรับตัวเพื่อลดความเครียดต่อการเป็นโรคปอด และเป็นกิจกรรมยามว่างจากการพักผ่อน ผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุมักทำกิจกรรมตามความชอบของตนเองเพื่อผ่อนคลาย เช่น การดูข่าวโทรทัศน์ การดูภาพยนตร์ การฟังเพลง และการออกกำลังกาย ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...ก็คือการใช้ชีวิตของเรานั้นแหละ คือว่าเรามีความสุขในการใช้ชีวิต เราชอบดูซีรี่ย์ เราก็ดูไปอะไอย่างนี้ ... เราก็เป็นคนติดซีรี่ย์ ... ดูซีรี่ย์เกาหลีไง หนึ่งเกี่ยวกับพวกหมอมั่งอะไรมั่ง ดูให้ผ่อนคลายไม่คิดเรื่องป่วย จะเครียดก็เครียด แปปเดียวอะไอย่างนี้ ไม่เครียดมาก เราเจอเรื่องเครียดมาก็หลายเรื่องแต่เราก็ ขจัดมาได้หมดอะไอย่างงี้ไง ประเภทว่าไม่เก็บหมักหมมไว้

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, สัมภาษณ์, 16 มีนาคม 2566)

...ตอนป่วยก็ไม่ไ้ทำอะไรมาก อยากเข้าสวนไปดู มันก็ไม่ให้ไป ให้เรานอน เราก็นอน นั่ง ๆ นอน ๆ ดูทีวีมั่ง ฟังวิทยุมั่ง มันเหงาเนอะคุณหมอ ... อย่างเด็ก ๆ ไปโรงเรียน มันเข้าสวนกัน ฉันก็ไม่ทำไร นอนฟังวิทยุอยู่ล่่างบ้านนี้แหละ ฟังเพลิน เราอยู่คนเดียวไง ... มันคลายเครียด

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 12 สิงหาคม 2566)

...ผมดูหนังฟังเพลง งานมันทำไม่ได้ เหมือนเราว่าง พอว่าง ๆ ก็เลยดูหนัง เปิดเพลง เข้าคอมเปิดเพลงฟัง แล้วก็นอน ไม่ค่อยได้ทำไร หน้าบ้านมีแหงไม้เนอะ ก็นอน เปิดเพลง ฟังเคลิ้ม ๆ ไม่ได้คิดมาก เหมือนเราผ่อนคลายไปในตัว

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2566)

...ผมว่าเล่นบอลนี้แหละ มันช่วยให้ร่างกายเรารู้สึกแข็งแรงจริง ๆ ... เหมือนเราสนุก เราได้ผ่อนคลาย แล้วมันไม่ต้องมาคิดมาก ว่าเราจะหายเมื่อไร เราจะแพ้ยาไหมนั่นนี่

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, สัมภาษณ์, 7 กรกฎาคม 2566)

...ก็มี มานอนดูทีวีดูข่าว ฟังเพลงอะไรเราไป แฟนเขาซื้อลำโพงบูลรูทมาให้ไง ก็เปิด ฟังเราไปเรื่อย เหมือนเราปล่อยอารมณ์ ไม่ให้เราเครียดไปวัน ๆ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2565)

2. หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ผู้ป่วยวัดโรคปอดสูงอายุมีการปรับตัวโดยทำจิตใจให้เข้มแข็งโดยการหาสิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ เช่น ใช้หลักศาสนาพุทธเข้ามาช่วยทำให้ปลงได้ จิตใจสงบ สบายใจเหมือนมีที่พึ่ง ดังคำบอกเล่า ที่ว่า

...ตอนใส่บาตรนะ ก็กรวดน้ำให้เจ้ากรรมนายเวร ขออย่าให้เจ็บ อย่าให้ป่วยขอให้ หายป่วยจากโรคนี้แหละ ... ฉันก็สวดมนต์นอน บอกหลวงพ่อบุญชินราช บอกพ่อขุนแม่ ย่าว่าขอให้ลูกข้างหาย ไม่อยากเจ็บไม่อยากป่วย ... วัดก็เข้า ทำบุญประจำ ก็ขอพรให้เรา หาย ... ช่วยเราแบบ ไม่คิดมากงั้น ช่วยให้เราเหมือนมีที่พึ่ง แบบเราทำบุญเราก็สบายใจใช้ ไหมละ ... พระนี่นะ ช่วยให้เราที่มีที่พึ่ง ใจเราก็ไม่ตก เราก็ไม่คิดมาก

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2566)

...ผมก็ไม่เครียดครับ ไม่รู้ทำไงได้ เรามาป่วยมาเป็นจี่ ไม่ได้คิดอะไร ก็ภาวนาขอให้ หาย ... ผมก็ได้บ่นบลาอะไร มีแต่ไหว้พระ สวดมนต์ครับ ขอให้หายครับ ... ผมก็สวดมนต์ ก่อนนอนไง ก็ขอให้หาย กินยาแล้วก็สวดมนต์นอน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 26 กุมภาพันธ์ 2566)

...เปิดคลิปฟังพระสวดมนต์ เปิดตำราของพระอาจารย์อ่านมนต์ ... ผมก็ปลงแล้ว เป็น อะไรก็เป็น หายก็แล้วไป เราคิดแบบนี้แล้ว ... ใช้ธรรมะ นี่ละ สงบใจ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

...ไหว้พระสวดมนต์ อันนี้ไหว้ทุกคืน ก่อนนอน แล้วผมไปปล่อยปลา เหมือนปล่อย ความทุกข์ลงแม่น้ำไป ... เหมือนทำให้เราสบายใจ จะได้ไม่เครียด

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, สัมภาษณ์, 7 กรกฎาคม 2566)

3. เชื้อมันในการรักษาของบุคคลากรทางการแพทย์

ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุมีการปรับตัวทำจิตใจให้เข้มแข็ง โดยเชื่อมั่นคำบอกกล่าวของบุคคลากรทางการแพทย์ เชื่อและทำกิจกรรมการรักษาตามคำบอกกล่าวเพื่อให้ตนหายป่วยดังคำบอกเล่าที่ว่า

...หมอเชื่อว่าหาย ไปโรงบาลที่ไร เขาบอกยายสู้นะ มันหาย กินยานะ ฉันท้กิน แล้วก็หายอย่างเขาว่า ... เขาก็บอกว่าให้กินยา มันจะหาย ฉันท้ก้เชื่อ เขาเป็นหมอเนอะ เรียนมาสูง เราก้ทำแบบที่เขาบอก

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 12 สิงหาคม 2566)

...หมอบอกว่ามันหาย ... หมอบอกกินยา ก็หาย แต่กินนานหน่อย ต้องกินยาทุกวัน ไม่ให้ขาด ... พอฟังแล้วก็สบายใจขึ้นมา ... ก็ทำตามเขา เขาให้ทำยังไงก็ทำ รักษา ยังไงก็ทำ เราก้อยากหาย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2566)

...ไม่กลัวครับ โรคนีมันหายได้ครับ หมอก้บอกว่ามันหาย แต่ต้องกินยาให้ครบกินติดต่อกันก็จะหาย เพราะมีคนเขารักษาหายอยู่ ผมก้เชื่อครับ ก็กินยา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 9 กันยายน 2566)

...ต้องหาย กินยาให้หายต้องอดทนต้องแก่ง ถ้ากินยาหมดก็หาย หมอบอก

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 26 กุมภาพันธ์ 2566)

...เพราะหมอบอกว่ากินยาแล้วหาย เลยใจดีขึ้นครับ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2565)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การช่วยเหลือจากครอบครัว 2) การช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

การช่วยเหลือจากครอบครัว

การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุปรับตัว และรักษาหายขาดจากวัณโรคปอด ทั้งการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน การเตรียมอาหาร สนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น อาหาร เงิน และกำลังใจ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...(สามี) เขาก็เก็บมาซักมั่งอะไรมั่ง (เครื่องนอน) ... (สามี) ช่วยทำงานบ้าน กับข้าว ซักผ้า ทั้งหมด ป้าทำอะไรไม่ไหว ไม่ทำอะไรเลย ดีไม่ดีอาบน้ำให้ ลูกี่โคลให้เรียบร้อย เราไม่ไหว เราเหนื่อยเพลีย เขาก็อาบน้ำให้เรา ลูกี่โคลให้เรา แถมเตือนให้กินยาด้วยจะได้หาย ... ก็อยู่สองคนจะอาศัยใครเล่า

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2565)

...(ภรรยา) แพนผมก็จัดการให้หมดเลย คนทำกับข้าว แล้วเขาก็แยกให้ผมหมด ชอบกินอะไรเขาก็รู้หมด จนกระทั่งยา เขาก็จัดให้เรากิน ... เขาก็ดูแลทุกอย่าง ไปหาหมอ เขาก็พาไป คอยเตือนตลอด ไปไหนมาไหนก็เขาแหละ ไปคู่กันตลอดจนผมหาย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2565)

...มันก็ไม่ค่อยมีตั้ง ชีวิตรับจ้างอย่างผม หยุตงานก็ไม่มีจะกิน ... ผมก็ขอตั้งลูกบ้าง ยืมเพื่อนบ้างครับ แล้วมีเค้าแกให้มั่งครับ ... (บุตร) มาบ้าง แต่โทรเอา โทรศัพท์ติดต่อกันเรื่อย ... ส่งเงินให้มั่ง 500 มั่ง 1000 มั่ง แล้วก็มาเยี่ยมมาหา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 26 กุมภาพันธ์ 2565)

...(บุตรสาว) มันก็บอก แม่ไม่ต้องกลัว โรคนี้มันหาย มันเปิดโทรศัพท์ดู เขาว่าต้องกินยา นอนเยอะ ๆ ทำร่างกายให้เข้มแข็ง แข็งแรง ถึงจะหาย มันก็มาบอกเรา พอเย็นมันก็มากับผัวมันแล้ว ซื้อผลไม้ ซื้อนมมาให้กิน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2566)

...น้องสาวผมนี่ห่วงมาก เขาเป็นผู้ช่วยพยาบาลอยู่ปราชญ์ เขาก็จะส่งแมส N95 มาละ ส่งมายกโหล บอกให้ผมใส่ เวลาไปไหน ไปหาหมอ ไปตลาด เขาบอกต้องใส่ ... ลูกสาวก็เอามาให้ เอาจากโรงบาลมา ก็ใส่กันในบ้านทุกคน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2566)

การช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

การได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นสิ่งส่งเสริมและสนับสนุน การปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุ เพื่อมุ่งสู่การรักษาที่สำเร็จ ทั้งการช่วยเหลือด้านการรักษา การตรวจเยี่ยมและติดตามอาการ การสนับสนุนอาหารและอุปกรณ์ที่จำเป็น และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และสิ่งแวดล้อม ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...อนามัย เขาก็มาดูแล เขาก็มาดูที่บ้านเรื่อยแหละ หลังจากออกโรงบาลมา 2-3 วัน เขาก็มาตรวจ มาเยี่ยม มาวัดไข้ วัดความดัน บอกว่าให้กินยาตามที่โรงบาลให้มา ... เขาก็มาหาอย่างดี มาดูทุกอาทิตย์ ลุงเป็นไงบ้าง มาดูมาวัดความดัน ... เขามา เขาก็มาตรวจมา ดูยาให้ คอยเตือนอย่าลืมไปหาหมอที่โรงบาลนะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2565)

...เขาช่วยรักษา ให้ยา กิน ช่วยแนะนำเรื่องนั้นเรื่องนี้ ... เรื่องกิน เรื่องนอน นี่ละจ๊ะ ที่ต้องป้องกัน ... (ทีมสหวิชาชีพ) เขาขึ้นมาบนบ้านเลย มีหลายคน มาบอกให้กินยา มาช่วย เขาก็เดินดูบ้าน บอกให้เปิดหน้าต่าง บอกให้ทำความสะอาดจ๊ะ ... ก็มาช่วยดู แต่มาครั้งเดียว นอกนั้นเราก็ไปหาเค้าที่โรงบาล

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 11 สิงหาคม 2566)

...พวกพยาบาลก็ดีนะ อาทิตย์หนึ่ง หลังออกโรงพยาบาลก็มาดูเราว่าเรา ใส่แมสไหม อยู่บ้านอาการเป็นยังไง ดีหรือยัง แล้วก็มาดูบ้านเรานี่ละ อากาศถ่ายเทดีไหม มาแนะนำมาบอกให้กินยา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

...หมออนามัย เขาก็มาดู เอานมมาให้ เอาแมสมาให้ ... แล้วก็เอาโรมาห้อยไว้ตรงนี้ มันเป็นแผงบ่อนใส่ยา กลัวเราจะลืมกิน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2565)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การป่วยด้วยโรคติดต่อ 2) ความสามารถในการจำลองลง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

การป่วยด้วยโรคติดต่อ

วัณโรคปอดเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อผ่านทางอากาศได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และแยกตัวจากผู้อื่น รวมถึงผู้อื่นก็มักจะแยกตัว ดีห่างจากผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุ เพื่อรักษาความปลอดภัยให้แก่ตน และมองว่าโรคนี้อันตราย เป็นโรคร้าย ผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุจึงมักจะถูกกีดกันจากสังคม ส่งผลให้ลดทอนกำลังใจในการรักษา และจำต้องเก็บตัว ไม่มีอิสระในสังคมซึ่งส่งผลต่อการปรับตัว ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...(เพื่อนบ้าน) เขารู้ว่าเป็น เพราะเขาก็ถึงกัน พอเขารู้นะ ไม่มีใครทัก ใครมาคบหาสมาคมกับเราเลย ... เหมือนกับเขารังเกียจเรา ... จนหายเป็นปีถึงกลับมาคุยกับเรา เราก็ทำใจเลย ขนาดโรงบาลยังไม่ไปเยี่ยม ไม่ถามไถ่เลย พี่น้องก็ไม่เคยมานะ ทำใจเลยเรา ... ใจดำกัน ทำรังเกียจเรา ... เขาไม่คบค้า เราก็อยู่ของเราไป เราไม่เดือดร้อน ไม่ไปบ้านใคร ... แต่ตอนนั้นผมก็ทุกข์ใจเหมือนกันแหละ มันหมดกำลังใจเนอะ จะออกไปเอายา ก็อายเขา ใส่แมสบังหน้าบังตา

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2565)

...แถวบ้านนี่นะ เขาทำที่รังเกียจเราเนอะ ... เอาเราไปว่า ไปประจาน บอกว่าเราป่วยเป็นโรคร้าย โรคติดต่อ เอาไปเล่าให้ญาติเราฟัง ... แรก ๆ เราก็ทุกข์นะ อายไม่กล้าไปไหน ไม่กล้าออกบ้านเลย ... จะไปเอายาโรงบาลก็อาย แอบไปซื้อหลังโรงบาลเอา กลัวมีคนรู้จัก กลัวเขาทัก เกือบไม่ไปเอายาแล้ว ... เราก็ไม่เคยไปว่าเขา ไม่เคยใส่ร้ายเขา แต่เขาก็เกินไป ไปพูดให้คนอื่นรู้ คนอื่นรังเกียจเรา ละเราไม่ใช่คนห่อ เราก็มีหัวใจ เราไม่ชอบห่อแบบนี้

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 5 กันยายน 2566)

...บางคนก็มีที่ท่าว่ารังเกียจเรา ... สมมุติมีงาน แบบไปกินข้าวกัน ถ้าบางคนเขารู้ว่าเราเป็น เขาก็จะออกห่างเรา บอกว่าไปโน้นไปนี่ก่อนนะ เขาจะมีท่าที่อย่างนั้น แต่เราก็ดูออก ... ฉันทะทุกข์ใจเลย มาทำแบบนี้ ... คนเป็นโรคนี้อาจต้องระวังตัวทุกอย่าง ไม่ไปไหน เพื่อ

ความสบายใจของเรา เราต้องทน เพราะทุกคน ต่างจิตต่างใจจะมาให้ดีเหมือนกันทุกคน เป็นไปไม่ได้

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2565)

...บ้านอื่น เขาก็พูดกัน ... บอกเราเป็นโรคไม่ตี บอกอย่ามาอยู่กับเรา บอกกันปากต่อปาก เราก็โกรธนะ เอาเราไปว่า แต่ก็ไม่อยากสนใจ อยู่ใครอยู่มัน ... ก็น้อยใจ ... ใครจะว่าไง จะพูดไง ฉันไม่รู้ละ ก็อยู่ของฉันไป ไม่ไปไหน เข้าแต่สวน ... แต่ก็แอบแค้นเหมือนกันแหละ ... เคยคิดว่าถ้าไม่รักษาซะเลย ปล่อยให้มันติด ๆ กันไปให้หมดจะเป็นไง ทำกับเราตินัก

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2566)

...เราก็ไม่ไปไหน ทนอยู่แต่บ้าน เนี่ยข้างบ้านกันนี่นะ ไม่ถูกกันว้างั้นหะ เขาก็เอาเราไปว่าเสีย ๆ หาย ๆ แต่เราก็ไม่สนใจหรอก ... เราก็ต้องระวังตัว เราไม่ไปหาใคร อยู่บ้านเข้าสวนเราไป ... แต่เราก็ท้อใจเหมือนกัน เราอุตส่าห์กินยาจะหาย เดียวก็ไม่กินซะหรอก ให้มันติด ๆ กันให้หมด

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 1 มีนาคม 2565)

ความสามารถในการจำลดลง

สิ่งที่ลดทอนการปรับตัวเพื่อการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุนั้น คือความสามารถในการจำลดลง เมื่อสูงอายุขึ้นจะเกิดภาวะถดถอยทางด้านสติปัญญา และการรับรู้ มักแสดงพฤติกรรมหลงลืม เช่น ลืมรับประทานยา ดังคำบอกเล่าที่ว่า

...เคยอยู่ ลืมกินยาจริง ๆ เลย แบบพี่ไปรับลูกสาวมั่ง ออกไปหาอะไรกินข้างนอกมั่ง ใจ ก็ลืม นึกได้อีกทีก็อีกวันแล้ว ไม่ก็เที่ยงคืนกว่าแล้ว ลืมแบบ ลืมเลย พี่เลยมีวิธีนับของยากับตีกลองปฏิตินของพี่ใจ เพราะพี่กินเอง ไม่มีใครช่วยดู

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, สัมภาษณ์, 16 มีนาคม 2566)

...จำได้ กินเองหมด ไม่ลืมสักวัน เคยมีเหมือนกันแหละ ไปงานศพ ฟังพระ แล้วลืมนินยา ... ก็ค่อยกินอีกวัน ... ก็ไม่รู้ ก็กินแบบนี้ กินมั่ง ลืมมั่ง นึกได้ก็ค่อยกิน แต่ไม่ค่อยลืมหรอก

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2566)

...ลืมนินยาเหมือนกันแหละ ... หลับไป ตื่นมาสะดุ้งตกใจ อ้าวเรอลืมนินยา เป็น
อย่างงั้นครั้งสองครั้งได้แหละ จากนั้นแฟนผมก็ต้องคอยเตือนเรื่อย กลัวลืมน แล้วผมก็ตีกลง
สมุดเลยทุกวัน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2566)

...มีเหมือนกันแหละ นินยาไปสัก 3 - 4 เดือน คิดว่าเราหายละงัง ไม้ออ ไม้อวบคอ
อะไร แรก ๆ ก็กินบ้าง ลืมบ้าง หลัง ๆ ลืมจนชิน จนเมียต้องเตือนอะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 9 กันยายน 2566)



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ และปัจจัยที่ส่งเสริม และเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ โดยคัดเลือกผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้วิธีการของโคไลซี

สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ประกอบด้วยดังนี้

1. ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักดังนี้
 - การจัดการกับอาการและการรักษา
 - การทำร่างกายให้แข็งแรง
 - การรักษาใจให้แข็งแรง
2. ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ดังนี้
 - การช่วยเหลือจากครอบครัว
 - การช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์
3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ดังนี้
 - การป่วยด้วยโรคติดต่อ
 - ความสามารถในการจำลดลง

1. ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ แสดงให้เห็นถึง พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย ปัจจัยที่สนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุขณะทำการรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยดังนี้

ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ การปรับตัวของผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุขณะเจ็บป่วย เป็นการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านอัตมโนทัศน์ มีเป้าหมายเพื่อหายจากโรค จากการศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งการปรับตัวเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1.1 การจัดการกับอาการและการรักษา ผลการศึกษาพบว่าการปรับตัวของผู้ให้ข้อมูล เป็นการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วยด้วยวัยโรคปอด ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับตัวโดยใช้วิธีไปพบบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อไปรับการรักษา และมีการปฏิบัติตามการรักษาอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้อาการที่เป็นอยู่นั้นบรรเทาและหายจากวัยโรคปอด ประกอบด้วย 4 ลักษณะ ดังนี้

ใช้ยารักษาวัยโรคปอด เมื่อป่วยเป็นวัยโรคปอด จนเข้าสู่ระยะที่แสดงอาการ ผู้ป่วยมักมีอาการ เช่น มีไข้ต่ำ ๆ ตอนบ่าย ๆ ครั้นเนื้อตัว เหงื่อออกชุ่มในตอนกลางคืน ไอเรื้อรัง มีเสมหะสีเหลืองหรือเขียว หายใจไม่สะดวกหรือหอบเหนื่อยง่าย แขนงหน้าอก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วโดยไม่ทราบสาเหตุ (WHO, 2022) ผู้ให้ข้อมูลจึงเกิดการปรับตัวไปพบบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ทำการรักษาด้วยยารักษาวัยโรคปอด และยาบรรเทาอาการไข้ ไอ และหอบเหนื่อย จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นให้ทุเลา และจำเป็นต้องรับประทานยาวัยโรคปอดทุกวัน เป็นระยะเวลา 6 เดือนจนครบสูตรการรักษาถึงสามารถหายจากการเจ็บป่วยนี้ได้

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย พบกับอาการไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย และมีไข้ในบางราย ทุกรายมีการปรับตัวจัดการกับอาการของวัยโรคปอดโดยการไปพบบุคลากรทางการแพทย์ ที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัยโรคปอด และได้รับยารักษาวัยโรคปอดมารับประทาน นอกจากนี้ยังได้รับยาบรรเทาอาการ ไข้ ไอ หอบเหนื่อยร่วมด้วย เช่น Paracetamol เป็นยาลดไข้ Codeine เป็นยาแก้ไอ และยาพ่นลูกเหม็นขยายหลอดลมเมื่อหอบเหนื่อย เป็นต้น ในส่วนของยารักษาวัยโรคปอดนั้น ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะรับประทานยาทุกวัน ทุกชนิดทุกเม็ด จนครบกำหนด เพื่อป้องกันการดื้อยา และให้รักษาสำเร็จ ทั้งหมดเป็นการปรับตัวด้านร่างกายตามทฤษฎีของรอย (Roy, 1999) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางด้านร่างกายในเรื่องการทำหน้าที่ และกิจกรรมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เพื่อเป็นการปรับตัวให้ดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย ให้ตนหายจากอาการที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญพร ปานสุวรรณ (2557) ที่พบว่าผู้ป่วยจะดูแลตนเอง และแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อรักษา และบรรเทาอาการของ

วัณโรคปอดในระยะเริ่มต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร กรองไชย (2559) ที่พบว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพของแรงงานพม่าที่ป่วยด้วยวัณโรคปอด ผู้ป่วยจะพยายามรักษาตนเอง โดยการไปซื้อยามารับประทานเอง ตามอาการ จากร้านขายยา แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์ เพื่อต้องการให้อาการนั้นบรรเทาหรือหายไป

ใช้ความอดทนต่อผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรคปอด ยารักษาวัณโรคปอดมีผลกระทบต่อผู้ได้รับการรักษา การรับประทานยาทุกแนวทาง จำต้องรับประทานทุกวัน ทุกชนิด ทุกเม็ด และตรงเวลา ผู้ป่วยจำต้องอดทนต่อผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น โดยยาแนวแรกที่ได้รับ จะมีผลข้างเคียง ได้แก่ ตับอักเสบ ชาปลายประสาท ผื่น ผิวหนังลอก โลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ปัสสาวะ และอุจจาระมีสีแดงส้ม ปวดข้อจากการสะสมของยูริก และประสาทตาอักเสบ เป็นต้น และยาแนวที่สองจะมีผลข้างเคียง ได้แก่ ตับอักเสบ ปัสสาวะเป็นเลือด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด ชาปลายประสาท สูญเสียการทรงตัว และหูหนวกถาวร เป็นต้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จะเห็นว่ายารักษาวัณโรคปอดส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้สูงอายุหลายระบบ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ได้รับผลข้างเคียงเช่น คลื่นไส้ อาเจียน ทุกวันตลอด 6 เดือน ผื่นคันทั่วร่างกาย และปวดข้อปวดจากการสะสมของกรดยูริก ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะปรับตัวโดยการรับประทานยา หรือทายาเพื่อบรรเทาผลข้างเคียง แต่แล้วอาการนั้นยังคงอยู่ และไม่หายไป ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการปรับตัวใหม่ โดยใช้ความอดทน เพื่อผ่านพ้นความจากความทุกข์ทรมาน เป็นการแสดงออกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องเผชิญ โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นการกลั่นใจ ผื่นทน ยอมรับสภาพความยากลำบากที่ต้องพบ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของรอย (Roy, 1999) ที่กล่าวไว้ว่าการปรับตัวของคนเป็นระบบเปิด ภายในมีการเปลี่ยนแปลงและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกตลอดเวลา การที่ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับตัวใหม่นั้น เพื่อตอบสนองระดับการปรับตัวที่เป็นอันตราย ซึ่งหมายถึงการปรับตัวเดิมนั้นยังไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ จึงมีการพัฒนาสู่การปรับตัวใหม่เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีความมั่นคงในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม คล้ายกับการศึกษาของ Aaron S. Karat (2021) การเปลี่ยนแปลงพลวัตของการรักษาอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นวัณโรคปอด ประเทศอังกฤษ พบว่าวัณโรคปอดและการรักษาด้วยยา ส่งผลต่อผู้ให้ข้อมูล ทั้งอาการที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรมและผลข้างเคียงของยา

พบแพทย์ตามนัด เนื่องจากการรักษาวัณโรคปอด แพทย์จำเป็นต้องติดตาม และ ประเมินการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประสพผลสำเร็จของการหายและไม่เกิดความทุกข์ทรมานจาก ผลข้างเคียงของยา โดยในระยะ 2 เดือนแรก จะทำการนัดทุก 2 สัปดาห์ และหลังจากนั้นจะนัดทุก 1 เดือน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย ให้ข้อมูลว่าไปตามแพทย์นัด ทุกครั้ง และปฏิบัติตามการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยการไปพบแพทย์ตามนัด แต่ละครั้ง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าได้รับการติดตามอาการ ตรวจรักษาจากแพทย์ ได้รับการตรวจปอด เอ็กซเรย์ปอด ตรวจเสมหะ และได้รับยามารับประทาน พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำ และการย้าเตือนถึง ประโยชน์ของการรับประทานยา การดูแลร่างกายตนเองให้แข็งแรง และการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อจากบุคลากรทางการแพทย์เสมอ สอดคล้องกับทฤษฎีของรอย (Roy, 1999) การปรับตัว ด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีการรับความเอาใจใส่และการดูแลจากสังคม เพื่อให้ตนปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และ สอดคล้องกับ ธัญญา พลัปลาทอง (2556) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่ รักษาสำเร็จ พบว่าการที่รักษาสำเร็จนั้นต้องไปตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง และคล้ายกับ วรัญญา พิสิท (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีใน กระแสเลือด ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่าการขาดความรู้ การไม่ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมด้านข้อมูลการนัดหมาย และการขาดรายได้ จะส่งผลสำคัญต่อความร่วมมือในการตรวจ ติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวี ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ และส่งผลเสียต่อการดำเนินไปของโรค จนเกิดการแพร่เชื้อ และเสียชีวิตได้ ดังนั้นการพบแพทย์ตามนัดจึงเป็นสิ่งสำคัญไม่ว่าจะป่วยเป็นโรคใด ก็ตาม

ระวังการแพร่กระจายเชื้อ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูล 10 ราย ให้ข้อมูลว่า ปฏิบัติตามการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์โดยการแยกตัวและสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ กับ ครอบครัว โดยผู้ให้ข้อมูลให้เหตุผลว่า จำเป็นต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ครอบครัวของ ตนเอง และคนรอบข้าง เพราะกลัวเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอดเช่นเดียวกับตน ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูล 1 ราย กล่าวว่าหลานชายอายุเพียง 3 ขวบ ติดวัณโรคปอดจากตน ส่งผลให้ต้องรับประทานยาและได้รับผล แทรกซ้อนจากยาเช่นเดียวกับตน ผู้ให้ข้อมูลรายนั้นจึงเกิดความทุกข์ กังวล และรู้สึกผิดเสมอมาที่มี ส่วนทำให้คนที่รักเกิดโรคโดยไม่ป้องกัน จึงทำให้เกิดการปรับตัวป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่าง เคร่งครัด โดยวิธีการใส่หน้ากากอนามัย การแยกรับประทานอาหาร และการแยกนอน เพื่อลดโอกาส การสัมผัสเชื้อจากคนในครอบครัว ซึ่งเป็นการปรับตัวตามทฤษฎีของรอย (Roy, 1999) ด้านอัตมโนทัศน์ ในส่วนของความคาดหวัง ซึ่งเป็นการรับรู้ต่อตนเองในเรื่องเกี่ยวกับ ความนึกคิด และความคาดหวัง ของบุคคลที่ปรารถนาว่าตนเองจะทำอย่างไร ตลอดจนความคาดหวังของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง

ถ้าเกิดปัญหาบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสะท้อนถึงความรู้สึก หมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต หมดกำลังใจ รู้สึกขาดอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ เช่นผู้ให้ข้อมูลที่แพร่เชื้อไวรัสโรคปอดไปสู่หลายชาย จนหลายชายต้องรับประทานยาและได้รับผลแทรกซ้อนจากยา ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรายนั้นเกิดความทุกข์ และรู้สึกผิด จึงได้มีการปรับตัวโดยการใส่หน้ากากอนามัย แยกรับประทานอาหาร และแยกนอน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลที่ตนรัก สอดคล้องกับ เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์ (2565) ที่พัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดตามมิติสุขภาพ และสังคม ในทัศนสถานบำบัด พบว่าแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือ การแยกตัวผู้ป่วยออกจากสถานที่แออัด และมีการแยกเครื่องใช้จากนักโทษท่านอื่น

1.2 การทำร่างกายให้แข็งแรง ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้ให้ข้อมูลในการทำร่างกายให้แข็งแรง เป็นการปรับตัวด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้มีแรงและกำลังเพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีการเปลี่ยนบริบทการประกอบอาชีพเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน พักฟื้นจากการเจ็บป่วยด้วยไวรัสโรคปอด ประกอบด้วย 3 ลักษณะ ดังนี้

ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย มีการปรับตัวในเรื่องของการรับประทานอาหาร เนื่องจากต้องการเพิ่มความแข็งแรงให้กับ ร่างกาย เมื่อผู้ให้ข้อมูลเกิดการเจ็บป่วยด้วยไวรัสโรค มักเกิดอาการ เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544; WHO, 2021) บางรายน้ำหนักตัวลดมากถึง 10 กิโลกรัมภายในระยะเวลาไม่กี่เดือน ส่งผลให้ต้องหยุดงาน หยุดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำในชีวิตประจำวัน และนอนติดเตียงอยู่บ้านเพราะไม่มีแรง ผู้ให้ข้อมูลจึงได้ปรับตัว หันมาดูแลเรื่องการรับประทานที่มีประโยชน์ และรับประทานอาหารเสริมเพื่อให้มีกำลังมากขึ้น และหวังผลให้น้ำหนักขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผู้ให้ข้อมูลหลายราย เน้นรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นรับประทานอาหารจำพวกโปรตีนจากนมและไข่ คาร์โบไฮเดรตจากขนมปัง และรับประทานผลไม้ที่มีวิตามินซีและกากใยสูงมากขึ้น เช่น กล้วย ส้ม เป็นต้น และผู้ให้ข้อมูลบางรายรับประทานอาหารเสริมจำพวกวิตามินชนิดเม็ด เครื่องดื่มร้งนกสกัด และกาแฟเพื่อสุขภาพ ตามแต่ความเชื่อที่ได้รับมา จากทั้งคนในครอบครัว และคนรอบข้างที่แนะนำอาหารให้รับประทาน ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้กลับมาแข็งแรงดังเดิม โดยการปรับตัวปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารเป็นการปรับตัวด้านร่างกาย ตามทฤษฎีของรอย (Roy, 1999) กล่าวว่า การปรับตัวด้านโภชนาการเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการที่บุคคลได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายที่แสดงถึงการคงสภาพ การมีพัฒนาการและการเจริญเติบโต สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญา พลัปลาทอง (2556) พบว่าการเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายของผู้ป่วยไวรัสโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ โดยการรับประทานจำพวกเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ให้มากขึ้นกว่าปกติ จะช่วยซ่อมแซมส่วนสึกหรอของร่างกาย และเป็นวิตามิน สร้างภูมิต้านทานโรคขณะเจ็บป่วยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ

ธนิศ เสริมแก้ว (2565) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวก่อนเริ่มการรักษา 40 กิโลกรัมขึ้นไป มีโอกาสประสบความสำเร็จในการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 40 กิโลกรัม ดังนั้นการปรับตัว โดยการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้มากขึ้นจะช่วยเพิ่มน้ำหนัก และประสบความสำเร็จต่อการรักษาได้

เพิ่มการพักผ่อน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย มีการปรับตัวโดยเพิ่มการพักผ่อนมากขึ้น ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากวัณโรคปอดส่งผลให้เกิดอาการ เช่น หายใจไม่สะดวกหรือหอบเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย (สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ, 2544 ; WHO, 2021) จึงส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ยอมทำกิจกรรมใด ๆ ในชีวิตประจำวัน บางรายจำต้องหยุดงาน ขาดรายได้ จ้างงานหรือให้ครอบครัวทำงานแทน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผลผลิตทางการเกษตรที่จะต้องขายในรอบปี โดยผู้ให้ข้อมูลปรับตัวทางด้านร่างกาย และปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ เป็นการปรับตัวทั้งสองอย่างในระยะเวลาเดียวกัน ซึ่งรอย (Roy, 1999) กล่าวว่า การปรับตัวด้านร่างกาย เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางด้านร่างกายและสารเคมีต่าง ๆ ในการทำหน้าที่ของระบบอวัยวะโดยรวม ตั้งแต่การทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย เป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย และเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงกระบวนการที่ร่างกายควบคุมและคงสมดุลของการทำกิจกรรมและ การพักผ่อนของร่างกาย และการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนองทางด้านความมั่นคงหรือได้รับการยอมรับในสังคม เป็นการกระทำหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคมและครอบครัว เน้นบทบาทตำแหน่งหน้าที่ของหัวหน้าครอบครัวจำเป็นต้องทำงานเลี้ยงคนในครอบครัว แต่การปรับตัวด้านนี้ ผู้ให้ข้อมูลจำต้องปรับตัวลดบทบาทลง ยอมรับความเจ็บป่วยและให้บุคคลในครอบครัวขึ้นมา มีบทบาทแทนที่ เช่นการให้ลูกทำงานดูแลการเกษตรแทนตน เพื่อให้ตนได้เพิ่มการพักผ่อน ส่งผลช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ได้รับการพักผ่อน เสริมสร้างกำลังกายให้กลับมาทำกิจกรรมต่าง ๆ และหน้าที่การงานได้อย่างปกติเช่นเดิม โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การนอนพักผ่อนจะนอนทั้งเวลากลางคืน และเพิ่มเวลาในการนอนกลางวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญา พลัปลาทอง (2556) พบว่าการนอนพักผ่อนเพิ่มขึ้นเมื่อร่างกายอ่อนแอ จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

เลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย มีการใช้สารเสพติด ได้แก่ บุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนจะเจ็บป่วยด้วย วัณโรคปอดนานมากกว่า 10 ปี โดยผู้ให้ข้อมูล 2 รายมีประวัติการใช้บุหรี่เพียงชนิดเดียว และ 1 ใน 2 รายนี้พบว่าหยุดใช้บุหรี่ทันที เมื่อทราบว่าตนเองป่วยเป็นวัณโรคปอด และทราบโทษของบุหรี่จากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสูบบุหรี่ส่งผลให้ขนพัดโบกในหลอดลมขัดสิ่งแปลกปลอมได้ลดลง และสารพิษในบุหรี่กว่า 4,000 ชนิด โดยเฉพาะสารทาร์และนิโคตินจะกระตุ้นต่อมเยื่อเมือกสร้าง สิ่งคัดหลั่งมากขึ้น

ทำให้ต้องไอบามากขึ้นเพื่อขับเสมหะ และทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของผนังหลอดลม ฤงลม ทำลายเนื้อเยื่อปอด และเป็นสาเหตุของการติดเชื้อทางเดินหายใจได้ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และรณชัย คงสกนธ์, 2556) แต่อีก 1 ราย มิได้หยุดบุหรี่ทันที ยังคงสูบบุหรี่ร่วมกับการรักษาวัณโรคปอดในระยะแรก จนได้รับเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จึงเลิกได้อย่างถาวร และผู้ให้ข้อมูลอีก 4 รายที่เหลือมีการใช้สารเสพติดทั้ง 2 ชนิดร่วมกัน ทั้งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่เป็นเวลามากกว่า 10 ปี ซึ่งทั้ง 4 รายมีการเลิกบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทันทีหลังทราบว่าตนเองป่วยเป็นวัณโรคปอด และทราบโทษของบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคตับ ไม่ว่าจะเป็นโรคตับแข็ง ตับวาย รวมถึงมะเร็งตับ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะไปทำลายเซลล์ของตับ โดยกระตุ้นให้มีไขมันสะสมในตับ จากนั้นตับ จะเกิดการอักเสบ ในกลุ่มคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำจะเกิดการสะสมของพังผืดในตับ ซึ่งเป็นเหมือนแผลเป็น และมีลักษณะแข็ง หากเกิดขึ้นในระยะยาว จะทำให้ตับแข็ง ส่งผลให้การ ทำงานของตับลดลง ตับวายในที่สุด (ทยา กิตติยากร, 2560) ซึ่งตับเป็นอวัยวะที่มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงรูปของยา เมื่อยาถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด เลือดก็จะลำเลียงยามาสู่ตับด้วยเช่นเดียวกัน ตัวยาก็ผ่านตับแล้วจะเปลี่ยนสภาพ อาจจะมีฤทธิ์เพิ่มขึ้น หรือมีฤทธิ์เพิ่มขึ้น และอาจแปรสภาพเป็น พิษต่อร่างกายก็ได้เช่นกัน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มรักษาด้วยยาวัณโรคปอดแล้ว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น สิ่งต้องห้ามเพราะมีผลไปรบกวนการออกฤทธิ์ของยาโดยตรง เมื่อผู้ให้ข้อมูลทราบโทษของสารเสพติด ทั้ง 2 ชนิดจึงได้เลิกในขณะทำการรักษาตัว ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านร่างกายตามทฤษฎีของรอย (Roy, 1999) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางด้านร่างกายในเรื่องการทำหน้าที่และ กิจกรรมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เพื่อเป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย ไม่ให้ร่างกายรักษา ไม่หายจากโรค และร่างกายไม่ทรุดโทรมลงกว่าเดิม คล้ายกับการศึกษาของ ยุพา ชับซ้อน (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้าระบบยารักษาวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงของผู้ป่วยที่รักษาในระยะยาวมีการดูแลตนเองโดยการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เลิกสูบบุหรี่

1.3 การรักษาใจให้แข็งแรง ผลการศึกษาพบว่าการปรับตัวของผู้ให้ข้อมูลโดยการทำ จิตใจให้เข้มแข็งเป็นการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อ และความรู้สึก เพื่อให้ได้มา ซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย 3 ลักษณะ ดังนี้

ทำกิจกรรมผ่อนคลาย จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย มีการปรับตัว โดยการทำกิจกรรมผ่อนคลาย เพื่อช่วยให้ลดความเครียด ความวิตกกังวลจากการป่วยเป็นวัณโรค ปอด โดยการทำกิจกรรมผ่อนคลายนั้นเริ่มมาจาก การหยุดงาน เพิ่มการพักผ่อน เพื่อรักษาตัวอยู่ที่ บ้าน ส่งผลให้เกิดความคิดด้านลบต่อตน ดังนั้นจึงต้องหากิจกรรมผ่อนคลายทำ เพื่อไม่ให้จมอยู่กับ ความคิดด้านลบนั่น ซึ่งรอย (Roy, 1999) กล่าวไว้ว่า การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อ และ ความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเองในช่วงเวลาหนึ่ง เกิดขึ้นจากการรับรู้ในตนเอง และจากปฏิกิริยาของบุคคล

รอบข้าง เป็นการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในเรื่องสุขภาพของตนเอง ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลทุกรายจึงเลือกกรักษาด้านจิตใจของตน โดยการปรับตัวหากิจกรรมผ่อนคลายทำ เช่น การดูข่าวโทรทัศน์ การดูภาพยนตร์ การฟังเพลง และการออกกำลังกาย คล้ายกับการศึกษาของ ปันดดา มะยมหิน (2552) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วย วัณโรคปอดที่รักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ พบว่าผู้ให้ข้อมูลจะทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ไม่เครียดกับโรคที่เป็นไปเรื่อยไปตามธรรมชาติ

หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายนับถือศาสนาพุทธ และผู้ให้ข้อมูล 4 ราย มีความเชื่อด้านศาสนา ใช้ศาสนามายึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อช่วยให้ลดความเครียด ความวิตกกังวลจากการป่วยเป็นวัณโรคปอด ซึ่งรอย (Roy, 1999) กล่าวว่า การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ เป็นการประเมินตนเองด้านร่างกายของบุคคล อันประกอบด้วยคุณลักษณะทางด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย เมื่อใดที่บุคคลรับรู้หรือรู้สึกว่าสภาพร่างกาย และสมรรถภาพของตนเองบกพร่องหรือเปลี่ยนแปลง และไม่สามารถยอมรับได้จะนำมาซึ่งความสูญเสียได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงมีการปรับตัวเพื่อลดความสูญเสีย ความเครียด และความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยในครั้งนี้ จึงมีการยึดหลักศาสนาพุทธเข้ามาช่วยทำให้ปลงได้ ใจดีสงบ สบายใจเหมือน มีที่พึ่ง บางรายอ่านหนังสือ สวดมนต์ ฟังธรรมะ บางรายใส่บาตร ไหว้พระก่อนนอนเพื่อขอให้ผลบุญที่ทำนั้นช่วยให้หายจากวัณโรคปอด คล้ายกับการศึกษาของ สมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ (2564) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในการปฏิบัติกิจกรรมศาสนาตาม ความเชื่อของตน เช่น การสวดมนต์ การทำบุญถวายสังฆทาน การขอโอสถกรรม เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต สร้างความเข้มแข็งในจิตใจ ในการทำความเข้าใจในชีวิต ยอมรับการเจ็บป่วย และคล้ายกับการศึกษาของ วรนุช จันทะบุรณ์ (2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ โดยพระสงฆ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจและเกิดความสบายใจมากขึ้น

เชื่อมั่นในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูล 9 ราย เชื่อมั่นในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ เชื่อมั่นว่าถ้าตนเองปรับตัวปฏิบัติตามการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ จะส่งผลให้หายจากวัณโรคปอด โดยเมื่อเริ่มเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเกิดความเสียใจ ทุกข์ ยอมรับว่าความเจ็บป่วยนี้ลำบาก แพทย์ และพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงต้องให้คำแนะนำ และกำลังใจในการรักษาด้วยคำพูดที่หนักแน่นว่า โรคนี้อาจรักษาหายขาดได้ด้วยการรับประทานยา ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลทุกรายที่ได้รับฟังจึงเกิดความเชื่อมั่นว่า ถ้าตนปรับตัว รับประทานยา และปฏิบัติตามการรักษาจะช่วยให้ตนหายจากวัณโรคปอด ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของรอย (Roy, 1999) โดยกล่าวว่าอัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคงในตนเอง เป็นการรับรู้ต่อตนเองตามความรู้สึกเกี่ยวกับความพยายามในการดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงหรือความปลอดภัย ถ้าหากมีการปรับตัวไม่ได้บุคคลจะแสดงออกในพฤติกรรม เช่น ความวิตกกังวล

ไม่สบายใจ เจ็บปวดทางด้านจิตใจ แต่เมื่อบุคลากรทางการแพทย์เน้นย้ำว่าโรคนี้สามารถรักษาให้หายได้ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ได้รับการตอบสนอง จึงเกิดความเชื่อมั่นในการรักษา

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุขณะเจ็บป่วย เป็นสิ่งสำคัญ และมีความหมายต่อผู้ป่วย เพราะการสนับสนุนนี้ได้จากทั้งครอบครัว เครือญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค จากการศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

2.1 การช่วยเหลือจากครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุปรับตัวได้ และรักษาหายขาดจากวัณโรคปอด ทั้งการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน การเตรียมอาหาร สนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น อาหาร เงิน และกำลังใจ ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น การช่วยอาบน้ำ การเตรียมอาหารให้รับประทาน ช่วยทำงานบ้านแทน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า เป็นต้น นอกจากนี้บุตรของผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่ได้อยู่ร่วมบ้านกัน หรือจำเป็นต้องไปทำงานหาเงินต่างจังหวัด มักจะช่วยเหลือโดยการส่งกำลังใจ โดยการโทรศัพท์ทางไกล หรือการโทรศัพท์ทางไกลด้วยวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชัน ส่งเงินมาจุนเจือเพราะผู้ให้ข้อมูล ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม และส่งอาหารหรืออาหารเสริมมาให้รับประทาน เพื่อช่วยให้ปรับตัวจากการป่วยวัณโรคปอดได้ โดยรอย (Roy, 1999) กล่าวว่าไว้ว่า การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม เป็นการตอบสนองต่อความต้องการ ที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้ได้รับความรัก ความห่วงใย ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และสามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นวิกฤตที่เผชิญอยู่ได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้เกิดการปรับตัว และร้องขอความช่วยเหลือเพื่อให้ตนเกิดความมั่นคงปลอดภัย และได้รับการตอบสนองเท่าที่ต้องการ จึงส่งผลให้การช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้รักษาวัณโรคได้สำเร็จ คล้ายกับการศึกษาของ พิมใจ รุ่งเรือง (2556) ที่พบว่า การปรับตัวของผู้พิการทางการมองเห็นที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาคนอื่นเมื่อจำเป็น และปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการปรับตัวคือ กำลังใจจากครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย ศรีทองธรรม (2560) ที่พบว่า การไม่มีรายได้ระหว่างรักษาวัณโรคปอดตัวยามีผลต่อการรักษาล้มเหลว และการขาดยา การขาดรายได้ระหว่างการรักษานั้น หากผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว และญาติแล้ว ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องออกไปทำงานหารายได้ มาจุนเจือครอบครัว จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการขาดยา และส่งผลต่อการรักษาล้มเหลว

2.2 การช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งช่วยเหลือในการตรวจรักษาตั้งแต่เริ่มป่วย ตลอดจนหายจากโรค ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 4 ราย ได้กล่าวถึงการช่วยเหลือว่า ได้รับการช่วยเหลือด้านการรักษา

การตรวจเยี่ยมและติดตามอาการ การสนับสนุนอาหารและอุปกรณ์ที่จำเป็น และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และสิ่งแวดล้อม เมื่อเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลได้รับการรักษาโดยนอนโรงพยาบาล แพทย์ได้ช่วยให้การตรวจรักษา พยาบาลได้ช่วยดูแลวัดความดันโลหิต วัดไข้ จัดยาให้รับประทาน และแนะนำการรับประทานอาหาร การแยกสิ่งของเครื่องใช้กับครอบครัว การรับประทานยา และเมื่อกลับบ้านมีพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าเยี่ยม ดูแลที่อยู่อาศัย พร้อมแนะนำหลักการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มีการถ่ายเทอากาศที่ดี การใส่หน้ากากอนามัยป้องกันการแพร่เชื้อ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปรับตัว และหายจากวัณโรคได้ โดยรอย (Roy, 1999) กล่าวว่า การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม เป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้ได้รับการแนะนำ ดูแลเอาใจใส่ตรวจรักษา ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เชื่อว่าตนจะหายจากวัณโรคปอดและสามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นวิกฤตที่เผชิญอยู่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน จิตตอน (2561) ที่พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จัดเป็นบุคลากรสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อกลับไปรักษาตัวต่อเนืองที่บ้าน และมีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และยังทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้บริการสุขภาพครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ แก่ผู้ป่วย และครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ กำพรส ดานา (2566) ที่พบว่าพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของควรแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ต้องมีการจัดทำแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และหลังทำแผนการติดตามพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง และผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค และปฏิบัติทักษะการดูแลดีขึ้น

3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุขณะเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอด เป็นสิ่งลดทอนการปรับตัวจากการถูกสังคมนรอบข้างตีตัวออกห่างเนื่องจากป่วยเป็นโรคติดต่อ ส่งผลให้ บั่นทอนจิตใจ นอกจากนี้อุปสรรคสำคัญของผู้สูงอายุคือความจำที่ลดลง ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวเพื่อการหายของวัณโรคปอด จากการศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งปัจจัยที่เป็นอุปสรรค 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

3.1 การป่วยด้วยโรคติดต่อ วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อทางการหายใจ เชื้อจะแพร่จากผู้ป่วยวัณโรคปอดไปสู่บุคคลอื่นทางละอองเสมหะขนาดเล็ก ซึ่งอาจจะเกิดจากการไอ จาม หรือพูด ซึ่งละอองเสมหะเหล่านี้ สามารถมีชีวิตลอยอยู่ในอากาศหลายชั่วโมง และเมื่อมีผู้สูดเข้าไปจะเข้าไปจนถึงถุงลมปอด จะเกิดการอักเสบติดเชื้อมันได้ (ปัญจรัตน์ คำมา และพรนภา ศุภรเวทย์ศิริ, 2562)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ระบุว่าตนป่วยด้วยโรคติดต่อที่นำกลัว ส่งผลให้ต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการใส่หน้ากากอนามัย และแยกตัวจากผู้อื่น รวมถึงผู้อื่นก็มักจะแยกตัว หนีห่างจากผู้ป่วยวัยโรคปอดสูงอายุ เพื่อรักษาความปลอดภัยให้แก่ตน และมองว่าโรคนี้เป็นอันตราย เป็นโรคร้าย ผู้ให้ข้อมูลจึงมักจะถูกกีดกันจากสังคม ส่งผลให้ลดทอนกำลังใจในการรักษา และจำต้องเก็บตัว ไม่มีอิสระในสังคมซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวในการรักษา ผู้ให้ข้อมูลบางรายถูกแสดงพฤติกรรมเชิงลบขณะร่วมโต๊ะรับประทานอาหารในงานบุญ บางรายถูกว่าร้ายและเลิกคบหาเพียงเพราะป่วยด้วยวัยโรคปอด การแสดงพฤติกรรมนี้ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความอาย และความคิดที่จะไม่รักษาต่อเนื่อง ส่งผลต่อการปรับตัวเพื่อรักษาสำเร็จ ซึ่งการป่วยด้วยโรคติดต่อนี้เปรียบได้กับสิ่งเร้าร่วมตามทฤษฎีรอย (Roy, 1999) มีผลกระทบร่วมกับสิ่งเร้าตรงคือการเจ็บป่วยด้วยวัยโรคปอดเช่นเดียวกัน ซึ่งถ้าผู้ให้ข้อมูลรายใดได้รับผลกระทบจากคนรอบข้าง หรือคนในสังคมที่รุนแรง จะส่งผลให้สิ่งเร้าร่วมนี้มีอิทธิพลที่รุนแรง ยากต่อการปรับตัว แต่ท้ายที่สุดผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้ปรับตัวสำเร็จ ผ่านพ้นสิ่งเร้าที่นั่นมาได้ด้วยการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ด้านความคาดหวังตามทฤษฎีรอย (Roy, 1999) ซึ่งเป็นการรับรู้ต่อตนเองในเรื่องเกี่ยวกับความนึกคิด และความคาดหวังของบุคคลที่ปรารถนาว่าตนเองจะเป็นอะไรหรือทำอย่างไร ตลอดจนความคาดหวังของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง ถ้าเกิดปัญหาขึ้น บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมสะท้อนถึงความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิตหมดกำลังใจ รู้สึกขาดอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2561) ที่พบว่าการตีตราส่งผลให้ผู้เป็นโรคเรื้อรัง วัยโรคปอด และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์เข้ารับการรักษาล่าช้า ขาดการรักษา ปกปิดโรค มีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาชีวิตคู่ และปัญหาในการประกอบอาชีพ อันขัดขวางความสำเร็จในงานป้องกันควบคุมโรคในภาพรวม และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ ชูวงศ์ (2562) พบว่า การตีตราของผู้ป่วยวัยโรคปอด หมายถึง ความรู้สึกถูกรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้จากคนในชุมชน ซึ่งความกลัวการถูกตีตรานั้นเป็นอุปสรรคสำคัญในการเปิดเผยตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้การรักษาล้มเหลว

3.2 ความสามารถในการจำลอง ความเสื่อมด้านสมองของผู้สูงอายุ เกิดจากการทำหน้าที่ผิดปกติไปของสมอง อาจเสื่อมด้วยอายุที่มากขึ้น พันธุกรรม หรืออาจเสื่อมจากโรคต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะในสมองส่วนที่ไปเลี้ยงสมองอาจมีไขมันสะสมในเส้นเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง การดื่มสุราเรื้อรัง การบาดเจ็บทางสมอง เป็นต้น (พีรยา มั่นเขตวิทย์, 2551) ส่งผลต่อปัญหาต่าง ๆ เช่น ความจำ (Memory) ซึ่งเป็นกระบวนการรับ เก็บ และเรียกข้อมูลกลับมาใช้เมื่อต้องการ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น (Short-term memory) เป็นความจำที่ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลสั้น ประมาณ 30 – 60 วินาที มักคงอยู่สั้น ๆ ความจำระยะสั้นนี้จะค่อย ๆ หายไปเมื่ออายุมากขึ้น ส่งผลให้หลงลืมง่าย (ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลลฤทธิ, 2564)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูล 4 ราย เกิดการหลงลืมรับประทานยาให้ตรงเวลา บางรายหลงลืมไม่ได้รับประทานยาบ่อยครั้ง จนต้องเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และใช้ยาฉีดยาร่วมด้วย ส่งผลให้การรักษาสำเร็จล่าช้า ความสามารถในการจำลดลงนี้เปรียบได้กับสิ่งเร้าร่วมตามทฤษฎีรอย (Roy, 1999) มีผลกระทบร่วมกับสิ่งเร้าตรงคือการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอด ถ้าผู้ให้ข้อมูลท่านใดหลงลืมบ่อย ไม่จดสมุดบันทึกการรับประทานยา หรือไม่มีครอบครัวคอยช่วยเตือนการรับประทานยา จะส่งผลให้สิ่งเร้าร่วมนี้มีอิทธิพลที่รุนแรง ยากต่อการปรับตัว และรักษาไม่สำเร็จ คล้ายกับการศึกษาของหทัยรัตน์ สุขศรี (2554) ที่พบว่าปัญหาการใช้ยาที่พบมากของผู้ป่วย ในการรักษาตนเองที่บ้าน ในเขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น คือ การลืมรับประทานยา รับประทานยาผิดเวลา เก็บรักษายา ไม่เหมาะสม ไม่ตั้งใจใช้ยาและมียาเหลือใช้ สาเหตุที่พบเนื่องจากภาระงานที่ต้องทำการงดรับประทานอาหารบางมื้อ การรับประทานยาผิดเวลา ความเครียด/กังวล และหลงลืมเพราะขรา ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. สามารถนำความรู้ที่ได้เกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ และผลการศึกษาใช้ประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการหายของโรคต่อไป
2. ส่งเสริมให้มีการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ ให้มากขึ้น ทั้งการพบกันที่โรงพยาบาล และการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์สมัยใหม่ เนื่องจากความเชื่อมั่นในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยพร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ และปรับตัวเพื่อให้หายจากวัณโรคปอด ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรสื่อสารความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมการปรับตัว ให้เกิดความสำเร็จในการหายของโรคต่อไป
3. นำปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว ได้แก่ การป่วยด้วยโรคติดต่อ และความสามารถในการจำลดลง มาวางแผนงานในการสร้างความเข้าใจกับชุมชน และประสานการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วย ในการร่วมมือดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงลึกถึงความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ ที่ลืมรับประทานยาจนเป็นเหตุให้เปลี่ยนสูตรยาการรักษาใหม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยให้เกิดความสำเร็จในการหายของโรคต่อไป

2. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงลึกของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตนของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลเพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุให้เกิดความสำเร็จในการหายของโรคต่อไป





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกกร สุนทรขจิต. (2558). โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections): วัณโรค (Tuberculosis). *วงการแพทย์*, 1-8.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม. (2559). *วัฒนธรรม วิถีชีวิตและภูมิปัญญา*. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *คู่มือลดการตีตราและเลือกปฏิบัติด้านวัณโรคสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝง พ.ศ.2566*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2564*. กรุงเทพฯ: กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กัมปนาท ฉายชูวงษ์. (2563). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับผลกระทบจากความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาประเทศไทย. *วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ*, 1(2), 77-90.

- กำทร ดานา, มลฤดี แสนจันทร์, วันสุ ทวีคณะโชติ โปธิพรรณ และจรรย์ญา จุฬารี่. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน. *วารสารสุขภาพ และการศึกษายาบาล*, 29(2), 1-16.
- กำทร ดานา และแจ่มจันทร์ เทตสิงห์. (2566). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 8(2), 150-159.
- เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์, ระพีพัฒน์ อารายฤทธิ์ และวีโรจน์ แต่งด้วง. (2565). การพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามมิติสุขภาพและสังคม ในทัศนสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 15(1), 156-168.
- คณะกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. *แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ..
- คณะกรรมการการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. (2534). *รายงานพิจารณาการศึกษาเรื่อง ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางการแก้ไข พ.ศ. 2534*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2561). *ความรู้พื้นฐานของยาต้านวัณโรค*. สืบค้น 21 กุมภาพันธ์ 2564, จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1318>
- จรรยา ไวยาคารัท, ไพศาล บุญสะกันต์, จิตชัย ชัยนการนาวิ และ ชินวุฒิ สุเรียนเปล่งแสง. (2561). *พยาธิวิทยาภายใน*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์ชนก กิตติจันทร์โรภาส. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(3), 74-82.
- จิราภรณ์ ชวงค์. (2562). กลยุทธ์การลดการตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ในชุมชน จังหวัดตรัง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 256-266.
- จุฬารรรณ จิตดอน. (2561). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้านโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 22(43-44), 180-192.
- ฉัตรจงกล ดุลยนิษกะ. (2552). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวหลังเกษียณของผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร)*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชูชีพ อ่อนโคกสูง. (2552). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ: สุขสง่า.
- ณัฐสุดา แสงบุญ. (2562). การปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 25(1), 29-42.

- ทยา กิติยากร. (2560). แอลกอฮอล์อันตรายต่อดัชนี. สืบค้น 15 ตุลาคม 2566, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/13595/>
- ทศพงษ์ บุระมาน, อ้อมทิพย์ พลบุบผา, ทนันทพัทธ์ นาคนิกร, นรภัทร เหลืองรัตนมาศ, พลอยไพลิน เทพาทีปกรณ และอภิญา จำปา. (2565). ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและการติดตามตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*, 20(2), 24-40.
- ธนิต เสริมแก้ว และกุสุมา สว่างพันธ์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(1), 85-93.
- ธเนศ แม้นอินทร์. (2564). การปรับตัวของนักศึกษาาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 สถาบันเทคโนโลยีจิตรลดา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต*, 16(2), 75-91.
- ธัญญา พลัปลาทอง. (2556). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคสูงอายุที่รักษาสำเร็จ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธัญพร ปานสุวรรณ. (2557). การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลสมุทรปราการ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 279-287.
- นันทวัฒน์ ต้นธนาสุวัฒน์. (2564). *ผลลัพธ์การรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ใหญ่ ณ คลินิกควบคุมการติดเชื้อทางเดินหายใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- บัณฑิตา มะยมหิน. (2551). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายแล้วกลับมาเป็นซ้ำ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประทุม สร้อยวงค์. (2564). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเทือง ธารารุ่งเรือง. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด ในงานบริการผู้ป่วยนอก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(2), 77-95.
- ปัญญารัตน์ คำมา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในจังหวัดเลย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(3), 36-47.
- พงศ์เทพ ธีระวิทย์. (2556). *วัณโรคปอด*. สืบค้น 15 ตุลาคม 2563, จาก <https://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/TB.pdf>

- พชรพร ครองยุทธ, เจษฎา สุรวรรณ, สุภาวดี ธนสีลังกูร และปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(3), 138-148.
- พัชรพรพรณ กิจพันธ์. (2561). ประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ. *วารสารอาหารและยา*, 4-8.
- พัฒนพงษ์ วงศ์กาฬสินธุ์. (2550). ปัจจัยต่อผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(3), 439-446.
- พาขวัญ วิษุตเวส และปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. (2563). ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(3), 64-77.
- พิบูล วิเชียรไพศาล และศิริวรรณ พันชมภู. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ โรงพยาบาลปากช่องนานา อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*, 37(3), 161-168.
- พิมพ์ใจ รุ่งเรือง. (2556). *ประสบการณ์การปรับตัวของคนพิการทางการมองเห็นที่สามารถพึ่งพาตนเองได้* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พิมพ์นภัส โภคา. (2550). *การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างชาติในอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กาญจนบุรี: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พิรยา มั่นเขตวิทย์. (2551). *การบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องของการรับรู้และความเข้าใจ*. เชียงใหม่: ดารารวรรณการพิมพ์.
- ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลลฤทธิ. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 392-398.
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2562). *รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- เมธี จินะโกฎิ และการันต์ พงษ์พานิช. (2561). การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจในผู้สูงอายุ และการจัดการทางกายภาพบำบัด ทรวงอก. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 71(4), 279-283.
- ยุพา ชับซ้อน. (2550). *ประสบการณ์การเข้าระบบยารักษาวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงของผู้ป่วยที่รักษาระยะยาว* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ลลดา ลานะลาภานนท์. (2558). *คุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุในตำบลคลองรี อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ลักขณา สริวัฒน์. (2544). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

- วรรณข จันทะบุรณ์ และบัวพันธ์ พรหมพักพิง. (2565). ความอยู่ดีมีสุขและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒ วิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์ และ สังคมศาสตร์)*, 14(28), 151-165.
- วรัญญา พิสิก. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิศณุ นันทัยเกื้อกุล. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 28(2), 53-62.
- ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พจนา ธัญญกิตติกุล และชุตินันท์ พลเดช. (2561). ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อรังวัณโรคและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์. *วารสารควบคุมโรค*, 44(1), 19-29.
- สำนักงานเกษตรจังหวัดสุโขทัย. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. สืบค้น 20 พฤษภาคม 2566, จาก <https://www.opsmoac.go.th/sukhothai-dwl-files-392891791902.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้งประจำจังหวัดสุโขทัย. (2560). ภูมิประเทศจังหวัดสุโขทัย. สืบค้น 20 พฤษภาคม 2566, จาก <http://sukhothaipao.go.th/public/texteditor/data/index/menu/501>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2565). *รายงานประจำปี 2565*. สืบค้น 1 กรกฎาคม 2566, จาก https://www.skto.moph.go.th/document_file/raynganyear65.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. สืบค้น 16 ธันวาคม 2566, จาก https://www.skto.moph.go.th/document_file/raynganyear66.pdf
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวทางการปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและเอดส์ ปี 2560*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2545). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย*. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์. (2556). *บุหรีและยาสูบ พิษภัย การดูแลรักษา และการป้องกัน* (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556). กรุงเทพฯ: สนิทวิกิจพริ้นติ้ง.
- สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(1), 67-79.

- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2544). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป : หลักการวินิจฉัยและรักษาโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- หทัยรัตน์ สุขศร, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง และ ทิพาพร กาญจนราช. (2554). ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาตนเองที่บ้านในเขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *การประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 761-764.
- องุ่น น้อยอุดม, ปิยาณี ณ นคร และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2565). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนงค์ ทองสามัญ. (2559). ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ของยาวิณโรค. *วารสารการพยาบาล*, 18(1), 51-63.
- อภิขญา ทนธรรม. (2562). *การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและวิธีการจัดการ อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวิณโรคปอดของผู้ป่วยวิณโรคปอดรายใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิญา กุลทะเล. (2561). *ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยวิณโรคปอด* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรัญย์ ศรีทองธรรม, อุบล ทาบุตรดา, ชุติมา ผลานันท์, อมรรัตน์ จงตระการสมบัติ และศิริวรรณ อุทธา. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดยาและการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยวิณโรคตี้อยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(2), 289-297.
- อรพินท์ สีขาว. (2560). *พยาธิสรีรวิทยา : สำหรับนักศึกษาพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สมุทรปราการ : โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทุมพร กรองไชย. (2559). *ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของแรงงานพม่าที่ป่วยด้วยวิณโรค ในอำเภอเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- อุทุมพร รักดีศิริวงษ์. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวิณโรคปอดโดยการรักษาวิณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีทีเอ็ลียง ในจังหวัดชัยภูมิ* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ชัยภูมิ: มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ.

- อุมาพร ครุฑศิริ. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(2), 24-34.
- Alfaiate, A., Rodrigues, R., Aguiar, A., & Duarte, R. (2023). Tuberculosis and COVID-19 Related Stigma: Portuguese Patients Experiences. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 86(3), 216.
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2018). Ageing Process and Physiological Changes. *Gerontology*, 15(2), 1–24.
- Bjorksten, J. (1968). The crosslinkage theory of aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16(4), 408-427.
- Bjorksten, J., & Tenhu, H. (1990). The crosslinking theory of aging-Added evidence. *Experimental gerontology*, 25(2), 91-95.
- Christiansen, J. L., & Grzybowski, J. M. (1993). *Biology of aging*. the University of Michigan Lippincott.
- Clarke, N. P. (2011). Roy's Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 337–344.
- Cooper, K., & Gosnell, K. (2022). *Adult Health Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Cruz-Jimenez, M. (2017). Normal changes in gait and mobility problems in the elderly. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 28(4), 713-725.
- Ebersole, & Hess. (2014). *Gerontological Nursing & Healthy Aging*. America.
- Eliopoulos, C. (2013). *Gerontological nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton & Company.
- Gidwaney, N. G., Bajpai, M., & Chokhavatia, S. S. (2016). Gastrointestinal dysmotility in the elderly. *Journal of clinical gastroenterology*, 50(10), 819-827.
- Harman, D. (1956). Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal of Gerontology*, 11, 298–300.
- Hunter, R. L. (2018). The Pathogenesis of Tuberculosis: The Early Infiltrate of Post-primary (Adult Pulmonary) Tuberculosis. *A Distinct Disease Entity*, 22(3), 133-140.

- Karat, A. S., Jones, A. S., Abubakar, I., Campbell, C. N., Clarke, A. L., Clarke, C. S., ... & Kielmann, K. (2021). "You have to change your whole life": A qualitative study of the dynamics of treatment adherence among adults with tuberculosis in the United Kingdom. *Journal of clinical tuberculosis and other mycobacterial diseases*, 23, 100233.
- Kunkel, R. S. & Settersten, R. (2021). *Aging, Society, and the Life Course*. Springer Publishing Company, Incorporated.
- Lee, J. H., Han, D. H., Song, J. W., & Chung, H. S. (2005). Diagnostic and therapeutic problems of pulmonary tuberculosis in elderly patients. *Journal of Korean medical science*, 20(5), 784.
- Loue, S., & Sajatovic, M. (Eds.). (2008). *Encyclopedia of aging and public health*. Springer Science & Business Media.
- Masters, K. (2014). *Nursing theories: A framework for professional practice*. Jones & Bartlett Publishers.
- Mbuthia, W. G. (2018). Health-seeking pathway and factors leading to delays in tuberculosis diagnosis in West Pokot County, Kenya: A grounded theory study. *PLOS One*, 13(11).
- Megerso, A., Deyessa, N., Jarso, G., Tezera, R., & Worku, A. (2021). Exploring community tuberculosis program in the pastoralist setting of Ethiopia: a qualitative study of community health workers' perspectives in Borena Zone, Oromia Region. *BMC Health Services Research*, 21, 1-11.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Melillo, K., & Houde, S. (Eds.). (2010). *Geropsychiatric and mental health nursing*. Jones & Bartlett Learning.
- Miller, C. A. (2015). *Nursing for wellness in older adults*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, C. A. (2021). *Nursing for wellness in older adults*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, M. R. (2010). Structural and physiological age-associated changes in aging lungs. *Semin Respir Crit Care Med*, 3(1), 371-381.

- Milne, J. S., & Williamson, J. (1972). Respiratory function tests in older people. *Clinical Science*, 42(3), 371-381.
- Ngamvithayapong-Yanai, J., Winkvist, A., Luangjina, S., & Diwan, V. (2005). "If We Have to Die, We Just Die": challenges and opportunities for tuberculosis and HIV/AIDS prevention and care in Northern Thailand. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1164-1179.
- Phata, R., & Suggravetsiri, P. (2015). Factors Related with Quality of Life among Tuberculosis Patients, Buadang-Pakdee-Somboon Health Network, Chaiyaphum Province. *KKU Journal for Public Health research*, 8(1), 6-12.
- Philips, A. J., & Ernst, D. J. (2012). *Tuberculosis Pathogenesis and Immunity*. Retrieved January 30, 2021, from www.annualreviews.org
- Pungrassami, P., Kipp, A. M., Stewart, P. W., Chongsuvivatwong, V., Strauss, R. P., & Van Rie, A. (2010). Tuberculosis and AIDS stigma among patients who delay seeking care for tuberculosis symptoms. *The International journal of tuberculosis and lung disease*, 14(2), 181-187.
- Roy, C. (1999). *The Roy Adaptation Model*. Stamford: Connecticut.
- Salazar-Barajas, M. E., Crespo, M. L., Hernández Cortez, P. L., Villarreal Reyna, M. D. L. Á., Gallegos Cabriales, E. C., Gómez Meza, M. V., & Salazar Gonzalez, B. C. (2018). Factors contributing to active aging in older adults, from the framework of Roy's adaptation model. *Investigación y educación en enfermería*, 36(2). 23-29.
- Salazar-Barajas, M. E., Salazar-González, B. C., & Gallegos-Cabriales, E. C. (2017). Middle-range theory: Coping and adaptation with active aging. *Nursing Science Quarterly*, 30(4), 330-335.
- Sattaur, Z., Lashley, L. K., Golden, C. J. (2020). *Wear and Tear Theory of Aging*. Essays in Developmental Psychology.
- Scalia, G. M., Khoo, S. K., & O'Neill, S. (2010). Age-related changes in heart function by serial echocardiography in women aged 40–80 years. *Journal of Women's Health*, 19(9), 1741-1745.
- Seraji-Bzorgzad, N., Paulson, H., & Heidebrink, J. (2019). Neurologic examination in the elderly. *Handbook of clinical neurology*, 167, 73-88.

- Seraji-Bzorgzad, N., Paulson, H., & Heidebrink, J. (2019). Neurologic examination in the elderly. *Handbook of clinical neurology*, 167, 73-88.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Medical-surgical nursing*. London, Philadelphia.
- Touhy, T. A. & Jett, K. F. (2014). *Ebersole and Hess gerontological nursing & healthy aging*. St. Louis, Mo: Elsevier/Mosby.
- Turner, J. M., Mead, J. E. R. E., & Wohl, M. E. (1968). Elasticity of human lungs in relation to age. *Journal of applied physiology*, 25(6), 664-671.
- White, L., & Duncan, G. (2002). *Medical-surgical nursing: an integrated approach*. Taylor & Francis.
- Wills, E. M., & McEwen, M. (2014). Concept development: clarify meanings of terms. *McEwen M, Wills EM. Theoretical basis for nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.*
- World Health Organization. (2016). *Global tuberculosis report*. Retrieved January 31, 2021, from <http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250441/9789241565394-eng.pdf?sequence=1s>
- World Health Organization. (2021). *Global tuberculosis report*. Retrieved May 12, 2023, from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346387/9789240037021-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022). *Global tuberculosis report*. Retrieved May 12, 2023, from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363752/9789240061729-eng.pdf?sequence=1>
- Zhang, S., Li, X., Zhang, T., Fan, Y., & Li, Y. (2016). The experiences of high school students with pulmonary tuberculosis in China: a qualitative study. *BMC Infectious Diseases*, 16, 1-8.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

1. อายุเท่าใด
2. ประกอบอาชีพใด
3. นับถือศาสนาใด
4. เรียบจบการศึกษาระดับใด
5. สถานภาพใด
6. มีสมาชิกในครอบครัวกี่คน
7. มีโรคประจำตัวอะไรบ้าง

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. กรุณาเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอดและปัญหาที่ท่านพบระหว่างการเจ็บป่วย
2. ท่านมีปัญหาด้านร่างกายระหว่างการรักษาโรคนี้อย่างไร ท่านปรับตัวหรือแก้ไขอย่างไร
3. ท่านมีปัญหาด้านความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองระหว่างการรักษาโรคนี้อย่างไร ท่านปรับตัวหรือแก้ไขอย่างไร
4. ท่านมีปัญหาด้านบทบาทหน้าที่ระหว่างการรักษาโรคนี้อย่างไร ท่านปรับตัวหรือแก้ไขอย่างไร
5. ท่านมีปัญหาด้านการพึ่งพาผู้อื่นระหว่างการรักษาโรคนี้อย่างไร ท่านปรับตัวหรือแก้ไขอย่างไร
6. ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ช่วยส่งเสริมให้ท่านปรับตัวได้ดี จนทำให้ท่านหายจากโรคนี้ และมีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคในการปรับตัวของท่าน
7. ท่านต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติมอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สัมภาษณ์หรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตไม่มีส่วนร่วม

สถานที่.....

สัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่.....เดือน.....ปี.....

เวลา.....ระยะเวลาที่สัมภาษณ์.....

1. บรรยายลักษณะสัมภาษณ์

.....

.....

.....

.....

2. สี่หน้า ท่าทาง โทณเสียง สายตา อารมณ์และอาการปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ และความสอดคล้องของสิ่งดังกล่าว

.....

.....

.....

.....

3. ปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์

.....

.....

.....

.....

4. แนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค

.....

.....

.....

.....

5. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัย

COA No. 003/2022
IRB No. P3-0181/2564



AF 08-09/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ประสิทธิภาพการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ
ผู้วิจัยหลัก : นายนवल จันทร์แจ่มศรี
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤศจิกายน 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤศจิกายน 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤศจิกายน 2564
4. สรุปรูปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 03 ธันวาคม 2564
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 03 ธันวาคม 2564
6. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 03 ธันวาคม 2564
7. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 03 ธันวาคม 2564
8. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤศจิกายน 2564
9. แบบสัมภาษณ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 03 ธันวาคม 2564
10. Script การสื่อสารทางโทรศัพท์กับผู้ให้ข้อมูล เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 03 ธันวาคม 2564
11. งบประมาณของโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 พฤศจิกายน 2564

ลงนาม 
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 06 มกราคม 2565

วันหมดอายุ : 06 มกราคม 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

COA No. 003/2022
IRB No. P3-0181/2564



AF 14/6.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

ผู้วิจัยหลัก : นายนवल จันทร์แจ่มศรี

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. PF 01 Submission for Post Approval Report เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 ธันวาคม 2565

ลงนาม *วิศิษฐ์ อธิสุขสวัสดิกุล*
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุขสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 06 มกราคม 2565

วันหมดอายุ : 06 มกราคม 2566

วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 06 มกราคม 2566

วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 06 มกราคม 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ค รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร ปิยะคง อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ โทจำปา อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. นางยุพา ชัยซ้อน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรค์โลก

