

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคขณะรับการรักษาวัณโรคครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. วัณโรคปอดและมาตรการควบคุมโรค
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

วัณโรคปอดและมาตรการควบคุมโรค

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากการติดเชื้อมัยโคแบคทีเรียทูปerculosis (mycobacterium tuberculosis) เป็นเชื้อวัณโรคชนิดไม่มีแคปซูล (capsule) ไม่สร้างสปอร์ (spore) ไม่เคลื่อนไหว สามารถดัดสีทนกรด (acid fast) และดัดสีแกรมบวก (gram positive) การเจริญพันธุ์ของเชื้อวัณโรคต้องอาศัยออกซิเจน สามารถเจริญเติบโตและทวีจำนวนได้ที่อุณหภูมิร่างกาย (38 องศาเซลเซียส) ความเป็นกรดค่าที่เหมาะสมคือ pH=7 ความร้อนจะสามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ดีมาก การแช่แข็งและความแห้งไม่สามารถทำลายเชื้อได้ (ชัยเวช นุชประยูร, 2544) ระยะฟักตัวของเชื้อวัณโรคโดยทั่วไปประมาณ 2-8 สัปดาห์ หลังจากได้รับเชื้อและระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อครั้งแรกจนเกิดเป็นวัณโรคปอดชนิดเรื้อรังอาจนานถึง 20 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 5 ปี ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ร้อยละ 10 หลังจากได้รับเชื้อครั้งแรก โดยจำนวนผู้ติดเชื้อนี้ร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคภายหลังการรับเชื้อวัณโรคในระยะ 5 ปีแรก อีกร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคหลัง 5 ปีแรก โดยเฉพาะในรายที่ร่างกายอ่อนแอ ขาดอาหาร หรือรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน (สุชัย เจริญรัตนกุล และ กิตติพงษ์ มณีโชติสุวรรณ, 2542) วัณโรคปอดมีระยะของการเกิดโรคโดย

พยาธิกำเนิดหลังการติดเชื้อวัณโรคแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ (Dannenber, 1999)

ระยะที่ 1 คือระยะตั้งแต่เชื้อเข้าสู่ร่างกายจนถึง 7 วันแรก เชื้อที่เข้าไปถูกกลืนยังมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้มีการตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ (cell mediated immune [CMI]) เชื้อจะถูกเก็บกินโดยเชื้อแมคโครฟาจ (macrophage) แต่เชื้อสร้างแอมโมเนียได้จึง

ไม่ถูกทำลายโดยกรดและเอนไซม์ของแมคโครฟาจ เชื่อว่าจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอยู่ในไซโตพลาสซึมของเซลล์แมคโครฟาจ

ระยะที่ 2 เป็นระยะวันที่ 7 ถึงวันที่ 21 เชื่อที่แบ่งตัวอยู่จะทำให้เซลล์แมคโครฟาจแตกและปล่อยเชื้อออกมานอกเซลล์พร้อมกับหลังสารที่จะดึงดูดเซลล์แมคโครฟาจตัวอื่นจากกระแสเลือด เช่น โมโนไซต์ (monocyte) เข้ามาในบริเวณนั้นเพื่อทำลายเชื้อ แต่แมคโครฟาจที่ใหม่นี้แม้จะจับกินเชื้อโรคได้แต่ก็ยังไม่สามารถฆ่าเชื้อหรือหยุดการแบ่งตัวของเชื้อได้ เชื้อจึงมีการเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนขึ้น

ระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ของการติดเชื้อ ปริมาณของเชื้อโรคมักมีประมาณ 10^3 - 10^4 ตัว ซึ่งมากพอที่จะกระตุ้นให้ร่างกายมีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ (CMI) และปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (delayed type hypersensitivity [DTH]) ถ้าทำการทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินทางผิวหนังจะให้ผลบวก รอยโรคที่ติดเชื้อจะมีเนื้อตายลักษณะคล้ายเนยแข็ง (caseous necrosis) อยู่ตรงกลางส่วนบริเวณขอบแผลจะมีการสะสมของแมคโครฟาจ และลิมโฟไซต์ (lymphocyte) ที่ทำลายเชื้อได้ในระยะนี้เชื้อจะหยุดเจริญเติบโตและถูกทำลาย ถ้าเชื้อมีจำนวนน้อยก็จะควบคุมโรคได้ แต่ถ้าเชื้อมีมากขนาดของเนื้อตายจะขยายใหญ่ขึ้น เกิดเป็นแผลวัณโรคปฐมภูมิ (primary lesion) หรือท่อนทูเบอร์เคิล (ghon tubercle) ในคนที่มีความภูมิคุ้มกันปกติ รอยโรคมักไม่รุนแรง โรคจะหายหรืออยู่ในภาวะสงบจากผลของภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์

ระยะที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 ในคนที่ระบบภูมิคุ้มกันไม่ดีจะเกิดต่อเนื่องจากวัณโรคปฐมภูมิในระยะที่ 3 ผลจากปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (DTH) ทำให้เกิดการละลายของเนื้อตายคล้ายเนยแข็งเป็นสารเหลวคล้ายหนอง (liquefaction) ซึ่งสารเหลวนี้นับเป็นอาหารที่ดีสำหรับเชื้อ ทำให้มีการแบ่งตัวของเชื้อมากขึ้น มีการทำลายเนื้อปอดมากขึ้นจนเกิดโพรงแผลในปอด (cavity) และอาจทะลุเข้าไปในแขนงหลอดลม จะสามารถตรวจพบลักษณะของปอดอักเสบ (broncho or lobar pneumonia) และสารเหลว (caseous) จะถูกขับออกมาทางหลอดลม เป็นระยะที่เชื้อสามารถแพร่กระจายออกมานอกร่างกายและติดต่อไปยังผู้อื่นได้

เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจะเกิดพยาธิสภาพตามลักษณะทางคลินิกแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ (ปานเทพ สุทธินนท์, 2542)

1. วัณโรคปฐมภูมิ (primary pulmonary tuberculosis) เป็นการรับเชื้อครั้งแรก บุคคลนั้นยังไม่เคยมีภูมิคุ้มกันและภูมิไวเกินต่อเชื้อโรคมามาก่อน ส่วนใหญ่เป็นในเด็ก มีลักษณะที่ต่างจากในพวกที่เป็นหลังจากเคยได้รับเชื้อมาก่อน คือ ต่อมท่อน้ำเหลืองที่ขั้วปอด (hilar lymph node) จะเกิดโรคด้วย ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโต และมีเนื้อตาย ลักษณะคล้ายเนยแข็ง (caseous) นอกจากนี้เชื้อโรคยังมีการกระจายไปทางกระแสเลือดได้มากกว่า ตำแหน่งที่เชื้อโรคเข้าไปทำให้เกิดรอยโรคครั้งแรก มักเป็น

บริเวณเนื้อปอดที่มีอากาศถ่ายเทมากที่สุด ได้แก่ ส่วนล่างของปอด กลีบบน และส่วนบนของปอด กลีบล่างมักเป็นแห่งเดียว และอยู่ใต้เยื่อหุ้มปอดไม่เกิน 1 เซนติเมตร เมื่อเข้าไปจะถูกจับกินโดยตัวจับกินเชื้อโรคในถุงลม (alveolar macrophage) แต่ถ้าเชื้อไม่ตายและเพิ่มจำนวนมากขึ้นอาจกระตุ้นให้มีการอักเสบเฉียบพลัน คือมีนิวโทรฟิล (neutrophil) เข้ามา มักเป็นอยู่ชั่วระยะเวลาอันสั้น เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล ที่จับกินเชื้อจะฆ่าเชื้อไม่ได้ เชื้อโรคจะเจริญในเซลล์และทำลายนิวโทรฟิลภายใน 24 ชั่วโมงจะมีแมโครฟาจ (macrophage) ที่มาจากโมโนไซต์ (monocyte) ในกระแสเลือดเข้ามาเด่นชัด ต่อมาจะรวมกลุ่มและเกิดเป็น ตุ่มเล็กๆ (tubercle) ภายในเวลาไม่กี่วันเชื้อจะไปตามหลอดน้ำเหลืองไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดเกิดรอยโรคที่มักจะใหญ่กว่ารอยโรคที่เนื้อปอดเอง และหายช้ากว่า เมื่อเชื้อโรคจากรอยโรคในปอดเข้ามาถึงเยื่อหุ้มปอด อาจเกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้ม (pleural effusion) มากหรือน้อยขึ้นกับปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity) ถ้าปฏิกิริยารุนแรงก็จะมีสารน้ำมาก สารน้ำมีลักษณะเป็นสารที่ประกอบด้วยเซรัมและไฟบริน (serofibrinous exudates) พบเชื้อมีภาวะที่เกิดสารน้ำนี้มักเกิดตามหลังการติดเชื้อปฐมภูมิ (primary infection) ภายใน 6 เดือน

2. วัณโรคหลังปฐมภูมิ (secondary หรือ post primary pulmonary tuberculosis) คือ การเกิดโรคหลังจากเคยได้รับเชื้อวัณโรคมาก่อน ส่วนใหญ่เชื่อว่าเกิดจากเชื้อโรคที่สงบอยู่ในอวัยวะต่างๆ จากการแพร่กระจายครั้งแรก เกิดแบ่งตัวเพิ่มขึ้น ส่วนน้อยเกิดจากการรับเชื้อเข้าไปใหม่ การกำเริบของรอยโรคเดิม ครั้งหนึ่งเกิดภายใน 2 ปี หลังการติดเชื้อครั้งแรก มักตามหลังการมีภูมิคุ้มกันลดลง ในบางภาวะ อาจเป็นจากรอยโรคที่เนื้อปอด หรือที่ต่อมน้ำเหลืองขั้วปอดก็ได้ รอยโรคที่เนื้อปอดมักเป็นบริเวณ ส่วนยอด (apex) หรือ ใต้ส่วนยอด (subapex) อาจเป็นเพราะบริเวณนี้มีความดันออกซิเจนสูง รอยโรคต่างจากพวกวัณโรคปฐมภูมิ (primary tuberculosis) คือมักไม่มีการกระจายไปทางหลอดเลือดน้ำเหลือง จึงไม่เห็นต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดโต

วิธีการแพร่กระจายเชื้อ

เชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง ได้แก่ ทางการหายใจ ทางผิวหนังและทางเดินอาหาร แต่พบว่าการติดต่อได้ทางเดินหายใจมากที่สุด (Fennelly et al., 2004) แหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ เมื่อผู้ป่วยไอ จาม พุด หัวเราะหรือร้องเพลง จะมีละอองเสมหะที่มีเชื้ออยู่ขับออกมาทางปากและจมูก การปล่อยเชื้อออกมาสัมพันธ์กับความถี่ของการไอในเวลา 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อสามารถปล่อยละอองเสมหะที่มีเชื้อได้ตั้งแต่ 18-3,798 ละออง (Fennelly et al., 2004) ละอองขนาดใหญ่จะตกลงบนพื้นดิน ส่วนละอองขนาดเล็ก 1-10 ไมครอน จะลอยกระจายอยู่ในบรรยากาศ เมื่อสูดหายใจเข้าไปเชื้อจะเข้าไปถึงหลอดลมฝอยส่วนปลาย

หรืออุณหภูมิทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อขึ้น เชื้อวัณโรคที่แข็งแรงเพียง 1 ตัว ก็สามารถทำให้มีการติดเชื้อขึ้นมาได้ ผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้สูงคือผู้ป่วยวัณโรคคอตีบเสียง (laryngeal tuberculosis) และ ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดมีโพรงแผล รอยโรคที่ไม่เป็นโพรงแผลจะมีเชื้ออยู่ประมาณ 10^2 - 10^5 ตัว แต่รอยโรคที่เป็นโพรงแผลซึ่งออกซิเจนเข้าถึงจะมีเชื้อมากถึง 10^7 - 10^9 ตัว ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อเมื่อไอ 1 ครั้ง ถ้าปล่อยละอองเสมหะขนาดเล็กออกมา 500 ละออง ในจำนวนนี้จะมีเชื้อวัณโรคอยู่ประมาณร้อยละ 2 ถ้าผู้ป่วยไอ 10 ครั้งต่อชั่วโมงและอยู่ในห้องขนาด $10 \times 10 \times 10$ ฟุต ในปริมาตรอากาศ 10 ลูกบาศก์ฟุตจะมีละอองเชื้อโรคอยู่ 1 ละออง คนปกติจะใช้เวลาประมาณ 45 นาทีในการหายใจเอาอากาศปริมาตร 10 ลูกบาศก์ฟุตเข้าไป นั่นคือจะได้รับ 1 ละอองเชื้อโรคเข้าไปในปอดในเวลา 45 นาที ยิ่งถ้ามีคนอยู่รวมห้องนั้นมากกว่า 1 คน ระยะเวลาในการสูดเอาอากาศที่มีละอองเชื้อโรคในปริมาตร 10 ลูกบาศก์ฟุตจะยิ่งลดลง ความเสี่ยงต่อการรับเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยจะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกัน ความใกล้ชิด และระดับการระบายอากาศในสถานที่นั้นๆ (Fennelly et al., 2004)

อาการและอาการแสดง

ในระยะแรกอาการอาจไม่ชัดเจนหรือไม่มีอาการ มักจะสังเกตได้ยากเพราะอาการมักเกิดขึ้นช้าๆ จนบางครั้งไม่ทันสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาการเหล่านี้ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีเสียงแหบ และมีไข้ เหงื่อออกตอนกลางคืนซึ่งจะแสดงอาการเหล่านี้อยู่เป็นสัปดาห์ หรือเดือนที่สำคัญอาการและอาการแสดงทางปอดที่พบบ่อย คือ ไอเรื้อรังนานกว่า 2 สัปดาห์ (WHO, 2005) โดยเริ่มจากไอแห้งๆ ส่วนใหญ่ไอตอนเช้า เมื่อมีการดำเนินของโรคต่อไป ผู้ป่วยจะไอมากทั้งกลางวันกลางคืน หากมีอาการรุนแรงมากจะมีเสมหะปนออกมามาก จนในที่สุดมีโลหิตปนออกมากับเสมหะเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่หลอดโลหิตในปอด ทำให้มีโลหิตรั่วออกมาในหลอดลม โลหิตที่ออกมามีหลายลักษณะ เช่น โลหิตออกมาปนกับเสมหะขณะขากเสมหะ หรือขณะไอ อาเจียนอาจมีโลหิตออกมาเป็นลิ่มๆ ในบางครั้งอาจมีอาการเจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอกร่วมด้วย ร่วมกับมีไข้เรื้อรัง (Luelmo, 2004) ส่วนมากพบว่ามีอาการตัวร้อนเล็กน้อยมีไข้ต่ำๆ ในช่วงบ่ายหรือช่วงหัวค่ำ บางรายอาจมีอาการเหนื่อยหอบมาก เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอดรุนแรงและอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น อุณหภูมิปอดมีไข้ต่ำๆ ในช่วงเช้ามืด (บัญญัติ ปริษณานนท์ และคณะ, 2542) หรืออาจแสดงอาการไข้เฉียบพลัน ร่วมกับมีอาการไอมีเสมหะมาก ไข้หนาวสั่นปวดเมื่อยตามตัว และเหงื่อออกคล้ายไข้หวัดใหญ่ (อังกูร เกิดพานิช, 2540)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยวัณโรคปอดสามารถวินิจฉัยได้ดังนี้ (บุทรชัย เกษตรเจริญ, 2542)

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย

1.1 อาการทั่วไป ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีไข้ต่ำๆ มักเป็นตอนบ่ายหรือตอนเย็น เหงื่อออกตอนกลางคืน

1.2 อาการทางปอด มีอาการไอ อาจมีอาการไอเป็นเลือด ไอเสมหะมีเลือดปน เสมหะมักมีสีเหลืองเขียวและมีกลิ่นเหม็น บางรายมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย ฟังเสียงการหายใจลดลงจากการมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ฟังเสียงปอดมีเสียงกรอบแกรบ (crepitation) บริเวณรอบโรค

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1 การตรวจเสมหะโดยการย้อมสีทึบกรด (direct smear) เป็นการวินิจฉัยโรคได้แน่นอน ง่าย ได้ผลเร็ว เสียค่าใช้จ่ายน้อยซึ่งมีความสำคัญมากในการวินิจฉัยโรค จะมีโอกาสพบเชื้อวัณโรคได้ถ้าในเสมหะ 1 มิลลิลิตร มีเชื้อประมาณ 5,000-10,000 ตัวขึ้นไป แต่ถ้าปริมาณเชือน้อยกว่านี้โอกาสตรวจพบด้วยกล้องจุลทรรศน์จะลดลงมาก ควรตรวจซ้ำอย่างน้อย 3 ครั้ง ดังนั้นจึงต้องมีการเก็บเสมหะอย่างถูกวิธี และมีปริมาณมากพอสมควรประมาณ 5-10 มิลลิลิตร ถ้าเก็บไม่ถูกต้องจะทำให้ไม่ได้เสมหะที่ใช้ในการตรวจหาเชื้อวัณโรค จะทำให้ผลการตรวจผิดพลาดได้ (Gothi & Joshi, 2004) บุคคลที่ถือว่าเป็นวัณโรคคือ ผลการตรวจเสมหะพบมีเชื้อวัณโรค 1 ครั้ง ร่วมกับถ่ายภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด หรือผลการตรวจพบมีเชื้อวัณโรคอย่างน้อย 2 ครั้ง ถึงแม้ว่าภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่พบสิ่งผิดปกติ

2.2 การเพาะเชื้อเสมหะ เป็นการตรวจที่ให้ผลถูกต้องแม่นยำ มีความไวและความจำเพาะสูง สามารถตรวจพิสูจน์หาเชื้อวัณโรคได้แม้จะมีจำนวนเชื้อที่มีชีวิตเพียง 10 เซลล์ต่อสิ่งส่งตรวจ 1 มิลลิลิตร และยังจำแนกชนิดของเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ เพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรคที่ดื้อยา แต่ข้อเสียของการเพาะเชื้อคือ ใช้เวลานาน 6-8 สัปดาห์ จึงจะทราบผล

3. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) วิธีนี้มีประโยชน์ในการตรวจผู้สัมผัสโรค ผู้ที่ได้รับการตรวจเสมหะแล้วไม่พบเชื้อ มีความไวสูงแต่มีความเฉพาะเจาะจงต่ำ ถ้าใช้เพียงอาการและภาพถ่ายรังสีทรวงอกวินิจฉัยโรคโอกาสผิดพลาดมีได้มาก การที่จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดจึงต้องกระทำการร่วมกับการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยเสมอเพื่อหลีกเลี่ยงการวินิจฉัยผิดพลาดและการรักษาที่ไม่จำเป็นให้เหลือน้อยที่สุด

4. การตรวจด้วยเทคนิคสมัยใหม่ ได้แก่

4.1 การตรวจหาแอนติเจน (antigen detection) เป็นการตรวจเพื่อหาสารพันธุกรรมที่จำเพาะ (specific DNA) เหมาะสำหรับการตรวจหาเชื้อวัณโรคในน้ำไขสันหลัง

4.2 การตรวจปฏิกิริยาทางน้ำเหลือง (enzyme linked immunosorbent essay [ELISA]) หลักการคือ การตรวจหาแอนติบอดีและแอนติเจนจากตัวเชื้อโรค การทดสอบนี้มีความไวต่ำแต่มีความจำเพาะสูง

4.3 เทคนิคการสังเคราะห์สารพันธุกรรม (DNA) (polymerase chain reaction [PCR]) ในหลอดทดลองเลียนแบบสังเคราะห์สารพันธุกรรมที่เกิดขึ้นในธรรมชาติ ทำการตรวจสอบสารพันธุกรรมที่ได้จากเทคนิคการสังเคราะห์สารพันธุกรรมเทียบกับสารพันธุกรรมมาตรฐานโดยวิธีอิเล็กโตรโฟรีซิส (electrophoresis) การทดสอบนี้มีความไวและมีความจำเพาะสูงมากแม้มีเชื้อวัณโรคในสิ่งส่งตรวจเพียง 3 ตัว ก็สามารถตรวจพบในเวลา 48 ชั่วโมง

5. การทดสอบทูเบอร์คิวลิน (tuberculin skin test) เป็นการทดสอบเพื่อค้นหาว่าร่างกายเคยได้รับเชื้อหรือไม่ มักทำในรายที่อาการและอาการแสดงไม่เด่นชัด หรือกรณีที่ได้รับเชื้อวัณโรคแต่ไม่แสดงอาการ โดยการฉีดน้ำยาทูเบอร์คิวลินเข้าในชั้นใต้ผิวหนังจำนวน 0.1 มิลลิลิตรแล้วดูปฏิกิริยาของผิวหนังหลังจากฉีดยา 48-72 ชั่วโมง โดยการวัดผิวหนังที่นูนขึ้น ถ้ามีเส้นผ่าศูนย์กลาง 10 มิลลิเมตรขึ้นไป การทดสอบนี้ต้องเป็นผู้ที่ไม่เคยฉีดวัคซีนบีซีจีมาก่อน

มาตรการรักษาควบคุมโรค

หลักการควบคุมวัณโรค คือ การตัดวงจรการแพร่กระจายของเชื้อ วิธีการควบคุมวัณโรคที่สำคัญ คือ การค้นหาผู้ป่วย การป้องกันด้วยวัคซีนบีซีจี การรักษาด้วยยา และการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยวัณโรค (WHO, 2005) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การค้นหาผู้ป่วย (case-finding) องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้เป็นกลวิธีหลักที่จะต้องนำไปปฏิบัติในระยะเริ่มแรกของการควบคุมวัณโรค โดยมีการกำหนดเป้าหมายโดยสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ให้มีการตรวจหารายผู้ป่วยที่สมควรตรวจพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ให้ได้ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 70 ของจำนวนประชากรที่คาดว่าจะมีอยู่ (WHO, 2005) การค้นหาผู้ป่วยนับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งของแผนงาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการป่วยและการตายและเพื่อเป็นการตัดการแพร่กระจายของเชื้อโรค (WHO, 2005) โดยการตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยที่มีอาการน่าสงสัยว่าจะป่วยเป็นวัณโรคทุกรายที่ไอเรื้อรังมากกว่า 3 สัปดาห์ ซึ่งจะพิจารณาแยกจากการไอจากการติดเชื้อ เพราะการไอจากการติดเชื้อจะไอน้อยกว่า 3 สัปดาห์ ในกรณีที่

อาการไอจากวัณโรค จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงแต่จะมีอาการเลวลงเรื่อยๆ กล่าวคือ จะมีไอบ่อยและถี่มากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งวิธีการหลักที่แนะนำให้ใช้ คือ ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยทั้งเชิงรุก และเชิงรับ ในการดำเนินการค้นหาเชิงรุกรุนั้นกระทำโดยการตรวจสอบหะผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน แต่วิธีนี้พบว่ามีค่าใช้จ่ายสูงและผลการตรวจสอบหะที่เป็นบวกจะมีน้อยมาก (WHO, 2005) สำหรับการดำเนินการค้นหาเชิงรับ คือการตรวจสอบหะในผู้ป่วยทุกรายที่มาขอรับบริการตรวจรักษาเนื่องจากมีอาการนำสงสัยว่าจะเป็นวัณโรคปอด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวลดมีไข้ต่ำๆ และไอเรื้อรังหรือในกรณีที่มีอาการไอเป็นเลือด บางครั้งผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการ ไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด และอ่อนเพลียโดยที่ไม่มีอาการไอเรื้อรังก็ได้ หากผู้ป่วยมาด้วยอาการดังกล่าวต้องสงสัยว่าเป็นวัณโรคทันที อาจทำการตรวจวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อดูว่ามีเงาในปอดหรือไม่ ซึ่งเป็นลักษณะที่สงสัยว่าอาจเป็นวัณโรค แต่การตรวจวินิจฉัยที่สำคัญ คือ การตรวจสอบหะของผู้ป่วยเพื่อหาเชื้อวัณโรค เพราะการให้ผลการวินิจฉัยที่แม่นยำกว่าการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

2. การป้องกันด้วยวัคซีน บีซีจี (Bacillus Calmette Guerin Vaccine) เป็นวิธีการป้องกันวัณโรคที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายอีกวิธีหนึ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีอัตราการติดเชื้อและมีอัตราป่วยด้วยวัณโรคสูง โดยการฉีดวัคซีน บีซีจี เข้าทางผิวหนัง ปริมาตร 0.1 มล. เข้าผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อที่หัวไหล่ ให้เกิดตุ่มขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 0.5-1 เซนติเมตร ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุกลุ่มเป้าหมายในการให้วัคซีนบีซีจี ไว้อย่างชัดเจน คือ ทารกแรกเกิด รวมทั้งทารกที่เกิดจากการคาที่สงสัยว่าได้รับการติดเชื้อไวรัสเอดส์แต่ไม่ควรให้วัคซีนบีซีจีแก่ทารกหรือนุคคลที่ได้รับการติดเชื้อและมีอาการของโรคเอดส์ เนื่องจากเกรงว่าจะไม่ปลอดภัยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอดส์ซึ่งอาจจะเกิดต่อมน้ำเหลืองอักเสบจากเชื้อบีซีจี (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2542) เนื่องจากการให้วัคซีนบีซีจี ตั้งแต่แรกเกิดสามารถป้องกันวัณโรคชนิดแพร่กระจายทางกระแสโลหิตได้ นอกจากนี้มีการรายงานไว้อย่างชัดเจนว่าการให้วัคซีนบีซีจีในเด็กจะไม่มีผลสำคัญต่อการควบคุมวัณโรค หากแต่เพื่อการป้องกันวัณโรคชนิดร้ายแรงในเด็กเท่านั้น รวมทั้งไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากแหล่งภายนอกได้ (WHO, 2005)

3. การรักษาด้วยยา วัตถุประสงค์ของการรักษาวัณโรคปอด คือ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคซึ่งอยู่ในระยะติดต่อโดยรีบด่วนเพื่อลดการแพร่ระบาดหรือลดการแพร่เชื้อในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการป้องกันความพิการของเนื้อปอดที่อาจเกิดขึ้น ปัจจัยสำคัญในการรักษาวัณโรคปัจจุบันได้แก่ การใช้ยารักษาวัณโรคที่ต้องร่วมกับการได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย สำหรับการใช้ในการใช้ยารักษาวัณโรคที่ถูกต้องเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งในการรักษาวัณโรค ในการรักษาครั้งแรกหากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยสูตรที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการใช้ยารักษานานเพียงพอตามที่กำหนด จะสามารถ

รักษาวัณโรคให้หายขาดได้มากกว่าร้อยละ 100 (พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ, 2544; สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2543) ในปัจจุบันการรักษาวัณโรคได้มีการปรับเปลี่ยนจากระบบเดิม กล่าวคือ ระบบเดิมนั้นมีการรักษาด้วยยา ธีอะอะซิโตน (T [thiacetazone]) ไอโซไนอะซิด (H [isoniazid hydrochloride]) พัยราซิनाไมด์ (Z [pyrazinamide]) และ สเตรพโตมัยซิน (S [streptomycin]) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อย 1 ปีถึง 1 ปีครึ่ง (ภาสกร อัครเสวี, 2543) ซึ่งทำให้อัตราการขาดยาสูง และไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ซึ่งส่งผลให้การรักษาระบบนี้ไม่ประสบผลสำเร็จ ปัจจุบันได้มีการพัฒนายาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงกว่าระบบเดิมในการควบคุมป้องกันวัณโรค และถือเป็นระบบยานานาชาติที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ในการรักษาวัณโรค คือ การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น (short-course chemotherapy) ซึ่งใช้เวลาในการรักษา 6-8 เดือน การรักษาวัณโรคในแผนการรักษาวัณโรคแห่งประเทศไทย ใช้ระบบยารักษาวัณโรคตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ 1997 ซึ่งประกอบด้วยยาหลัก 5 ชนิด (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) คือ ไอโซไนอะซิด (H [isoniazid hydrochloride]) ไรแฟมปีซิน (R [rifampicin]) พัยราซิनाไมด์ (Z [pyrazinamide]) สเตรพโตมัยซิน (S [streptomycin]) และอีแทมบูทอล (E [ethambutol]) โดยการรักษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1) ระยะแรกหรือระยะเข้มข้น การรักษาระยะแรกคือ การรักษาในช่วง 2-3 เดือนแรกของการรักษา ใช้ยาในการรักษาอย่างน้อย 3 ชนิด ในระยะนี้มีความสำคัญมากในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอถูกต้องมีผลให้เชื้อในเสมหะหมดไปหรือน้อยลง ประสิทธิภาพของยาทำให้ปราศจากเชื้อหรือน้อยลงมากกว่าร้อยละ 80 (บัญญัติ ปริษญานนท์ และคณะ, 2542)

2) ระยะต่อเนื่อง คือระยะที่ใช้ยาในการรักษาอย่างน้อย 2 ชนิดต่อเนื่องจากการรักษาระยะแรก ซึ่งการรักษาในระยะนี้ใช้เวลาในการรักษา 4-6 เดือน จนครบกำหนดการรักษายาที่ใช้ในการรักษาจะฆ่าเชื้อที่เหลืออยู่ให้หมดไป

สูตรยาสำหรับการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก มีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

1) สูตรยาประเภทที่ 1 (Category 1 [2HRZE(S)/4HR]) สูตรยาประเภทที่หนึ่งใช้ยาในการรักษาระยะแรกหรือระยะเข้มข้นจำนวน 4 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด ไรแฟมปีซิน พัยราซิनाไมด์ และอีแทมบูทอล หรือสเตรพโตมัยซิน รับประทานเป็นเวลา 2 เดือน การรักษาระยะต่อเนื่องใช้ยาในการรักษา 2 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด และไรแฟมปีซิน รับประทานเป็นเวลา 4 เดือนรวมระยะเวลาทั้งหมด 6 เดือน สูตรนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน มีผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อด้วยกล้อง

จุลทรรศน์มีรอยโรคในปอดมาก และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดชนิดรุนแรงรายใหม่ เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเสมหะเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรค เพื่อประเมินผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ของการรักษา ถ้าผลตรวจเสมหะยังคงพบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการรักษาด้วยยาทั้ง 4 ชนิดเดิมเหมือนช่วง 2 เดือนแรกต่อไปอีก 1 เดือน หลังจากนั้น จึงเริ่มให้ยาในระยะต่อเนื่องคือ ไอโซไนอะซิด และไรแฟมปีซิน รวมระยะเวลาการรักษา 7 เดือน (จาก 2HRZE/4HR เป็น 3HRZE/4HR) หลังจากนั้นมีการตรวจเสมหะทุกเดือน เมื่อครบการรักษาหากผลการตรวจเสมหะยังคงพบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ให้ถือว่าการรักษาล้มเหลวต้องเปลี่ยนการรักษาโดยใช้สูตรยาประเภทที่ 2

2) สูตรยาประเภทที่ 2 (Category 2 [2HRZE/1HRZE/5HRE]) สูตรยาประเภทที่สองใช้ในการรักษาเป็นเวลา 8 เดือนการรักษาระยะแรกใช้เวลา 3 เดือน โดย 2 เดือนแรกฉีดยา 1 ชนิดคือ สเตรปโตมัยซิน รับประทานยาจำนวน 4 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด ไรแฟมปีซิน พัยราซิनाไมด์ และอีแทมบูทอล ต่อมารับประทานยาจำนวน 4 ชนิดเป็นเวลา 1 เดือน คือ ไอโซไนอะซิด ไรแฟมปีซิน พัยราซิनाไมด์ และอีแทมบูทอล เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 จะได้รับการตรวจเสมหะ ถ้าผลการตรวจเสมหะเป็นไม่พบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ จึงจะเริ่มให้ยาในการรักษาระยะต่อเนื่องอีกเป็นเวลา 5 เดือน ถ้าผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ขยายระยะเวลาของการรักษาโดยการให้ยาทั้ง 4 ชนิด จาก 1 เดือนเป็น 2 เดือน (จาก 1HRZE เป็น 2HRZE) หลังจากนั้นจึงเริ่มการรักษาในระยะต่อเนื่องได้ การรักษาต่อเนื่องรับประทานยาจำนวน 3 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด ไรแฟมปีซิน และอีแทมบูทอล เป็นเวลา 5 เดือน หากผลการตรวจเสมหะเดือนที่ 5 พบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ให้เปลี่ยนการรักษาโดยใช้สูตรยาประเภทที่ 4 ต่อไป ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาล้มเหลว ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่รักษาไปแล้ว 4 เดือนแล้วผลเสมหะยังคงหรือกลับพบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์จากสูตรยาประเภทที่ 1 รวมทั้งผู้ที่ขาดยา คือผู้ป่วยที่ขาดการรักษาไปมากกว่า 2 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) แล้วกลับมาได้รับการรักษา เนื่องจากผลเสมหะพบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ หากผลการตรวจเสมหะเดือนที่ 5 พบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ให้เปลี่ยนการรักษาโดยใช้สูตรยาประเภทที่ 4 ต่อไป

3) สูตรยาประเภทที่ 3 (Category 3 [2HRZ/4HR]) สูตรยาประเภทที่ 3 ใช้ในการรักษาเป็นเวลา 6 เดือนการรักษาระยะแรกใช้เวลา 2 เดือน รับประทานยาจำนวน 3 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด ไรแฟมปีซิน พัยราซิनाไมด์ ในระยะต่อเนื่องใช้ในการรักษาเป็นเวลา 4 เดือน จะได้รับยา 2 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด และไรแฟมปีซิน รวมระยะเวลาการรักษา 6 เดือนสูตรนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่มีผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกสงสัยว่าจะเป็นวัณโรคปอด หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ที่ไม่รุนแรง เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง เมื่อสิ้นสุดการ

รักษาในเดือนที่ 2 หากผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ จึงจะให้ยาระยะต่อเนื่องได้ ถ้าผลเป็นพบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ถือว่าการรักษาล้มเหลว ต้องให้เปลี่ยนการรักษาโดยใช้สูตรยาประเภทที่ 2 และต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น

4) สูตรยาประเภทที่ 4 (Category 4 H [isoniazid hydrochloride alone หรือ second line drug]) ให้การรักษาด้วยยาไอโซไนอะซิดเพียงอย่างเดียว หรือยาสำรองที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อนอย่างน้อย 3 ชนิด เช่น คานามัยซิน (kanamycin [KAN]) ไซโคลเซอรีน (cycloserine [CYC]) ออฟลอกซ์ซาซิน (ofloxacin) ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคเรื้อรัง ที่การรักษาล้มเหลว โดยทั่วไประยะเวลาในการรักษาแพทย์จะเป็นผู้กำหนดซึ่งต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 12 เดือน

การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นเป็นระบบยาที่มีประสิทธิภาพที่สุดที่จะรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาดได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ หากผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง (สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2543) อย่างไรก็ตามการใช้ระบบยาระยะสั้นก็ยังต้องใช้ระยะเวลารักษานานอย่างน้อย 6 เดือน ทำให้มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะรับประทานยาไม่ครบกำหนด ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดการขาดการรักษาจำนวนมากซึ่งมีได้ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการรักษา (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) จากผลการวิเคราะห์การผิณั้ดรับยาหรือละเลยการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ของศูนย์วัณโรคเขต 4 ราชบุรีพบว่า ผู้ป่วยวัณโรค 941 ราย มีการผิณั้ดรับยาร้อยละ 33.82 โดยพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 71.81 จะผิณั้ดรับยาของการรักษาในระยะเข้มข้น (บุญเชิด กลัดพ่วง, พดา ลิ้มปัสายชล, อุทัยวรรณ บุญเป็นเดช, 2541) การขาดการรักษานอกจากจะทำให้การรักษาล้มเหลวแล้ว ยังก่อให้เกิดการดื้อต่อยาของเชื้อวัณโรคมากขึ้น จนไม่อาจรักษาให้หายได้ (สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2543) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการรักษาหายของวัณโรคต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ (อุทัยวรรณ กาญจนะพังคะ, 2543) โดยทั่วไปผู้ป่วยคือยา 1 ราย สามารถกระจายเชื้อ ทำให้มีผู้ติดเชื้อได้อีก 8-15 ราย (ภาสกร อัครเสวี, 2542) ซึ่งวิกฤตการณ์เชื้อวัณโรคคือยานี้มีสาเหตุจาก การที่ผู้ป่วยรับยาไม่ครบตามกำหนดเวลา และการใช้ยาไม่ถูกต้อง ไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยหมดความอดทนในการรับประทานยา เนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นจำนวนมากเป็นเวลานาน หรือผู้ป่วยทนอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ จนต้องหยุดยาก่อนกำหนด หรือหยุดรับประทานยาคิดว่าทำให้เกิดอาการแพ้ (นิอร อริยโนทัย, บุญเชิด กลัดพ่วง, วรวิ ณะสมบุรณ์, และ สุดใจ คงสามสี, 2548) การขาดการรักษาในระยะแรกที่มีการแพร่เชื้อวัณโรค หรือไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดอันตรายจากพยาธิสภาพของปอดที่รุนแรงมากขึ้น หรือมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การไอเป็นเลือด การมีลมรั่วเข้าไปในปอด (บัญญัติ

ปรีชยานนท์ และคณะ, 2542) ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการรักษาภายในเวลา 1 ปีครึ่ง จะมีอัตราการตายถึงร้อยละ 30-50 ภายในเวลา 5 ปี กรณีที่รักษาบ้าง ถึงแม้จะไม่สม่ำเสมอผู้ป่วยก็จะมีชีวิตยืนยาวขึ้นแต่ไม่หายจากโรค และทำให้ต้องเปลี่ยนยาที่ใช้รักษาจากยาพื้นฐาน (conventional chemotherapy) เป็นยาแนวที่ 2 (second-line drugs) ซึ่งมีราคาแพงกว่ามาก และมีฤทธิ์ข้างเคียงสูง แต่ผลการรักษาจะไม่ดีเท่ากับการรักษาครั้งแรก (บัญญัติ ปรีชยานนท์, ดำรง บุญยสิน, และ สงคราม ทรัพย์เจริญ, 2540)

สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้มีผลต่อการรักษาและควบคุมโรคทั้งสิ้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในระบบการรักษาวัณโรค หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค การเพิ่มขึ้นของอัตราการดื้อยาของเชื้อวัณโรค และอัตราการป่วยด้วยวัณโรคที่ไม่ลดระดับลง รวมทั้งทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและประเทศอย่างมากมาย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อควบคุมรักษาวัณโรค ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาความล้มเหลวของระบบการรักษาวัณโรค กล่าวคือ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยนั่นเอง ดังนั้นด้วยสาเหตุนี้องค์การอนามัยโลกจึงได้เสนอวิธีในการควบคุมป้องกันวัณโรคที่เรียกว่า กลวิธีการรักษาแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment, Short Course [DOTS]) หรือ การกินยา ระบบระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง หรือ ควบคุมการกินยาอย่างเต็มที่ (fully supervised therapy) (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) หมายถึง การที่มีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาให้ผู้ป่วยกลืนยาต่อหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องทั้งชนิด ขนาดและระยะเวลา พี่เลี้ยงอาจเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยให้ครบตามระยะเวลา ซึ่งเป็นการป้องกันการดื้อยาจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

การรักษาด้วยระบบระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอกกลยุทธ์ใหม่ในการควบคุมวัณโรคขึ้นเนื่องจากว่ามาตรการควบคุมวัณโรคยังไม่ประสบผลสำเร็จจากผลกระทบในด้านต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือการรักษาด้วยการทำ DOTS สำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ต่ำ ประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง หรือประเทศอุตสาหกรรมที่มีอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคต่ำ และประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูง (WHO, 2005) ที่ประสบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดวัณโรค ซึ่งกลยุทธ์ใหม่นี้มีการกำหนดมาตรการหรือนโยบายในการควบคุมวัณโรคไว้อย่างชัดเจน และเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน เพื่อให้ประเทศต่างๆนำไปปรับใช้ในแนวทางการควบคุมวัณโรค โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอัตราป่วยและลดอัตราตายจากวัณโรค รวมทั้งการลดความพิการ

ของเนื้อปอดที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของวัณโรค ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวมีสาระสำคัญดังนี้ (WHO, 2005)

1. ต้องกำหนดการรักษาวัณโรคด้วยระบบมาตรฐานภายใต้การสังเกตโดยตรง เป็นนโยบายหลักของรัฐบาลหรือประเทศ และให้มีนโยบายในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน
2. การค้นหาผู้ป่วย คือ ให้มีการตรวจเสมหะในผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการสงสัยว่าเป็นวัณโรคที่มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ
3. ใช้ระบบระยะสั้นในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคทุกราย ภายใต้การกำกับดูแลการรับประทานยาวัณโรค
4. มีระบบการสนับสนุนยาที่เพียงพอในการรักษาวัณโรคอย่างเพียงพอต่อการส่งจ่ายให้กับผู้ป่วยและมีการสนับสนุนยาที่ดี
5. มีระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

ระบบ DOTS จะให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกในส่วนของการรักษาด้วยระบบระยะสั้น เพราะการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพจะเป็นการเพิ่มปัญหาของวัณโรค ทั้งนี้จากการตระหนักถึงปัญหาการรับยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค ทำให้เกิดโรคเรื้อรังและการดื้อยาหลายขนาน ซึ่งจะทำให้วัณโรคกลายเป็นโรคที่รักษาไม่หาย (อุทัยวรรณ กาญจนะพังคะ, 2543) จึงได้มีการปฏิรูปแนวทางการควบคุมวัณโรคขึ้นใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของวัณโรคในปัจจุบัน โดยเฉพาะการขาดยาของผู้ป่วย คือ การนำกลวิธีการรักษาด้วยระบบ DOTS โดยมีพี่เลี้ยงคอยทำหน้าที่กำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค สำหรับบุคคลที่คอยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงอาจเป็นได้ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัคร ซึ่งพี่เลี้ยงจะคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะ 2 เดือนแรกของการรักษา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาอย่างครบถ้วนถูกต้อง (WHO, 2005) DOTS จะสามารถช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการรักษาและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเพิ่มอัตราการรักษาหายได้สูง (บุญเชิด กลัดพ่วง, ประทีน จาคดาล, และจรรย์ จันทร์แก้ว, 2545) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้การรักษาวัณโรคได้ผลดีตามเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งเป็นการลดการแพร่เชื้อให้แก่บุคคลอื่น และยังเป็นการป้องกันภาวะเชื้อดื้อยาหลายขนานที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกเชื่อว่า DOTS เป็นวิธีการที่ดีที่สุด และเชื่อว่าจะช่วยให้ได้อัตราหายขาดจากวัณโรคสูงร้อยละ 95 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า DOTS เป็นการรักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพสูงในปัจจุบัน (WHO, 2005) จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ควบคุมวัณโรคด้วยกลวิธีตามระบบ DOTS จังหวัดร้อยเอ็ดของ เพชรไสว ถัมตระกูล, พนิษฐา พานิชชีวะกุล, อัมพร เจริญชัย, ประสพ สุข ศรีแสนปาง, และ สมพงษ์ ศรีแสนปาง (2545) พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับการรักษาต่อเนื่อง

พบแนวทางในการแก้ปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยที่ล้มรับประทานยาหรือขาดยา 1-2 วัน คือ การมีพี่เลี้ยงคอยกำกับการกินยาจะทำให้ไม่ขาดยา และโอภาส การย์กวินพงศ์ (2545) พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาโดยมีผู้สังเกตการกินยาโดยตรงจะมีอัตราการรักษาหายสูงกว่า (ร้อยละ 74) การรักษาโดยไม่มีผู้สังเกตการกินยาโดยตรง (ร้อยละ 66.67)

โดยสรุปแล้วการรักษาโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง ประกอบด้วยการค้นหาผู้ป่วยด้วยการเก็บเสมหะมาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ การควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทุกขนาน สำหรับบุคคลที่คอยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยกำกับการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ควรเป็นบุคคลที่เชื่อถือได้ในการทำหน้าที่และสามารถบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขและอาสาสมัคร หรือผู้นำชุมชนหรือแม้กระทั่งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรค แต่ข้อควรคำนึงมากที่สุดในการเลือกพี่เลี้ยงที่คอยกำกับการควบคุมการรับประทานยาของผู้ป่วย คือ ต้องขึ้นกับความยินยอมหรือความสมัครใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (อมรา สุนทรธาดา, 2550)

ประเทศไทยเริ่มแผนควบคุมวัณโรคแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2509 ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 เริ่มยุทธศาสตร์ให้บริการการรักษาผู้ป่วยแบบสังเกตโดยตรง และในปี พ.ศ. 2540 ประกาศให้เป็นนโยบายสุขภาพแห่งชาติ มีผลทำให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาแบบสังเกตโดยตรง (อมรา สุนทรธาดา, 2550) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามมาตรฐานสากล ได้มีการทบทวนนโยบายจนสร้างยุทธศาสตร์การปฏิบัติขึ้นใหม่ในปี พ.ศ. 2544 โดยวางเป้าหมายดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในทุกระดับ โดยเน้นหลักการบริการรวม 5 ประเด็นหลัก คือ การบริหารจากส่วนกลางสู่ระดับปฏิบัติ เน้นการดำเนินงานด้านผู้ป่วยตามแนวทางดังนี้ (อมรา สุนทรธาดา, 2550) เน้นการบริหารจัดการด้านการรักษาระดับชุมชนให้มากที่สุด ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคที่ผ่านการอบรมการให้ความรู้พื้นฐานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีขั้นตอนและแผนงานเพื่อควบคุมคุณภาพการบริการ จัดแบ่งสายงานตามลำดับเพื่อให้การประเมินและติดตามผลมีระบบมากขึ้น การวินิจฉัยโรคคณะกรรมการวัณโรคแห่งชาติมีหน้าที่ให้คำปรึกษาและเสนอแนะการจัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดอัตราเชื้อดื้อยาในผู้ป่วย ระบบคลังยามีนโยบายที่จะให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาผู้ป่วย โดยไม่คิดมูลค่าตามแผนปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (อมรา สุนทรธาดา, 2550)

แต่จากรายงานผลการปฏิบัติงานพบว่าสามารถค้นหารายป่วยใหม่ได้ร้อยละ 71 และอัตราผลสำเร็จการรักษาร้อยละ 73 เป็นผลที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากลที่กำหนดขององค์การอนามัยโลก คือ อัตราค้นหารายป่วยใหม่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และผลสำเร็จการรักษาในผู้ป่วย

เสมอมาไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (WHO, 2005) แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ จึงมีนโยบายสนับสนุนกลยุทธ์การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการสังเกตโดยตรง (DOTS) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย ประเทศไทยรับนโยบายดังกล่าวเมื่อปี พ.ศ. 2539 และขยายจนสามารถครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2545 (แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคของไทย, 2550) โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดบริการการรักษาแบบสังเกตโดยตรง โดยเน้นการดูแลการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ผู้ป่วยสามารถเลือกสถานบริการได้ว่าต้องการรับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ หรือต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุข หรือนุคคลในครอบครัวผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เรื่องการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง โดยหลักการดำเนินงานตามวิธี DOTS ของประเทศไทยได้เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับการควบคุมคุณภาพบริการเพื่อให้การรักษาวัณโรคมีประสิทธิภาพสูงสุดและได้ผลตามที่คาดหมาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

4. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยวัณโรค นอกจากการรักษาด้วยระบบยาที่มีประสิทธิภาพสูงที่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้ การให้สุขศึกษาที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพของแผนการรักษา อีกทั้งเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตขณะเจ็บป่วยด้วยวัณโรค เนื่องด้วยวัณโรคเหมือนโรคติดเชื้ออื่นๆ ที่ต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสภาพร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ และเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การให้สุขศึกษาในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยวัณโรคมีดังนี้ (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2542)

4.1 การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและครบขนาด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และที่สำคัญไม่ควรหยุดยาเองหรือไม่ควรลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง เพราะจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา (WHO, 2005) เพราะการลดขนาดยาจะทำให้ไม่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ การเพิ่มขนาดยาจะส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ เช่น อาการตัวเหลืองตาเหลือง จากการใช้ยา อีแทมบูทอล ไรแฟมปีซิน ไอโซไนอะซิด และพิราซินามัย (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2542) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคจะหยุดยาเอง ทั้งนี้เพราะเข้าใจว่าหายจากโรคภายหลังรักษาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือจากการที่ต้องรับประทานยาหลายขนานทำให้เกิดความท้อแท้ ส่งผลให้หยุดรับประทานยาหรือลดขนาดยาลง พฤติกรรมดังกล่าวพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เชื้อวัณโรคคือต่อยาที่ใช้รักษา และไม่ประสบผลสำเร็จต่อการรักษาวัณโรค นอกจากนี้การมาตรวจตามนัดนับว่าเป็นสิ่งสำคัญเช่นกันในผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากการมาตรวจตามนัดเป็นการนัดเพื่อให้ผู้ป่วยมารับยา และเป็นการติดตามการรักษา และสังเกตอาการของผู้ป่วย

เป็นระยะๆ อีกทั้งยังเป็นการป้องกันการขาดยาจากการรักษา การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย รวมถึงการได้รับคำแนะนำที่มีประโยชน์ในการปฏิบัติตัวขณะรักษา เช่น วิธีการ ดูแลสุขภาพ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนการรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้

4.2 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการ ครบ 5 หมู่ เพราะในขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่างกายจะอ่อนแอและมีภูมิคุ้มกันโรคลดลง โดยเฉพาะการป่วยด้วยวัณโรคจะมีอาการเบื่ออาหารส่งผลให้น้ำหนักลด อาจทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายและง่ายต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (ปรีชา วิจิตพันธ์, เปรม นูรี, และ วัลลภ ลัทยาศัย, 2542) อาหารจึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะบำรุงร่างกายให้แข็งแรง ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าในการบำรุงร่างกาย ควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงซึ่งจะพบในอาหารที่มีไขมันมาก เช่น อาหารที่มีส่วนประกอบด้วยมะพร้าวและเนื้อสัตว์ติดมัน เป็นต้น ไม่ควรทานอาหารที่มีรสจัด หรือของหมักดอง (บัญญัติ ปรีชญานนท์ และคณะ, 2542)

4.3 การพักผ่อนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับการพักผ่อนนอนหลับไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง เพราะในขณะที่หลับอวัยวะทุกส่วนของร่างกายจะทำงานน้อยลง และลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายอีกทั้งเป็นการลดการใช้พลังงานของร่างกาย โดยเฉพาะขณะที่มีไข้ควรได้รับการพักผ่อนมากกว่าปกติ เพื่อให้ร่างกายได้พักการทำงาน ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคต้องได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์อย่างเต็มที่

4.4 การจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยจะต้องมีอากาศถ่ายเทได้สะดวกไม่อับชื้น ดังนั้นในการจัดบ้านเรือนของผู้ป่วยจะต้องจัดให้อากาศสามารถถ่ายเทได้สะดวก และควรนำที่นอน หมอนมุ้ง ผึ่งแดดอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการฆ่าเชื้อโรคที่สะสมอยู่ในที่นอน หมอนมุ้ง เพราะแสงอาทิตย์สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ ภายในระยะเวลา 5 นาที (ปรีชา วิจิตพันธ์ และคณะ, 2542)

4.5 การออกกำลังกาย ในที่นี้หมายถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสม ตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย เพราะการออกกำลังกายจะเป็นการเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และยังช่วยในการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต และยังทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนในเลือดให้ดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

4.6 การงดการสูบบุหรี่ เพราะผู้ป่วยวัณโรคจะมีพยาธิสภาพจากการอักเสบของเนื้อปอดอยู่แล้ว การสูบบุหรี่จะเป็นตัวเสริมที่จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงมากกว่าเดิม ซึ่งผลกระทบของบุหรี่ต่อระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อขบวนการ

ป้องกันเชื้อโรคของปอด โดยเฉพาะการทำงานของชนพัดโบกบริเวณเยื่อบุเซลล์และเม็ดเลือดขาวในปอด ซึ่งมีหน้าที่ดักจับเชื้อโรคนขนาดเล็กซึ่งรวมถึงเชื้อวัณโรคด้วย เชื้อวัณโรคสามารถมีชีวิตอยู่ได้ในเม็ดเลือดขาวเหล่านี้ ถ้าระบบภูมิคุ้มกันร่างกายไม่สามารถทำงานหรือถูกกระตุ้นอย่างเพียงพอ สารในปอดหรือสามารถเปลี่ยนแปลงระบบภูมิคุ้มกันทั้งที่มีอยู่เองในธรรมชาติ และที่ร่างกายสร้างขึ้นให้มีการต่อสู้ต่อเชื้อวัณโรคทำให้ลักษณะรูปร่างและระบบการทำงานของเม็ดเลือดขาวในปอดเปลี่ยนแปลงไป โดยไปยับยั้งต่อขบวนการดักจับ (phagocytosis) และฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (bacteriacidal) ของเม็ดเลือดขาวในปอด โดยพบว่าระดับของอิมมูโนโกลบูลินได้แก่ IgG และ IgM ในสารคัดหลั่งของกลุ่มผู้สูบบุหรี่น้อยลง อีกทั้งยังพบว่าเม็ดเลือดขาวที่ถูกกระตุ้นจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะสามารถยับยั้งจากการเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าเม็ดเลือดขาวที่ไม่สามารถถูกกระตุ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าปอดของกลุ่มที่สูบบุหรี่มีลักษณะของเนื้อปอดเป็นโพรง (cavems) มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ และผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มนี้เสมอเปลี่ยนจากพบเชื้อเป็นไม่พบเชื้อช้ากว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (นิอร อริโยทัย, สายใจ สมุททิการ, และ บุญเชิด กลัดพ่วง, 2548) ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคจึงควรงดเว้นการสูบบุหรี่ หรือควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่ในขณะที่รักษาวัณโรค

4.7 การงดเว้นการดื่มสุราของมีนเมา และการใช้สิ่งเสพติดชนิดต่างๆ เพราะจะเป็นการทำให้ร่างกายทรุดโทรมมีผลให้ภูมิต้านโรคลดลง เนื่องจากการดื่มสุราจะทำให้การทำงานของตับเสื่อมลง เพราะในระหว่างการรักษาวัณโรคผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายขนานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรคบางชนิดจะมีผลทำให้ตับอักเสบ เช่น ไรแฟมบิซิน และพิราซิโนไมด์ (ปรีชา วิจิตพันธ์ และคณะ, 2542) ถ้าผู้ป่วยวัณโรคดื่มสุราจะทำให้เซลล์ตับถูกทำลายและจะเป็นการเร่งให้เกิดการอักเสบของตับเพิ่มมากขึ้น ถึงร้อยละ 95 และน้อยมากที่สุดจะถูกขับออกทางปัสสาวะ หรือทางลมหายใจ แอลกอฮอล์จะยับยั้งการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ซึ่งจะมีผลต่อระบบเผาผลาญของร่างกาย เป็นให้เกิดการสะสมของไขมันในตับ ทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบได้ (เต็มชัย ไชยนุวัติ และ ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2541) นอกจากนี้การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ยังเป็นผลทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง เนื่องจากแอลกอฮอล์เมื่อถูกเผาผลาญจะเกิดการผลิตรกรดแลคติก ซึ่งจะเกิดการตกตะกอนที่ไตมีผลทำให้เนื้อไตถูกทำลาย ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพของไตและการขับถ่ายของเสียในร่างกายลดลง

4.8 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ควรใช้ผ้าหรือมือปิดปาก เพื่อไม่ให้น้ำมูกน้ำลายกระเด็นไปที่อื่น เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่คนอื่น เพราะเชื้อวัณโรคสามารถฟุ้งกระจายได้ในอากาศ ควรบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีดิดและควรทำลายเชื้อวัณโรคที่ปนเปื้อนบนภาชนะต่างๆ ด้วยวิธีการต้มทำลายเชื้อโดยใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที

ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส (ปรีชา วิจิตพันธ์ และคณะ, 2542) นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคควรอาบน้ำทุกวัน เพื่อรักษาความสะอาดของร่างกาย และเป็นการขจัดเชื้อโรคที่สะสมในร่างกาย

ผลกระทบของวัณโรคปอด

การเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย จากการมีพยาธิสภาพของปอดที่เกิดขึ้นจากการหายใจเอาอนุภาคที่ปนเปื้อนของเชื้อมัยโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คูโลซิส (*mycobacterium tuberculosis*) ที่มีขนาดอนุภาคพอเหมาะคือ 1-10 ไมครอน เข้าไปแล้วทำให้เกิดรายโรคบริเวณเนื้อปอด ซึ่งมักจะเป็นส่วนล่างของปอดกลีบบน และส่วนบนของกลีบล่าง เป็นบริเวณที่เชื้อเจริญเติบโตได้ดี เนื่องจากเป็นส่วนที่มีความดันออกซิเจนอยู่มาก มีอากาศถ่ายเทมากที่สุด แล้วร่างกายกำจัดเชื้อโรคไม่ได้เกิดการเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนของเชื้อโรค และเมื่อเพิ่มขึ้นถึงจำนวนประมาณ 10^3 - 10^4 ตัว จะมีการกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนองทางภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ (cellular immune response [CMI]) และปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (delayed type hypersensitivity [DTH]) เกิดรอยโรคที่มีลักษณะเนื้อตายคล้ายเนยแข็ง (caseous necrosis) อยู่ตรงกลาง แล้วเกิดการละลายของเนื้อตาย เป็นสารเหลวคล้ายหนอง (liquefaction) ซึ่งเป็นอาหารที่ดีสำหรับเชื้อวัณโรค ทำให้เชื้อมีการแบ่งตัวมากขึ้น มีการทำลายเนื้อปอดมากขึ้น จนเกิดเป็นโพรงแผลในปอด (cavity) และอาจทะลุเข้าไปในแขนงหลอดลม ทำให้ตรวจพบปอดอักเสบ (broncho or lobar pneumonia) (ปานเทพ สุทธินนท์, 2542) ส่งผลกระทบด้านร่างกายต่างๆ ดังนี้คือ

1.1 อาการทางปอด

1.1.1 อาการไอ เริ่มด้วยอาการไอแห้งๆ น้อยๆ เมื่อมีอาการมากขึ้นจะมีเสมหะออกมา ทำให้ไอเสียงดังขึ้น เวลาไอมักเจ็บชายโครง ผู้ป่วยที่มีอาการมากจะมีเสมหะข้นเหนียว และมีสีเขียว มีกลิ่นเหม็น เมื่อไอบ่อยๆ มักมีเลือดปนออกมา ทำให้เสมหะมีสีน้ำตาลหรือมีสีแดงเป็นเลือดสด (พระราชนิพนธ์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม อังเณ กอวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ซึ่งเกิดจากการที่มีการอักเสบทำลายบริเวณผนังหลอดเลือดในปอด ทำให้หลอดเลือดแดงพองแล้วเกิดการแตกออกเลือดเข้าไปในโพรงแผลหรือเนื้อปอด ทำให้เวลาไอจะมีเลือดออกมา (สุทธิชัย เกษตรเจริญ, 2542)

1.1.2 เจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย ฟังเสียงการหายใจลดลง ฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบ (crepitation) บริเวณรอยโรค ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการที่เชื้อวัณโรคจากรอยโรคในปอดเข้ามาถึงเยื่อ

หุ้มปอด ทำให้เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นผลทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนไม่มีประสิทธิภาพดีพอสำหรับความต้องการของร่างกาย

1.2 อาการทั่วไป ไข้ต่ำๆ ตอนบ่ายหรือตอนเย็น ตอนดึกมีอาการคล้ายสร้างไข้และเหงื่อออกมากจนเสื้อผ้าเปียกเป็นผลทำให้นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ผอมน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว ผิวหน้าซีดลงมีสีเหลืองบางใส ซึ่งเกิดจากการที่ไอมีเลือดออกส่งเสริมให้เกิดภาวะซีด อ่อนเพลียจนไม่สามารถทำงานได้ (พระราชนิพนธ์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม อังใน กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

นอกจากอาการทางกายที่ได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายแล้วผู้ป่วยยังต้องพบกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รักษาแต่ละตัว ซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการต่างๆ ได้ดังนี้ (ปรีชา วิจิตพันธ์ และคณะ, 2542)

- 1) คันทัน มีผื่น และไอ จากการใช้ยาไอโซไนอะไซด์
- 2) ตาเหลือง ตัวเหลือง เนื่องมาจากตับอักเสบจากการใช้ยาอีแทมบูทอล ไอโซไนอะไซด์ ไรแฟมปีซิน พัยราซิโนไมด์
- 3) วิงเวียน มึนงง หูอื้อ หรือชารอบปาก จากผลข้างเคียงของยาสเตอโรยด์โทมัซัน
- 4) ตามัว ตาบอดสี จากผลข้างเคียงของยาอีแทมบูทอล
- 5) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร และปวดตามข้อ จากผลข้างเคียงของยาพัยราซิโนไมด์
- 6) หน้าแดง และผิวหนังคัน มีน้ำตาไหล มีอาการคล้ายหวัด จากผลข้างเคียงของยาไรแฟมปีซิน
- 7) อาการอื่นๆ ที่รุนแรงคือ ชัก โรคลมชัก ช็อก ไตวาย หลอดลมอักเสบ

ซึ่งอาการข้างเคียงของการรักษาวัณโรคโดยทั่วไปแบ่งได้ 2 ประเภทคือ อาการข้างเคียงของยาอย่างรุนแรง ได้แก่ ฤทธิ์ของยาที่ทำอันตรายต่อร่างกายรุนแรง คือ อาการตัวเหลือง ตาเหลือง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ เกร็ง มีเสียงดังในหู เติมน้ำ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น เช่น ตามัว ตาบอดสี ซึ่งจะต้องหยุดยารักษาวัณโรคทันทีและไปพบแพทย์ อาการข้างเคียงของยาไม่รุนแรง ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงที่ทำให้ร่างกายมีความผิดปกติบ้างแต่ไม่มาก คือ ผื่นคันตามผิวหนัง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดท้อง ซึ่งอาการเหล่านี้บรรเทาได้ด้วยการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องหยุดยา (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) จากการศึกษาผลข้างเคียงจากยารักษาวัณโรคโดยสูตรยามาตรฐานระยะสั้น ในผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยา 2HRZE(S)/4HR และมีพี่เลี้ยงกำกับกับการกินยา (DOTS) จำนวน 200 คนของ วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, คาวรุ่ง ศิลาจำรูญ, สมเกียรติ วงษ์ทิม, และ ฉันทชาย

สิทธิพันธุ์ (2547) พบว่า มีผลข้างเคียงจากการกินยาที่พบได้บ่อยถึงเกือบหนึ่งในสามของผู้ป่วยอาการที่พบได้มากที่สุดได้แก่ ผื่นคัน และคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งอาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

2. ผลกระทบทางด้านจิตสังคม ได้แก่ เกิดความคับข้องใจ ท้อแท้ ซึมเศร้า ไม่มีกำลังใจในการรักษาวันโรค อีกทั้งวันโรคเป็นโรคติดต่อ ซึ่งผู้ป่วยวันโรคจะถูกสังคมตั้งข้อรังเกียจ มีทัศนคติด้านลบ และกลัวที่จะติดโรค (Ngamvithayapong, 2001) โดยเฉพาะผู้หญิงได้รับผลกระทบมากกว่าผู้ชาย จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าผู้ชายมักป่วยเป็นวันโรคเพราะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ทำงานหนัก ทำงานในสถานที่ขาดสุขลักษณะ รวมทั้งการเที่ยวเตร่ในตอนกลางคืน ถ้าผู้หญิงเป็นวันโรคถูกกล่าวหาว่าเพราะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือใช้ชีวิตแบบผู้ชาย (Soonthornmhada, 2003) ซึ่งเป็นที่รังเกียจของผู้อยู่ใกล้ชิด ในระยะแรกของการรักษาผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องแยกตัวเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบกับอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้เพิ่มความเครียดและบั่นทอนกำลังใจในการรักษาวันโรคมมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2541)

3. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่จะรักษาให้หายขาดจากวันโรค จะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน แม้ว่าปัจจุบันรัฐบาลจะให้การสนับสนุนโดยไม่คิดมูลค่าของยา แต่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และการมาตรวจตามนัด ค่าใช้จ่ายส่วนนี้จึงส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว (อมรา สุนทรธาดา, 2550) และหากผู้ป่วยวันโรคมีอาการรุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ยิ่งทำให้ครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วย (ชญาธิษฐ์ ปัญญาทอง, 2544) มีข้อค้นพบจากงานวิจัยหลายเรื่องได้ข้อสรุปว่า ความยากจนและวันโรคเป็นปัจจัยเอื้อซึ่งกันและกัน กลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำจะมีความเสี่ยงสูง ในทำนองเดียวกันวันโรคเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนยากจน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาร้อยละ 15 ของรายได้ครอบครัวต่อปี และมีผลทำให้รายได้ครัวพลลดลงร้อยละ 5 (อมรา สุนทรธาดา, 2550) สิ่งที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรักษาไม่ครบ มีการศึกษาที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองขณะรับการรักษา เช่น การขาดการรักษาไม่มารับยาตามนัด การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (ภาสกร อัครเสวี และคณะ, 2542; นิอร อริยโนทัย, บุญเชิด กลัดพ่วง, และคณะ, 2548)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำศึกษาในผู้ป่วยที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นสูตรยาประเภทที่ 1 (Category 1 [2HRZE(S)/4HR]) ในผู้ป่วยใหม่ทุกรายที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน มีผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวันโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ผู้ป่วยวันโรคที่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อด้วยกล้อง

จุลทรรศน์มีรอยโรคในปอดมาก และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดชนิดรุนแรงรายใหม่ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นสูตรยาประเภทที่ 2 (Category 2 [2HRZES/1HRZE/5HRE]) ในผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาล้มเหลวจากสูตรยาประเภทที่ 1 รวมทั้งผู้ที่ขาดยาแล้วกลับมาได้รับการรักษา เนื่องจากผลเสมหะพบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ และผู้ป่วยที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นสูตรยาประเภทที่ 3 (Category 3 [2HRZ / 4HR]) ในผู้ป่วยรายใหม่ที่มีผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกสงสัยว่าจะเป็นวัณโรคปอด หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ที่ไม่รุนแรง โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลควบคุมกำกับการรับประทานยาแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) โดยคัดเลือกพี่เลี้ยงตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยซึ่งมีทั้งสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน ซึ่งเนื่องมาจากผลการรักษาหายต่ำกว่าเป้าหมายของแผนการควบคุมวัณโรคแห่งชาติมากทางโรงพยาบาลดอยสะเก็ดได้มีการทำ DOTS อย่างเข้มข้นตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา โดยการจัดการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ที่สนใจในเรื่องวัณโรค และการทำ DOTS มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติหลังจากได้รับการอบรม และมีการจัดประชาสัมพันธ์เรื่องวัณโรคในชุมชนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบันมีข้อจำกัด คือ ระยะเวลาในการรักษาที่ยังต้องใช้เวลานานอย่างน้อย 6 เดือน และมีระบบยารักษาวัณโรคเพียงระบบเดียวที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด ทำให้มีปัจจัยสำคัญมาเกี่ยวข้องอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย (พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ, 2549) ซึ่งเป็นตัวกำหนดที่สำคัญว่าจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนตามกำหนดระยะเวลาการรักษาหรือไม่อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาหายอย่างจริงจัง นำไปสู่การหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ป้องกันและลดโอกาสการติดเชื้อวัณโรคคือยาหลายขนานและช่วยลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำได้อีกด้วย (พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ, 2549) ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคที่มักมีผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยได้แก่ การลืมรับประทานยาบางมื้อ การปรับเปลี่ยนหรือเลือกรับประทานยาเนื่องจากการแพ้ยา การหยุดรับประทานยาก่อนกำหนด เพราะคิดว่าหายแล้ว ความรู้สึกเบื่อหรือไม่ใส่ใจในการรับประทานยาวัณโรคอย่างต่อเนื่องนานๆ (พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ, 2549) นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมจะเป็นการส่งเสริมแผนการรักษาให้ดียิ่งขึ้น (ชญาณัฐ ปัญญาทอง, 2544) เช่น การมาตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุราในขณะที่รับการรักษาวัณโรค (สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ, 2540) โดยมี

จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยวัยโรคสามารถใช้ชีวิตอยู่กับภาวะโรคได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขณะเจ็บป่วย อีกทั้งเป็นการช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลตนเองที่ดี เนื่องจากว่าโรคเป็นโรคที่ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีจะประคับประคองกระบวนการของชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตให้เป็นไปอย่างปกติสุข ป้องกัน ควบคุม รักษาการเจ็บป่วย ปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะและช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องกล่าวถึงแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งโอเร็มเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีความสามารถในการดูแลตนเองโดยแสดงออกมาในรูปพฤติกรรมการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นผลมาจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม และความสามารถเฉพาะบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี บุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง และต้องทราบก่อนว่าเมื่อทำกิจกรรมเหล่านั้นแล้วจะเกิดประโยชน์อย่างไร และสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือไม่ การดูแลตนเองเป็นกระบวนการอย่างหนึ่ง ซึ่งบุคคลตระหนักและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ป้องกันโรค และสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งโอเร็ม (Orem, 2001) ได้กำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองว่า

1. เป็นไปเพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิต และสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข
2. เพื่อคงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะที่เหมาะสม
3. เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และอันตรายต่างๆ
4. เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ

ดังนั้น โอเร็ม (Orem, 2001) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประเภทตามภาวะสุขภาพ และระยะเวลาของพัฒนาการ คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัยของชีวิตซึ่งจะต้องปรับเปลี่ยนไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่างๆเป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิตและการรักษาไว้ซึ่งความมั่นคงของโครงสร้างการทำหน้าที่และความผาสุกโดยทั่วไปของบุคคล การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การรักษาไว้ซึ่งการได้รับอากาศ อาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ การรักษาไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ การรักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม

และการพักผ่อน การรักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่อย่างสันโดษ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การป้องกันอันตรายต่างๆ ที่มีต่อชีวิต การทำหน้าที่และความผาสุก และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ โดยให้มีความสอดคล้องกับความสามารถ ข้อจำกัด และความต้องการของบุคคลนั้น

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ ภาวะหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะหรือช่วงวัยของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของชีวิต หรืออาจเป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ 1) การส่งเสริมพฤติกรรมในอันที่จะป้องกันการเกิดอันตรายที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของบุคคล 2) จัดหาเกี่ยวกับสิ่งที่จะช่วยในการบรรเทาหรือเอาชนะผลเสียต่างๆ ได้แก่ การขาดการศึกษา มีปัญหาการปรับตัวในสังคม ความเจ็บป่วย ความพิการ การสูญเสียญาติ เพื่อนและผู้ร่วมงาน การสูญเสียของรักหรือความมั่นคงด้านการงาน อาชีพ การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อย่างกะทันหัน ปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพทางสังคม ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีหรือมีความพิการ การดำเนินชีวิตที่กดขี่ทารุณ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย หรือตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่กำเนิด ความผิดปกติทางด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้ เสาะหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพอนามัย เมื่อบุคคลอยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับตัว กระทบทางด้านร่างกาย ชีวิตวิทยา หรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้บุคคลเกิดอาการที่เป็นพยาธิสภาพ หรือเมื่อมีหลักฐานว่าสภาพทางพันธุกรรม จิตใจ และร่างกาย จะก่อให้เกิดพยาธิสภาพ ความผิดปกติหรือเกิดโรคขึ้น รับรู้และใส่ใจในพยาธิสภาพและผลของพยาธิสภาพ รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพตามการวินิจฉัยโรค แผนการรักษา และการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพยาธิสภาพรุนแรง ควบคุมให้สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ แก้ไขความพิการหรือความผิดปกติ หรือลดหย่อนความพิการที่เกิดขึ้น รู้และใส่ใจหรือควบคุมสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค ปรับอัตมโนทัศน์ (self-concept) ให้เหมาะสมโดยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและการรักษาเฉพาะอย่าง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา โดยการมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยเลือกศึกษา 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และ

พฤติกรรม การดูแลตนเอง การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย หรือตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งในผู้ป่วยวัณโรคนี้ควรมีพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้ง 2 ด้าน เพราะว่าหากผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมเพียงด้านใดด้านหนึ่งโดยไม่ได้นำถึงอีกด้านก็จะไม่ทำให้หายขาดจากวัณโรคได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อประคับประคองกระบวนการของชีวิต สนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข ป้องกันควบคุม รักษาการเจ็บป่วย ปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ ซึ่งมุ่งเน้นที่ตัวบุคคลในเชิงปกติสุขโดยคำนึงถึงวงจรชีวิต หรือกระบวนการชีวิตของบุคคลเป็นส่วนใหญ่

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป และผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ความต้องการในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ผู้ป่วยควรจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมการที่คาดว่าจะเกิดผลดีกับตนเอง และผู้ป่วยต้องทราบก่อนว่าเมื่อทำกิจกรรมเหล่านี้แล้วจะเกิดประโยชน์อย่างไร และสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือไม่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งซึ่งผู้ป่วยตระหนัก และรับผิดชอบที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง ป้องกันโรคและสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม การดูแลตนเองจะดีหรือไม่ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม การดูแลตนเอง ตามความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหา ด้านสุขภาพ (Orem, 2001) ผู้ศึกษาจึงสรุปแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยวัณโรคซึ่งได้ประยุกต์ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ได้ดังนี้

1. พฤติกรรม การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยวัณโรคควรมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปดังต่อไปนี้

1.1 การรับประทานอาหาร และการดื่มน้ำควรรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน โดยการเลือกรับประทานอาหาร ดังนี้ (สมศรีธรรมโม, 2544)

1.1.1 อาหารหมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วต่างๆ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับโปรตีนให้เพียงพอ ควรได้รับประมาณร้อยละ 10 - 15 ของพลังงานที่ควรได้รับเพื่อช่วยในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ในแต่ละวันผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับประทานไข่ต้มอย่างน้อยวันละ 1 ฟองร่วมด้วย (บัญญัติ ปริชญาณนท์ และคณะ, 2542)

1.1.2 อาหารหมู่ที่ 2 ได้แก่ อาหารจำพวกข้าว แป้ง น้ำตาล โดยปกติปริมาณของคาร์โบไฮเดรตที่ร่างกายต้องการในแต่ละวันประมาณ 50-60% ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับในแต่ละวัน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรค ควรได้รับอาหารว่างในแต่ละวันด้วย สำหรับอาหารว่างที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคคือ อาหารที่มีความหวาน เช่น น้ำหวาน ขนมต่างๆ ที่มีน้ำตาล เช่น สังขยา เป็นต้น (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2542)

1.1.3 อาหารหมู่ที่ 3 ได้แก่ อาหารจำพวกผัก ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด และผักที่มีสีเหลือง หรือสีแดงซึ่งนอกจากจะทำให้อาหารมีสีสวยชวนรับประทานแล้ว ยังประกอบด้วยแร่ธาตุและวิตามิน ทำให้ร่างกายแข็งแรงมีใยอาหารและน้ำทำให้ท้องไม่ผูก

1.1.4 อาหารหมู่ที่ 4 ได้แก่ อาหารจำพวกผลไม้ ได้แก่ ผลไม้ชนิดต่างๆ เช่น กล้วย ส้ม ฝรั่ง มะละกอ และในผลไม้จะมีวิตามินซี จะไปช่วยในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในขณะเจ็บป่วย

1.1.5 อาหารหมู่ที่ 5 ได้แก่ อาหารจำพวกไขมัน ทั้งจากพืชและสัตว์เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา เนยและครีมต่างๆ มะพร้าว เนื้อสัตว์ติดมัน เป็นต้น ซึ่งควรได้รับไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับในแต่ละวัน สำหรับ ผู้ป่วยโรค ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เพราะจะช่วยในการให้พลังงานแก่ร่างกาย (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2542)

นอกจากการรับประทานให้ครบ 5 หมู่ร่างกายยังต้องการสารน้ำ เพราะน้ำจะทำหน้าที่เป็นตัวทำลายโดยพาสารอาหารไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย และช่วยกำจัดของเสียออกจากร่างกาย อีกทั้งช่วยในการควบคุมอุณหภูมิ ผู้ป่วยโรค ควรดื่มน้ำ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500-2,000 มิลลิลิตร จะช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นของเสมหะ และทางเดินหายใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรค ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เพราะคาเฟอีนจะมีฤทธิ์ กระตุ้นการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดให้ทำงานหนักมากขึ้น นอกจากนั้นคาเฟอีนยังทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ร่างกายอ่อนเพลีย

1.2 การออกกำลังกายควรออกกำลังกายเบาๆสม่ำเสมอเหมาะสมกับความรุนแรงของโรคที่รุนแรงอยู่ หากเป็นระยะของโรคที่มีอาการเหนื่อยหอบมาก ต้องงดออกกำลังกายหรือออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย เมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบต้องหยุดทันทีในระยะที่ไม่มีอาการของโรคปรากฏก็สามารถออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาทีหรือมากกว่า โดยมีขั้นตอนในการออกกำลังกายคือการฝึกการหายใจ การฝึกความผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจขณะทำกิจกรรม การเพิ่มการเคลื่อนไหวของทรวงอกและลำตัว การเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ การ

ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคได้แก่ การเดินเร็วๆ วิ่งเหยาะๆ การขี่จักรยาน การเดินเล่น หรือการรำมวยจีนเป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

1.3 การพักผ่อนผู้ป่วยควรพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และกลางวันควรนอนพักผ่อนบ้าง เพื่อให้ร่างกายได้พัก

1.4 การผ่อนคลายความเครียดควรผ่อนคลายความเครียดเพื่อให้จิตใจเบิกบาน และสดชื่นไม่มีความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยมากเกินไป โดยผู้ป่วยควรเรียนรู้และพัฒนาทักษะการจัดการกับภาวะเครียด หาวิธีผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง นั่งสมาธิ อ่านหนังสือดูโทรทัศน์หรือทำงานอดิเรก และการพักผ่อนหย่อนใจ

1.5 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้มีโอกาสได้ระบายความรู้สึกได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา รวมทั้งไม่คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้งจากสังคม

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย หรือตามภาวะเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย ได้รับบาดเจ็บ หรือเมื่อการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ รวมถึงบุคคลที่อยู่ในระหว่างการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ (Orem, 2001) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้

2.1 การรับประทานยา วัตถุประสงค์หลักการรักษาวัณโรคคือ การรักษาผู้ป่วยให้หายอย่างน้อยร้อยละ 85 (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ซึ่งต้องรับประทานยาที่ถูกต้อง ทั้งชนิดและจำนวน และระยะเวลาการรับประทานต้องสม่ำเสมอ ยาวนานเพียงพอ ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง โดยไม่มีคำสั่งแพทย์ ขณะรับประทานยาผู้ป่วยต้องสังเกตอาการข้างเคียงของยาร่วมด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่า วัณโรคอย่างชัดเจนว่า การขาดการรักษาหรือการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นโรคใหม่ในผู้ป่วยซึ่ง ภาสกร อัครเสวี และคณะ (2542) ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื้อยาวัณโรคในเรือนจำแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการดื้อยา คือ การไม่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ หรือการรับประทานที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้การใช้ยาอื่นๆ ร่วมกับการรักษาวัณโรค ควรปรึกษาแพทย์ทุกครั้งไม่ควรซื้อยามารับประทานเองโดยที่แพทย์ไม่สั่ง เพราะอาจเกิดอันตรายได้

2.2 การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคออกไปสู่บุคคลอื่นมีดังนี้ (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2542)

2.2.1 การปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม ผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยงการไอจามรดผู้อื่นโดยปิดปาก และจมูกทุกครั้ง เมื่อไอ หรือจาม ด้วยผ้าเช็ดหน้า หรือกระดาษชำระ เพื่อไม่ให้เชื้อวัณโรคกระจายสู่อากาศ และล้างมือให้สะอาดบ่อยๆ เพราะเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคปอดอาจติดอยู่ที่มือเมื่อไปสัมผัสกับสิ่งอื่น หรือบุคคลอื่นจะทำให้เชื้อวัณโรคติดกับสิ่งเหล่านั้น หรือบุคคลนั้นได้

และควรบ้วนเสมหะหรือน้ำลายลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดแล้วนำไปทำความสะอาดโดยเทลงส้วมหรือนำไปเผาหรือฝัง

2.2.2 ภาชนะที่สัมผัสกับเชื้อวัณโรคควรล้างด้วยน้ำสะอาดและนำไปต้มในน้ำเดือดนาน 15-30 นาที เนื่องจากความร้อนจะสามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ ผ้าเช็ดหน้าที่ใช้แล้วควรนำไปซักให้สะอาดผึ่งแดดให้แห้งก่อนนำมาใช้อีก หรือถ้าเป็นกระดาษชำระควรนำไปทำลายด้วยการเผา หรือทิ้งลงส้วม

2.2.3 การแยกภาชนะ การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นควรแยกภาชนะเช่น แก้วน้ำ จาน ช้อน และควรใช้ช้อนกลางตักอาหาร เมื่อใช้เสร็จต้องล้างทำความสะอาด และผึ่งแดดให้แห้ง

2.2.4 การแยกผู้ป่วยออกจากผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และเด็กเล็ก เนื่องจากบุคคลดังกล่าวมีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ง่ายกว่าบุคคลปกติ ดังนั้น ในระยะที่มีอาการไอมากๆ ควรมีการแยกห้องนอนจากบุคคลเหล่านั้น

2.3 การมาตรวจตามนัด การรักษาวัณโรคมี 2 ระยะคือ ในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก ยาจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมดในระยะนี้ แพทย์จะนัดผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์เพื่อประสิทธิผลในการหายของโรค หรือมีการใช้ระบบการให้ยาผู้ป่วยโดยมีผู้ควบคุมซึ่งให้ผู้ป่วยมารับประทานยาทุกวัน ที่สถานบริการสาธารณสุข ส่วนในระยะต่อเนื่องหลังจากในระยะเข้มข้นผ่านไป 2 เดือนแพทย์จะนัดผู้ป่วยทุกเดือนเพื่อรับยา และติดตามผลการรักษาโดยการตรวจเสมหะ และเอกซเรย์ปอดเป็นระยะ หากผู้ป่วยขาดยาเกิน 2 สัปดาห์ต้องเริ่มต้นรักษากันใหม่ทั้งหมด และหากขาดยาเกิน 2 เดือนติดต่อกันจะจำแนกผู้ป่วยสูญหายขาดการรักษา (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

2.4 การงดสิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น สุรา บุหรี่ และยาเสพติด เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้ลายสุขภาพให้เสื่อมโทรม การดื่มสุราก็ทำให้การทำงานของตับเสื่อมลง โดยเฉพาะในช่วงการรักษาด้วยยาหลายชนิดที่มีผลทำให้ตับมีการอักเสบ การดื่มสุรายิ่งทำให้ตับอักเสบเพิ่มมากขึ้น (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2542) การสูบบุหรี่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของขบวนการป้องกันเชื้อโรคของปอด สารในบุหรี่สามารถเปลี่ยนแปลงระบบภูมิคุ้มกันทั้งที่มีอยู่ในธรรมชาติ และที่ร่างกายสร้างขึ้นให้มีการต่อสู้ต่อเชื้อวัณโรค และยังพบว่าปอดของกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีลักษณะเนื้อปอดเป็นโพรงมากกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ และผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มนี้เสมหะเปลี่ยนจากพบเชื้อเป็นไม่พบเชื้อช้ากว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ (นิอร อริโยทัย, สายใจ สมิทธิการ, และคณะ, 2548)

2.5 การจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยจะต้องมีการถ่ายเทอากาศได้สะดวกไม่อับชื้น ดังนั้นการจัดบ้านเรือนต้องจัดให้อากาศสามารถถ่ายเทได้สะดวก และควรนำที่นอน หมอนมุ้ง ผึ่งแดดอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการฆ่าเชื้อโรคที่สะสมอยู่ในที่นอน

หมอนมุ้ง เพราะแสงอาทิตย์สามารถฆ่าเชื้อไวรัสโรคได้ ภายในระยะเวลา 5 นาที (ปรีชา วิจิตพันธ์ และคณะ, 2542) ซึ่งมีการศึกษาการติดเชื้อไวรัสของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาและพยาธิวิทยาในโรงพยาบาล 17 แห่งประเทศแคนาดาพบว่า สูงกว่าบุคลากรอื่นถึง 1.6 เท่า และ 5.4 เท่า ตามลำดับซึ่งมีความสัมพันธ์กับการระบายอากาศในห้องปฏิบัติการ ไม่เพียงพอ (Menzies, Fanning, Yuan, & Fitzgerald, 2003)

จากที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขตามศักยภาพ ดังนั้นผู้ป่วยโรคต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยชินและยอมรับการรักษา เพื่อให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรค โดยการผสมผสานพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีเข้าไปในวิถีชีวิตเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพตามมาอันเนื่องมาจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีนั่นเอง อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ซึ่ง โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การที่บุคคลจะสามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และสอดคล้องกับภาวะของโรคนั้น เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ต้องคำนึงถึงคือปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factor) ได้แก่ อายุ เพศ สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ระดับการศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ประสพการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) พบว่า การที่บุคคลจะสามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และสอดคล้องกับภาวะของโรคนั้น เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) แต่ทั้งนี้การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน เพราะเป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินใจพฤติกรรม และการแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ที่เข้ามากระทบในแต่ละสถานการณ์ หรือความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นเหมือนระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสอง

อย่างข่มส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ถ้าความสามารถในการดูแลตนเองมีเพียงพอ บุคคลนั้นจะดูแลตนเองได้ โดยจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามมา

อายุ

อายุและระยะพัฒนาการเป็นตัวบ่งชี้ถึงควมมีวุฒิภาวะ หรือ ความสามารถในการรับรู้ แปลความหมาย การตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล คือเมื่อบุคคลมีอายุ วุฒิภาวะ สูงขึ้นการดูแลตนเองจะสูงขึ้นตาม และจะสมบูรณ์สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ (Orem, 2001) การดูแลตนเอง จะขึ้นอยู่กับพัฒนาการแต่ละช่วงชีวิตของบุคคล เช่น ในเด็กเล็กๆ อาจจะยังไม่ได้พัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเอง หรือวัยสูงอายุ ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ในวัยผู้ใหญ่จะมีพัฒนาการความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีการประเมิน สิ่งเร้าต่างๆที่มีการเลือกแนวทาง และหาเป้าหมายในการปฏิบัติ มีการตัดสินใจ แล้วจึงมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระยะเวลาต่อมา (Orem, 2001) โดยที่บุคคลสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจ เลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่าง ต่อเนื่อง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุ และวุฒิภาวะที่ต่ำกว่าซึ่ง จากการศึกษาของ จิตติรัตน์ชญา ไชยเจริญ (2543) ที่ศึกษาในเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยชีวิตสังคมกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี ในผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 331 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิก วัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 181 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

เพศ

เป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001) ซึ่งบ่งถึงความแตกต่างทางสรีระวิทยาอันส่งผลถึงการดูแลตนเอง โดยเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึง คุณภาพพลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ (Orem, 2001)

จากการศึกษาของ สุวรรณ บุญยะสิทธิ์พรณ, อัมพรพรณ ชีรานุนตร, เจียมจิต แสงสุวรรณ, การุณย์ หงส์กา, และ ผ่องเพ็ญ เจียมสาธิต (2540) เรื่องปัจจัยที่คัดสรร และความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่รับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2543) และ สายฝน เลิศวาสนา (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อของบุคคล (Orem, 2001) โดยมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล วิธีการดูแลตนเองที่บุคคลเรียนรู้และถ่ายทอดกันมาเป็นขนบธรรมเนียม ประเพณี อาจเป็นวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ แต่การดูแลที่ได้รับการถ่ายทอดสืบต่อมาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยก็จะไม่ยอมมารับการรักษา หรือ ไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษา และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ทักษะที่ดีต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วันเพ็ญ ริมวิทยากร และ พรศรี อรุณกาญจนา, 2545) แต่จากการศึกษาของ สมัยพร อาชาล (2543) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 60 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีผลต่อพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ระดับการศึกษา

โอเร็ม (2001) เชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองโดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาสามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ตลอดจนสามารถเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้อง จากการศึกษารูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่พบว่าการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ จิตติรัตน์ชญา ไชยเจริญ (2543) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สายฝน เลิศวาสนา (2546) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

สภาพที่อยู่อาศัย

สภาพที่อยู่อาศัยของบุคคลจะช่วยให้มีการปรับวิธีการที่จะสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) สภาพที่อยู่อาศัยที่ในชนบทหรือห่างไกลจากสถาน บริการ ต้องใช้ระยะเวลาในการเดินทาง หรือเดินทางบ่อย มีผลต่อความสม่ำเสมอในการ รับประทานยา (พัฒนา โพธิ์แก้ว และคณะ, 2544)

แบบแผนการดำเนินชีวิต

ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตมีอิทธิพลต่อความต้องการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่ง มีความแตกต่างกันในด้านปริมาณความต้องการดูแลตนเอง และกลวิธีตอบสนองต่อความต้องการ ดูแลที่เป็น (Orem, 2001) จะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง บ่งชี้ถึงศักยภาพในการ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ได้แก่ แบบ แผนการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล บุคคลที่มี อาชีพต่างกัน ย่อมมีแบบแผนการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน ทำให้ความต้องการดูแลตนเองแตกต่าง กันด้วย จากการศึกษานี้ของ จิตติรัตน์ชญา ไชยเจริญ (2543) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาชีพรับจ้างทั่วไปและอาชีพรับ ราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคปอดได้ร้อยละ 10.3 และสายฝน เลิศวาสนา (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดที่มีอาชีพ ต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ อารีย์ เจริญพุก (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ภาวะสุขภาพ ระยะของโรคเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ และร่วมกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เมื่อความรุนแรงของโรคมามากขึ้นจะมีอุปสรรคต่อหรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้ ดังการศึกษาของ พุทธเมษา หมีนคำแสน (2542) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ แตกต่างจากการศึกษาของ สุวรรณ นุญชลีพรรณ และคณะ (2540) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

แหล่งประโยชน์

การมีแหล่งประโยชน์และมีความเพียงพอจะส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นได้แตกต่างกัน (Orem, 2001) การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จะทำให้บุคคลได้รับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปในการดำรงชีวิตตามความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตนเอง (Orem, 2001) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์หนึ่งของบุคคล (Hanucharukul, 1988) เนื่องจากบุคคลต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลที่เป็นเครือข่ายสังคมตนเอง ได้แก่ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือ บุคลากรในทีมสุขภาพ แพทย์ พยาบาล ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความเป็นเพื่อน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ซึ่งความช่วยเหลือต่างๆที่ได้รับการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมก็คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะทําบุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในตนเอง ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล (Orem, 2001) อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้นอีกด้วย

ครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดการเพื่อสนองความต้องการดูแลตนเอง รูปแบบของสังคม หรือ อิทธิพลของสังคมเป็นปัจจัยที่ช่วยในการประเมินคุณภาพในการดูแลตนเอง หรือ ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ครอบครัว ได้แก่ สถานภาพและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกที่เจ็บป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ สมบัติ ไชยวัฒน์, ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาสุขะ และ ทิพาพร

วงศ์หงส์กุล (2542) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามร้อยเอ็ดใหม่ จำนวน 237 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระบบบริการสุขภาพ เช่น การวินิจฉัยโรค การรักษา (Orem, 2001) เป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ที่เกื้อหนุนให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยจะส่งเสริมให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแล และให้บริการในด้านการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริม และคงไว้ซึ่งพัฒนาการและการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งมีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) จากการศึกษาของเพ็ญศรี ปัญญาตั้งสกุล และ พรศักดิ์ โคตรวงษ์ (2546) เรื่องประสิทธิผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่เน้นการให้กำลังใจ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดในระยะเข้มข้นของการรักษา ในผู้ป่วยโรคปอดที่ตรวจเสมหะพบเชื้อซึ่งมารับบริการ ณ สถานตรวจปอดกรุงเทพฯ กองวัณโรคในระยะเข้มข้นของการรักษา จำนวน 113 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดที่มีผลเสมหะตรวจพบเชื้อที่เข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาซึ่งเน้นการให้กำลังใจ มีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาถูกต้องครบถ้วนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการตรวจเสมหะมีการเปลี่ยนแปลงจากพบเชื้อเป็น ไม่พบเชื้อในระยะเข้มข้นของการรักษาร้อยละ 77

ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ นั้นจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล (Orem, 2001) ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หรือ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เช่น เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การสูญเสียคู่ชีวิต การหย่าร้าง การเปลี่ยนงานอาจส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือ ผู้ป่วยมีประสบการณ์เคยเห็นผู้ป่วยมะเร็งตายทุกคน เมื่อตนเองได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งอาจมีความกลัวหรือไม่ยอมรับรักษาเพราะคิดว่ารักษาก็ต้องตาย หรือเกิดความรู้สึกท้อแท้ใจ สูญเสียความหวัง จนไม่สามารถจะรู้สึกตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ

ได้รับยาครบในผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย (Lertmaharit, Kamol-Ratankul, Sawert, Jiltimane, Wangmanee, 2005) พบว่า ประสิทธิภาพเคยสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาครบในผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองมีปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องอยู่หลายปัจจัยดังกล่าวซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ปัจจัย คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยมีรายละเอียดของปัจจัยที่เลือกศึกษาดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

บรูค และคณะ (Brook et al., 1979) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพหมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งมี 6 ด้านคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

Pender (1996) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดี ก็จะมีแนวโน้มเชิงที่จะกระทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี การรับรู้ควบคุมสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่า เป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง หรือได้รับอิทธิพลมาจากอำนาจของผู้อื่น และเป็นผลของความบังเอิญ หรือโชคชะตา ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

เบคเกอร์ (Becker, 1974) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวทำให้บุคคลพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด มีการเปรียบเทียบระหว่างผลประโยชน์ของการปฏิบัติกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ และต้องมีแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อจะแสวงหาความรู้ คำแนะนำ และวิธีปฏิบัติตัว ซึ่งหากบุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ และปัจจัยร่วมดังกล่าวจะก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

สรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก ความเชื่อ ความคิด และความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อภาพรวมของสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงเวลาหนึ่งตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

บรูค และคณะ (Brook et al., 1979) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปขึ้น (general health perception battery) ประกอบด้วยข้อคำถามถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (prior health) เป็นการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เช่นเคยเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ ความเจ็บป่วยยาวนานซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางลบ เมื่อประเมินเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด วิตกกังวล จนส่งผลให้การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตทางบวก มีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ดี เคยสมหวังในอดีต เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบันจะทำให้บุคคลนั้นมีความเครียดในระดับที่เหมาะสมมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดี

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (current health) บุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน หรืออาจบ่อยครั้งนั้นขึ้นอยู่กับความรู้สึกว่า ตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือมีการเจ็บป่วยซึ่งการประเมินของแต่ละบุคคลเป็นความคิดของการให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” นั้นเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพและอาการต่างๆทางร่างกายที่ปรากฏ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ถ้าภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพเพียงเล็กน้อย เช่น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น หรือมีอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แต่บุคคลนั้นก็ประเมินสุขภาพของเขาวางอยู่ในเกณฑ์ดี หากบุคคลนั้นมีการรับรู้เช่นนั้น แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจขัดกับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (health outlook) เมื่อบุคคลเจ็บป่วยความเจ็บป่วยของตนเองย่อมจะส่งผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการได้ในอนาคต บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอนาคตจากการคาดเดาได้ด้วยตนเอง การ

รับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้อื่น จะส่งผลถึงความหวัง หรือความหมกหมองของบุคคลนั้นได้ ถ้าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มีความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตของตนเองโดยมีความหวัง ก็จะทำให้มีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นขาดการสนับสนุนทางสังคมมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เลวร้ายทั้งในอดีตและปัจจุบันก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกหมกหมองมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตทางลบ

4. การรับรู้ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (resistance/susceptability to illness) เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่า ร่างกายตนเองสามารถต้านทานโรคหรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและสามารถปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา กล่าวคือถ้าบุคคลไม่เชื่อว่าการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ ขาดความเชื่อถือในแพทย์ มีความเชื่อกทศนคติเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้ทัศนคติเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดไป นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ หรือมีอาการของโรคเกิดขึ้นอีก ในกรณีที่บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อน การคาดคะเนก็มีความถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง จะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองดีตามมา

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (health worry and concern) การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยว่าอาจทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความวิตกกังวลได้ อาการวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีมากเกินไปนี้ส่งผลให้มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดกลไกทางจิตโดยการปรับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดให้ดีขึ้น และมีการประเมินภาวะสุขภาพเสียใหม่ว่า อาจไม่มีความผิดปกติใดๆ เบี่ยงเบนความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเสียใหม่ รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง สร้างความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีเกิดกำลังใจและให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ความสนใจต้องตระหนักถึงความสำคัญ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีนั้น จะทำให้มีการดูแลภาวะสุขภาพในการควบคุมความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (sickness-orientation) เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและเจ็บป่วยสลับกันไป การที่บุคคลยอมรับและเข้าใจว่ามีความเจ็บป่วย และเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินของโรค

แนวโน้มการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาที่มีการแสวงหาความช่วยเหลือการรักษาที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสม

เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งเป็นโรคติดต่อ และเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยอย่างมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้วิจัยได้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ บรูค และคณะ (Brook et al., 1979) เป็นการประเมินที่แสดงถึงสภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ได้ และสื่อถึงการมองบุคคลในลักษณะองค์รวมไม่สามารถแยกเป็นส่วนๆ ได้ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังการศึกษาของ ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง (2544) ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรค 100 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ในขณะที่การศึกษาของ อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อีกทั้งมีการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคระยะแอบแฝงในประเทศอังกฤษ จีน และสเปน จำนวน 217 คน พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับต่ำเป็นปัจจัยทำนายความล้มเหลวของการรักษาวัณโรค (Shieh, Snyder, Horsburgh, Bernardo, Murphy, Saukkonen, 2006) และการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในประเทศปากีสถาน พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าวัณโรคเป็นโรคที่อันตราย และเป็นโรคติดเชื้อที่รักษาไม่หายมีผลทำให้มีการปฏิเสธการวินิจฉัยและการเข้ารับการรักษา (Liefoghe, Michiels, Habib, Moran, De Muynck, 1995) ซึ่งมีจำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาคลินิกวัณโรคในกรุงลอนดอน ปฏิเสธการรักษา เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้ถูกตราบาปหากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค (Nnoaham, Pool, Bothamley, Grant, 2006) ดังนั้นจึงเห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง

การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับผลการดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการแยกตัวเองในระยะแรก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อส่งผลกระทบต่อให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และสังคมตามมา นอกจากนั้นยังเกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ จากการที่ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนการทำงาน และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้น ผู้ป่วยวัณโรคปอดจึงควรได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จากครอบครัว สังคม และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีอิทธิพลหรือมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของบุคคล และมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังด้วย (Cohen & Wills, 1985) และการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในตนเอง เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ซึ่งโคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills, 1985) ได้กล่าวถึงบทบาทการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพใน 2 ลักษณะ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (Support as a main effect) กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนโดยตรง จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางบวก นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมยังมีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันและระบบฮอร์โมนของร่างกายอีกด้วย ดังนั้นบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากจึงภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ดีกว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า

2. การสนับสนุนทางสังคม ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Support as a buffering effect) เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น และบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียดและคุกคามต่อตนเอง ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาเหล่านั้นๆ ได้ ทำให้บุคคลสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะเครียดได้โดย 1) ช่วยให้ผู้บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรงเพราะรับรู้ว่าจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ความเครียดจึงลดลง 2) ช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกาย ทำให้บุคคลรู้จักการแก้ไขปัญหา ลดการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหา ทำให้การทำงานของระบบฮอร์โมนของร่างกายลดลง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้การได้รับข้อมูลข่าวสาร จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น เพิ่มแรงจูงใจในตนเอง รู้สึกว่าควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหามากขึ้น

เนื่องจากมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างหลากหลาย การสนับสนุนทางสังคมจึงถูกมองออกเป็นหลายแนวความคิด และมีความหมายแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของผู้ศึกษา จึงพบว่าความหมายของการสนับสนุนทางสังคมบางครั้งมีความแตกต่างกัน บางครั้งมีความหมายเหมือนกัน ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้คนเราเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการ ที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุ สิ่งของหรือบริการ โดยที่ผู้รับจะได้รับผลประโยชน์จากความช่วยเหลือหรือปฏิสัมพันธ์ เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจ ของบุคคลในสังคม เพื่อใช้จัดการกับความเครียด (coping reassurance) และเป็นส่วนที่ทำให้บุคคล เกิดความพึงพอใจ

เฮาส์ (House, 1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และประเมินตนเอง

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึง ความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของ บุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายของบุคคลที่ แสดงออกถึงความสนใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรักและ สนใจมีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับการ ช่วยเหลือด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ โดยที่ผู้รับจะได้รับ ประโยชน์จากความช่วยเหลือหรือปฏิสัมพันธ์ เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคมเพื่อ ใช้จัดการกับความเครียด และเป็นส่วนที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb, 1979) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขา ได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นความรู้สึกที่ บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่าด้วย
3. การสนับสนุนทางด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support or network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ
2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

คาห์น (Kahn, 1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด (affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่งในรูปของความรักใคร่ผูกพัน การเคารพยกย่อง การยอมรับ
2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งการกระทำและความคิดของบุคคลอื่น
3. การให้ความช่วยเหลือ (aid) เป็นการให้วัตถุ สิ่งของ เงิน ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา ซึ่งเป็นความช่วยเหลือโดยตรง

เฮาส์ (House, 1981) ได้การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การสนับสนุนการยกย่อง การให้ความรักความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองและการเรียนรู้ตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านนี้จึงเปรียบเหมือนการเสริมแรงทางสังคม (social reinforcement)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่อง เงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ คอบบ์ (Cobb, 1976) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคน

สนใจ ดูแลเอาใจใส่และให้ความรัก เชื่อว่ามีบุคคลยกย่อง และมองเห็นคุณค่า และเชื่อว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน ร่วมกับแนวคิดของเซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งหรือบริการ โดยที่ผู้รับจะได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือหรือปฏิสัมพันธ์ เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อใช้จัดการกับความเครียด (coping reassurance) และเป็นส่วนให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ซึ่งที่ผ่านมาผู้ใช้สองแนวคิดนี้ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน จากการนำเสนอแนวคิดนี้มาผสมผสานกันและได้มีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานหรือบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้การสนับสนุนทางสังคม แก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และเนื่องจากผู้ป่วยวัณโรค เป็นโรคเรื้อรังได้รับผลกระทบจากโรคทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมให้ครอบคลุมทุกด้านดังกล่าว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จากความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นและรู้สึกไม่ปลอดภัยในการดำเนินชีวิต เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ อาจมีภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลต่อผลของการรักษา กลัวว่าตนจะไม่สามารถทำงานตามปกติได้ เพราะความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เนื่องจากอาการไอเรื้อรัง เจ็บหน้าอก รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการการประคับประคองด้านอารมณ์ ต้องการความรักและมีผู้ดูแลเอาใจใส่ ต้องการระบายความรู้สึกกับข้อใจกับบุคคลที่ไว้วางใจได้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัยและทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นด้วย

2. การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับ ยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า ผลกระทบจากการรักษาวัณโรคทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงบทบาทเดิมได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัวและอาจเกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมาได้ แต่ถ้ามีบุคคลรอบข้างให้ความเข้าใจ ยอมรับการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเป็นทุกข์ต่างๆ ออกมา ผู้ป่วยก็จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถเป็นที่ยอมรับ ยกย่องและมีคุณค่าต่อผู้อื่น ทำให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองต่อไป

3. การสนับสนุนทางด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม บุคคลรอบข้างช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในสังคม มีการกระทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ซึ่งไม่ขัดต่อโรคที่เป็นอยู่ จะทำให้

ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว หรือถูกแยกออกจากสังคม

4. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ภายหลังจากการรักษาโรค เมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน จะต้องปฏิบัติตามเพื่อรักษาสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้ดั่งนั้นผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ถ้าหากผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมจากบุคคลรอบข้าง จะทำให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการรักษา และมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

5. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เงินทองหรือการบริการ ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรค และผลข้างเคียงของยารักษาโรค ทำให้สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายลดลง ผู้ป่วยสามารถที่จะทำงานบางอย่างที่ต้องใช้แรงงาน หรือทำงานที่หักโหม ทำให้รายได้จากการประกอบอาชีพลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ และค่ายา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทต่อครอบครัวและสังคมได้เหมือนเดิม ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในด้านการเงินหรือมีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่การเงิน จะทำให้ผู้ป่วยคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวลลง ซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิผลของการรักษาดีขึ้น และผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีต่อไป

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับนั้น สร้างบนพื้นฐานหลายๆมิติของคำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคม (Brant & Weinert, 1981) ตามแนวคิดของนักวิจัยแต่ละท่าน ได้แก่

1. Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย นอร์เบค, ลินเซย์, และ คาร์เรีย (Norbeck, Linsey, & Cafrieri, 1981) ซึ่งสร้างตามแนวความคิดของคาห์น (Kahn, 1979) คำถามประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยืนยันรับรองพฤติกรรมของกันและกัน และด้านการให้ความช่วยเหลือ ลักษณะคำถามแบ่งออกเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม

2. The Personal Resource Questionnaire (PRQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย แบรินท และ ไวเนอร์ (Brandt & Weinert, 1981) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของไวส์ (Weiss) แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ PRQ 1 เป็นส่วนที่วัดจำนวน และชนิดของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ และ PRQ 2 เป็นส่วนที่วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความ

ใกล้ชิด ด้านการดูแลเอาใจใส่ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านการได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือ คำถามส่วนนี้แบ่งเป็นมาตราส่วน 7 ระดับ

3. Social Support Questionnaire (SSQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วยการได้รับการสนับสนุน 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร และด้านสิ่งของ และแบ่งการวัดเป็น 2 ส่วนคือ SSQ 1 วัดการสนับสนุนด้านสิ่งของ สามารถวัดจำนวนสิ่งของที่ได้รับ SSQ 2 วัดการสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านข่าวสาร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล คำถามส่วนนี้เป็นมาตราส่วน 5 ระดับ

4. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย แคปแลน (Kaplan) ที่สร้างตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ลักษณะเครื่องมือเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับจะนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวม ซึ่งหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใด และวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้

5. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมสร้างตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยนักวิจัยชาวไทย เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาและสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมชาวไทย เนตรนภา คู่พันธ์วี (2534) ได้สร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 12 สร้างขึ้นโดยการหาความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่านทำการตรวจสอบ และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 20 รายได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.94

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ เนตรนภา คู่พันธ์วี (2534) ที่สร้างขึ้นแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) เนื่องจากที่ผ่านมามีผู้ศึกษาหลายท่านได้นำสองแนวคิดนี้มาใช้ศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้สองแนวคิดนี้มาใช้ศึกษาครั้งนี้

การสนับสนุนทางสังคม มีส่วนสนับสนุนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของบุคคลโดย โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า มนุษย์ประกอบด้วยสิ่งภายใน ได้แก่ ร่างกายและจิตใจในขณะที่สิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบภายนอก คนและสิ่งแวดล้อมต้องมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันตลอดเวลา ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม จะทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์

ได้รับความช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระหน้าที่ ตลอดจนได้รับวัตถุดิบของที่จำเป็นต่อการมีปฏิสัมพันธ์กิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของมนุษย์ ซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมจะต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆ ซึ่งกันและกัน ดังนั้นมนุษย์จึงมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมอยู่เสมอ แต่จะต้องการการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ในภาวะที่เจ็บป่วยจึงถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต

ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เนื่องจากยังมีอาการเหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง อ่อนเพลีย ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองและความมั่นคงทางจิตใจ ซึมเศร้า และแยกตัวจากสังคม สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดก็คือ ต้องการให้มีคนเห็นใจ รับฟังความทุกข์ของเขาด้วยความสนใจ คอยเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ ถ้าหากไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ถูกแยกออกจากสังคมหรือไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือวางแผนในกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้และรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดอาการหงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า และอาจแสดงพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสมกับบุคคลรอบข้าง ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมาได้ ได้มีผู้ศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อาทิเช่น ผลการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (สงวนลักษณ์ สุขสวัสดิ์, 2545; สายฝน เลิศวาสนา, 2546; อารีย์ เข็มพุก, 2543)

จากผลการวิจัยที่กล่าวมา ได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและผล โดยสรุปได้แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลเพิ่มขึ้นทั้งในภาวะที่มีสุขภาพปกติ หรือเมื่อมีความเจ็บป่วย

กรอบแนวคิดของการศึกษา

วัณโรคและการรักษามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้าน เพราะวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้มีปัจจัยสำคัญมาเกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดว่าจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนกับภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสมที่จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการรักษาหายอย่างจริงจัง นำไปสู่การหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อ ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี บุคคลจะแสดง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลตระหนักและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันโรค และเผชิญปัญหาจากความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งได้เลือกศึกษา 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป เพื่อส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของร่างกายทั้งด้าน โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งการที่บุคคลจะสามารถบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองได้นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (Brook et al., 1979) เมื่อบุคคลรับรู้ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและตกลงใจกระทำแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม และเมื่อเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีเป็นแรงจูงใจให้กระทำพฤติกรรมบ่อยครั้งขึ้น (Pender, 1996) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแนวความคิดของ บรูค และคณะ (Brook et al., 1979) ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ในปัจจุบัน ในอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคหรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง มีความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอย่างเหมาะสม มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยยอมรับภาวะเจ็บป่วยของตนเองได้ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล (Pender, 1996) การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม ทำให้ได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในสังคมจะเป็นส่วนหนึ่งที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ดี และสามารถปรับตัวให้เข้ากับโรคได้ (Muhlenkamp & Sayles, 1986) โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ขกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวัณโรคปอด หากว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องและได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ก็จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค เพื่อส่งเสริมประสิทธิผลของการรักษา และป้องกันการติดต่อยารักษาวัณโรคต่อไป