

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เป็นที่ตระหนักว่าวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของ ประเทศในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก ถึงแม้ว่าปัญหาดังกล่าวในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรม จะสามารถ ควบคุมและลดอัตราการอุบัติการณ์ของวัณโรคได้ในช่วงระยะ 40 ที่ผ่านมา (สมาคมปราบวัณโรค, 2543) แต่ในสภาพการณ์ปัจจุบันวัณโรคเริ่มแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วอีกครั้งทั้งในกลุ่มประเทศที่ พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (นัคคา ศรียากษ์, 2542) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า ใน ปี ค.ศ. 1991 มีประชากรทั่วโลกที่ได้รับการติดเชื้อวัณโรคถึง 1,700 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ถึง 8 ล้านคน และในกลุ่มนี้มีการ เสียชีวิตถึง 2.9 ล้านคน (Kochi, 1991) และมีแนวโน้มของผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น โดยอัตรา ป่วยเพิ่มจากร้อยละ 16.3 ใน ปี ค.ศ. 1995 เป็นร้อยละ 35.6 ใน ปี ค.ศ. 2000 และคาดว่าใน ปี ค.ศ. 2005 จะเพิ่มขึ้นในอัตรา ร้อยละ 57.8 (Dolin, Raviglionel & Kochi, 1994) สำหรับในเขตภูมิภาค เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าในช่วง 10 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ 40 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้จะมีผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรคประมาณ 13 ล้านคน (Bloom, 1994) จากอัตราป่วยของวัณโรคที่เพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉิน ด้านสุขภาพในปี ค.ศ. 1993 (Taylor & Littlewood, 1998) ทั้งนี้เพื่อให้แต่ละประเทศได้ตระหนักถึง ความสำคัญของสถานการณ์การแพร่ระบาดของวัณโรค สาเหตุการแพร่ระบาดของโรสดังกล่าว ส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ทั้งนี้เพราะบุคคลที่ติดเชื้อเอช ไอวี/เอดส์จะมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้มากกว่าคนปกติ เนื่องจากความบกพร่องของภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ในปัจจุบันขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ ได้รับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะมีการติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วย (บัญญัติ ปริชยานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2542)

นอกจากนี้ยังพบว่าวัณโรคเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในกลุ่มโรคติดเชื้อทั่วโลก โดย ร้อยละ 95 ของผู้ที่เสียชีวิตจะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยที่ 2 ใน 3 อยู่ในทวีปเอเชียและที่ สำคัญอยู่ในวัยแรงงาน (บัญญัติ ปริชยานนท์ และคณะ, 2542) อีกทั้งมีรายงานว่าวัณโรคเป็น

สาเหตุการตายของประชากรโลกถึง 25 ล้านคน ซึ่งมากกว่าสาเหตุการตายด้วยโรคเอดส์ถึง 4 เท่า (Rieder, 1991) ที่สำคัญองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคจะเพิ่มขึ้นจาก 3 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1995 เป็น 3.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2000 (Bloom, 1994) นอกจากอัตราตายแล้วการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคยังมีผลกระทบที่ทำให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรอย่างมากโดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการรักษาวัณโรค จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาและควบคุมวัณโรคในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาสูงถึง 2,500 ล้านบาท ต่อปี (WHO, 2000.[online]. www.who.int) ร่วมกับผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งทางจิตใจและสังคม เพราะวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สังคมรังเกียจ โดยเฉพาะในระยะแรกของการรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องแยกตัวเองจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในชุมชน สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียด และบั่นทอนกำลังใจในการรักษามากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2541)

ดังนั้นการควบคุมรักษาวัณโรคจึงมีความสำคัญยิ่งต่อการลดอัตราป่วยและอัตราการตาย โดยที่เป้าหมายของการควบคุมวัณโรค มุ่งเน้นที่การลดอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรคทั่วโลกให้น้อยกว่า 1 ต่อล้านประชากร (Grange, 1993) ในเชิงทฤษฎีมาตรการสำคัญของการควบคุมวัณโรคจะเป็นเช่นเดียวกับโรคติดต่ออื่นๆ แต่กลยุทธ์หลักที่ใช้ในปัจจุบันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการควบคุมโรค คือ การค้นหาผู้ป่วย การรักษาด้วยยาระยะสั้น และการป้องกันโรคด้วยวัคซีนบีซีจี (WHO, 1993) แต่มาตรการที่สำคัญยิ่ง คือ การรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6-8 เดือน (Crofton et al., 1999) เพราะเป็นการตัดวงจรการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค อย่างไรก็ตามจากการประเมินผลมาตรการดังกล่าวยังไม่สามารถควบคุมวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลกตระหนักว่า การไม่ประสบความสำเร็จของการควบคุมวัณโรคในระดับโลกเกิดจากปัญหาสำคัญ คือ การค้นหาผู้ป่วย การสนับสนุนยา การขาดความร่วมมือจากผู้ป่วยในการรักษาด้วยยา ซึ่งปัญหาประการหลังพบได้ทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (Grange, 1993) นอกจากนี้มีรายงานระบุไว้อย่างชัดเจนว่า การขาดประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมรักษาวัณโรคขึ้นกับปัจจัยสำคัญที่สุด คือ การขาดยาหรือการได้รับยาไม่ต่อเนื่องและไม่ครบตามแผนการรักษา (Werf et al., 1990) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ความล้มเหลวของโปรแกรมการรักษาขึ้นกับความร่วมมือของผู้ป่วยวัณโรคในด้านการรักษา (Menzies & Vissandjee, 1993) ถ้าพิจารณาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษานั้น เกิดจากปัจจัยที่สำคัญหลายประการ เช่น ด้านสังคมเศรษฐกิจ ระบบการรักษาและสัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย ในด้านเศรษฐกิจนั้นเป็นที่ทราบกันว่าวัณโรคต้องใช้ระยะเวลารักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างมากในระหว่างรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มิรายได้น้อย ทำให้สามารถจ่ายเงินค่ารักษาได้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพียง 2-4 สัปดาห์ รวมทั้งไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา (Werf et al., 1990) หรือในบางกรณีผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอาจเข้าใจผิดว่าโรคได้รับการแก้ไขแล้วจึงอาจละเลยที่จะได้รับยาจนครบตามกำหนด (WHO, 2000.[online]. www.who.int) สำหรับระบบการรักษานั้นต้องใช้ระบบยาหลักถึง 5 ชนิด (WHO, 1996) ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจทำให้เกิดความสับสนและลืมวิธีรับประทานยา จึงทำให้ได้รับยาไม่ครบขนาด นอกจากนี้ระยะเวลาในการรักษา (6-8 เดือน) ยังส่งผลให้ความร่วมมือของการรับประทานยาของผู้ป่วยลดลง (Schlossber, 1999) อีกทั้งการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยสามารถส่งผลกระทบต่อผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคได้ (Grange, 1993) ที่สำคัญการรับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือได้ยาไม่ครบขนาด อาจทำให้เกิดการดื้อยาของเชื้อวัณโรคในระยะต่อมา ส่งผลให้การควบคุมวัณโรคในปัจจุบันยากกว่าในอดีต และมีผลทำให้โรครมีความรุนแรงมากขึ้น (สายัณห์ แก้วเกตุ, 2539)

ดังนั้นเพื่อควบคุมการแพร่กระจายวัณโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเป็นการลดความสูญเสียทางสุขภาพ ใน ปี ค.ศ. 1997 องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะกลยุทธ์ที่สำคัญในการควบคุมรักษาวัณโรค คือ การรักษาด้วยยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยงกำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (WHO, 2000.[online] www.who.int) หรือเรียกว่า DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ คือ 1) มีการกำหนดนโยบายดำเนินการควบคุมวัณโรคเป็นนโยบายหลักของประเทศ 2) การค้นหาผู้ป่วยโดยการตรวจเสมหะ 3) การใช้ระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยงกำกับดูแลการรับประทานยาในการรักษาผู้ป่วย 4) มีระบบสนับสนุนอย่างพอเพียง และ 5) ระบบการติดตามประเมินผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (WHO, 1996) ซึ่งการดำเนินการตามกลวิธีนี้บุคลากรทางสาธารณสุข หรืออาสาสมัครที่ได้รับการอบรมด้านการกำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคจะทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงของผู้ป่วย ดังนั้นวัตถุประสงค์สำคัญของ DOTS คือ การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ครบถ้วนและได้รับยาอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระบบที่เลี้ยงกำกับ ซึ่งจะมุ่งเน้นในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และกลยุทธ์นี้ได้กำหนดเป้าหมายในการรักษาไว้อย่างชัดเจน คือ การรักษาผู้ป่วยให้หายขาดร้อยละ 85 อันจะเป็นผลในการลดการแพร่เชื้อในชุมชน (Schlossberg, 1999) กลวิธี DOTS ถูกขานรับและนำไปปฏิบัติในหลายประเทศ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยงกำกับดูแลพบว่า มีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมรักษาวัณโรค ดังเช่น ประเทศจีน มีผลทำให้อัตราการรักษาหายขาดในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงถึงร้อยละ 96 ส่วนในประเทศ เปรู ซึ่งมีการปฏิบัติดำเนินการรักษาด้วยยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยงในระยะเวลาเกินกว่า 5 ปี สามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการ

รักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่ให้หายขาด ได้ถึงร้อยละ 91 (WHO, 2000. [online] www.who.int) จึงเป็นที่ยอมรับในเชิงวิชาการ โดยทั่วไปว่ามาตรการดังกล่าวน่าจะเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพมากในการควบคุมรักษาวัณโรคในปัจจุบัน

สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่เคยประสบกับปัญหาวัณโรคของประเทศสูงสุดเมื่อ 13 ปีก่อน กล่าวคือ จากการสำรวจวัณโรคโดยกองวัณโรคพบว่า ในปี พ.ศ. 2528 มีอัตราป่วยด้วยวัณโรค 150 ต่อแสนประชากร แต่จากความสำเร็จของการควบคุมวัณโรค พบว่า จำนวนผู้ป่วยลดลงกว่าครึ่งหนึ่ง คือ เหลือเพียง 76 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2534 และอัตราป่วยได้เพิ่มเป็น 83 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2535 แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมาจำนวนผู้ป่วยได้ลดลงและค่อนข้างคงที่ (กองวัณโรค, 2540) ดังเช่น การสำรวจในปี พ.ศ. 2540 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ด้วย อัตรา 76 ต่อแสนประชากร (สถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2542) ซึ่งคาดว่าเป็นผลสืบเนื่องมาจากการชะลอตัวของสถานการณ์เอดส์ของประเทศ แต่โดยภาพรวมเป็นที่ยอมรับว่าสถานการณ์วัณโรคยังไม่เป็นที่น่าไว้วางใจ เมื่อพิจารณาอัตราตาย พบว่า ในปี พ.ศ. 2540 มีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคคิดเป็น 6.2 ต่อแสนประชากร ที่สำคัญพบว่าอัตราป่วยและตายจากวัณโรคส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการควบคุมรักษาวัณโรค มีรายงานว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลของรัฐโดยเฉลี่ย 2,600.27 บาทต่อราย ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาวัณโรคโดยเฉลี่ย 10,416.16 บาทต่อราย (สุขสันต์ จิตติมณี และคณะ, 2541) ดังนั้นเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรคและเป็นการลดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดมาตรการควบคุมวัณโรค ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535-2539) โดยเน้นการใช้ระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยเอดส์เพราะผู้ป่วยเอดส์จะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่ายกว่าคนปกติดังได้กล่าวมาแล้ว ร่วมกับการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายของผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายในการลดการแพร่ระบาดไม่ให้เกิน 16 ต่อพันประชากร ส่วนหลักการที่สำคัญในการลดการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรค คือ มีการกำหนดเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อให้หายขาดอย่างน้อย ร้อยละ 85 และลดอัตราตายของวัณโรคทุกระบบไม่ให้เกิน 7 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) อย่างไรก็ตามจากการประเมินผลการปฏิบัติงานในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ปี พ.ศ. 2539 พบอัตราตาย คิดเป็น 7.7 ต่อแสนประชากร (Payanandana et al., 1999) ส่วนอัตราการหายขาดมีเพียงร้อยละ 50-60 (สมาคมปราบวัณโรค, 2543) จะเห็นได้ว่าอัตราตายสูงเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในขณะที่อัตราหายขาดของวัณโรคต่ำกว่าเป้าหมายหรือยังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงส่งผลให้การลดสถานการณ์การแพร่ระบาดของวัณโรคยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นเพื่อให้บรรลุ

เป้าหมายของอัตราหายขาดของวัณโรคตามที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 85 และเพื่อให้การควบคุมรักษาวัณโรคมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำกลวิธีที่เสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลกมาดำเนินการ นั่นคือ การนำระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) โดยที่ที่เลี้ยงอาจเป็นได้ทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว บรรจุไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) ซึ่งได้เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2540 โดยให้แต่ละจังหวัดดำเนินการในพื้นที่ประมาณ 1-2 อำเภอในทุกๆ ปี โดยคาดว่าจะสามารถขยายงานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศไทยได้ใน ปี พ.ศ. 2544

อย่างไรก็ตามให้การดำเนินงานตามแผนการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยงจะประสบผลสำเร็จในการรักษาและควบคุมวัณโรคนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งนี้เพราะมาตรการดังกล่าวส่วนหนึ่งยังคงใช้มาตรการเดิม คือ การรักษาด้วยยา ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญของการควบคุมวัณโรค โดยเฉพาะการรักษาวัณโรคที่ได้ผลส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของผู้ป่วย (ประพาฬ ขงใจยุทธ, 2532) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในแบบแผนการดำเนินชีวิตขณะเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อให้การควบคุมโรคได้ผลดี ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและพฤติกรรมสุขภาพถือเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อประสิทธิภาพการรักษาวัณโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพระหว่างการเจ็บป่วยซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีบทบาทต่อการลดความรุนแรงของโรค (เพลินดา พรหมบัวศรี, 2536) และช่วยส่งเสริมสุขภาพให้กลับคืนสู่สภาพปกติ เพราะฉะนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคจึงมีความสำคัญยิ่ง เพื่อควบคุมไม่ให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกเหนือจากการได้รับยาอย่างต่อเนื่องซึ่งถือเป็นมาตรการสำคัญในการรักษาวัณโรค การส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคยังมีความสำคัญต่อการควบคุมรักษาวัณโรค ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต หรืออาจเรียกว่าเป็นนิสัยสุขภาพที่จะนำไปสู่การบรรลุภาวะสุขภาพที่ดีหรือความผาสุก สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขณะเจ็บป่วยด้วยวัณโรคที่สำคัญ จะประกอบด้วยความร่วมมือในการรักษา คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาทิเช่น การรับประทานอาหารมีประโยชน์ การพักผ่อน การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุรา (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2542) ได้มีผู้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยในทุกกลุ่มอายุ โดยได้ประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งมีแนวคิดว่า บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดจากกระบวนการรู้คิดทางสติ

ปัญหาในการแปลความหมายของสมองที่เกิดจากการรับรู้สิ่งต่างๆ ทั้งภายนอกและภายในบุคคล แล้วใช้กระบวนการคิดในการตัดสินใจตอบสนองในสิ่งที่รับรู้ต่างๆ ออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ และนับว่าเป็นขั้นตอนแรกของการสร้างแรงจูงใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (individual characteristics and experiences) ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย คือ พฤติกรรมที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน (prior related behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) และ 2) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (behavior-specific cognition and affect) ซึ่งประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (perceived barriers of action) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม (activity-related affect) อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ (interpersonal influences) และ อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situation influences) จากหลายการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นเด่นชัดว่า ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ ทั้ง 6 มโนทัศน์ ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งสิ้น และเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1996) และที่สำคัญการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพและการคงอยู่ของพฤติกรรมมากกว่าปัจจัยอื่นๆ (Pender, 1996) ทั้งนี้เพราะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender) ได้ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ใน ค.ศ. 1996 ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นใช้แนวคิดพื้นฐานของ เบนดูรา (Bandura, 1977) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นเฉพาะเป็นแรงจูงใจสำคัญให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นต่อสุขภาพ และจะมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำในพฤติกรรมต่างๆ และความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง แล้วทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการตกลงใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้การรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน เป็นที่ยอมรับในเชิงวิชาการว่ามีผลโดยตรงที่ก่อให้เกิดหรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล กล่าวคือ ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีการดูแลตนเองสูง และจะแสวงหาความรู้ในการหยุดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าคนที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ (Stretcher, Devellis & Rosen

stroock 1986; Grembowski et al., 1993) มีรายงานการศึกษาทั้งใน และต่างประเทศ ที่ให้ผลสอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Weitzel & Waller, 1990) ในกรณีของผู้ป่วยวัณโรคการรับรู้สมรรถนะแห่งตนถือว่ามีความสำคัญยิ่ง เพราะจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ทั้งด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและการดูแลสุขภาพทั่วไป ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนและวิธีการผ่อนคลายความเครียด (Pender, 1996) ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพและมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว

จังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทย ที่ยังคงประสบกับปัญหาการควบคุมรักษาวัณโรค และได้ดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยเริ่มใช้แนวทางการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เล็งในบางพื้นที่ จากสถิติที่ผ่านมาพบว่ามีอัตราป่วยด้วยวัณโรคสูงโดยพบผู้ป่วยวัณโรคในปี พ.ศ. 2541 คิดเป็นอัตรา 45.06 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2542 คิดเป็น 43.50 ต่อแสนประชากร และพบอัตราตายค่อนข้างสูงในปี พ.ศ. 2542 คิดเป็น 18.2 ต่อแสนประชากร (รายงานประจำปี, งานระบาดวิทยา: จังหวัดอุดรธานี) ซึ่งอัตราตายสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ของประเทศ คือ 7 ต่อแสนประชากร ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลและเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการ ป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู ร่วมกันมีส่วนในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจหรือมีการปรับเปลี่ยนยอมรับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับสนับสนุนให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอหรือบรรเทาอาการของโรคไม่ให้รุนแรงเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและฟื้นจากสภาพความเจ็บป่วย โดยที่พฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้อาจขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังได้กล่าวมาแล้ว เพราะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นในการรับรู้ศักยภาพของผู้ป่วยวัณโรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค จากผลการศึกษาคาดว่าจะสามารถนำเอาผลการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยวัณโรคมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยวัณโรคมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเหมาะสมกับโรคที่เป็น และใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเป็นการลดสถานการณ์ของความรุนแรงของวัณโรค อันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพของการควบคุมโรคได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยวัณโรค
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยวัณโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำถามการศึกษา

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยวัณโรคเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคเป็นอย่างไร
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยวัณโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive study) ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค โดยศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยยา 2 เดือนขึ้นไป ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอุดรธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2544

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้สึกนึกคิดเชื่อมั่นในความสามารถของตน ในการที่จะกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งและสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จ ซึ่งประเมินจากระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองโดยทั่วไป ที่ผู้ศึกษาแปลมาจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป ของ ชรีเรอร์ และคณะ (Sherer et al., 1982)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจอันจะนำไปสู่ความปกติสุข ที่มีความจำเป็นและสอดคล้องเหมาะสมกับแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่ง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านโภชนาการ 3) การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด และ 4) การออกกำลังกาย โดยประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด และได้รับการรักษาด้วยยาตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University