

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค โดยผู้ศึกษาได้ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. วัณโรคและมาตรการรักษาควบคุมโรค
2. การส่งเสริมสุขภาพและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค
4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

### วัณโรคและมาตรการรักษาควบคุมโรค

ธรรมชาติของวัณโรค: สาเหตุการติดต่อ อาการและการวินิจฉัยโรค

เชื้อวัณโรคทำให้เกิดพยาธิสภาพได้ทุกอวัยวะในร่างกาย แต่ที่พบมากที่สุดและทำให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุข และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน คือ วัณโรคปอด เพื่อให้เกิดความเข้าใจธรรมชาติของวัณโรคจะกล่าวถึงสาระสำคัญใน 2 ประเด็นหลัก คือ สาเหตุการติดต่อ อาการและการวินิจฉัยโรคดังต่อไปนี้

#### สาเหตุและการติดต่อ

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่ทำให้มีอัตราป่วยและตายสูง มีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย ชนิดไมโครแบคทีเรียม ทูเบอร์คิวโลซิส (*mycobacterium tuberculosis*) ซึ่งจะแพร่กระจายและติดต่อกันได้ง่ายทางระบบทางเดินหายใจ (Taylor & Littlewood, 1998) โดยการหายใจเอาอนุภาคที่มีการปนเปื้อนเชื้อวัณโรคเข้าไปโดยมีอนุภาคที่พอเหมาะคือ 1-10 ไมครอน ซึ่งจะมีเชื้อวัณโรคอยู่ 1-3 ตัว โรคนี้พบได้ทั่วทุกประเทศในโลก แต่มักพบอัตราป่วยและอัตราตายสูงในประเทศที่มีสภาพสังคมเศรษฐกิจต่ำ เช่น ในประเทศที่กำลังพัฒนาในทวีปเอเชียและแอฟริกา (Kochi, 1991) ซึ่งประชาชนมีความยากจน เช่น ในชุมชนแออัด ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ อากาศถ่ายเทไม่เพียงพอ เมื่อเกิดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคจะทำให้มีการติดต่อได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีความอับชื้นและแสงแดดส่องไม่ถึง หรืออาจไม่ได้รับการสาธารณสุขอย่างเพียงพอ (สมัยพร อาชาล, 2543)

### อาการและการวินิจฉัยโรค

โดยทั่วไปเมื่อมีการติดเชื้อไวรัสแล้วผู้ป่วยมักมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป และในระยะแรกจะไม่มีอาการเด่นชัด หรือไม่มีอาการ เป็นโรคที่สังเกตได้ยากเพราะอาการมักเกิดซ้ำๆ ซึ่งยากต่อการสังเกตถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาการที่พบได้โดยทั่วไปในผู้ป่วยไวรัสโรค ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด เบื่ออาหาร และมีไข้ อาการเหล่านี้จะแสดงอยู่ยาวนานเป็นสัปดาห์ หรือเดือน ที่สำคัญอาการและอาการแสดงทางปอดที่พบได้บ่อย คือ อาการไอเรื้อรังนานกว่า 3 สัปดาห์ (WHO, 1996) โดยเริ่มจากการไอแห้งๆ หากมีอาการรุนแรงมากจะมีเสมหะปนออกมามาก จนในที่สุดอาจมีโลหิตปนออกมากับเสมหะ ทำให้เสมหะเป็นสีน้ำตาล หรือเป็นเลือดสดๆ ในบางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บหน้าอกหรือรู้สึกแน่นหน้าอกร่วมด้วย (Iseman, 2000) ร่วมกับมีไข้เรื้อรัง โดยมากจะพบอาการตัวร้อนเล็กน้อย และมักเกิดขึ้นในช่วงบ่ายหรือช่วงหัวค่ำ ส่วนใหญ่จะเป็นไข้ต่ำๆ บางรายอาจมีอาการเหนื่อยหอบมาก เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอดอย่างรุนแรงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น ถุงลมปอดฉีกขาดมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (บัญญัติ ปริษญานนท์ และคณะ, 2542) และอาจมีอาการไอเป็นเลือดอย่างรุนแรงได้ หรือบางรายอาจมีการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโรคทางกระแสโลหิต (ศรีสอวงค์ พาชีรัตน์, 2526)

สำหรับการวินิจฉัยโรคปอด นอกจากจะอาศัยการซักประวัติและการตรวจร่างกายแล้ว สิ่งที่จะช่วยในการวินิจฉัยที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจเสมหะโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อ การตรวจเสมหะนั้นทำได้โดยการย้อมสีเสมหะหาเชื้อไวรัสโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งเป็นวิธีตรวจที่ง่ายเสียค่าใช้จ่ายน้อย การย้อมสีเสมหะหาเชื้อไวรัสโรคมีความสำคัญมากในการวินิจฉัยโรค (Iseman, 2000) เมื่อตรวจพบเชื้อไวรัสโรคในเสมหะแสดงว่าผู้ป่วยเป็นไวรัสโรคแน่นอน และสามารถแพร่เชื้อให้แก่บุคคลอื่นต่อไปได้ นอกจากนี้การวินิจฉัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ซึ่งช่วยในการค้นหาเงาผิดปกติในปอดในระยะเริ่มแรก โดยจะแสดงลักษณะผิดปกติของปอด เช่น เป็นแผลโพรง ลักษณะปอดเป็นจุด หรือมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด แต่วิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอกไม่ใช่วิธีการวินิจฉัยไวรัสโรคปอดที่แน่นอน ส่วนวิธีการตรวจวิธีอื่น เช่น การทดสอบทูเบอร์คูลิน (Iseman, 2000) เป็นการตรวจว่าร่างกายเคยได้รับเชื้อไวรัสโรคหรือไม่ มักทำการทดสอบในรายที่อาการและอาการแสดงไม่เด่นชัดหรือกรณีที่ได้รับเชื้อไวรัสโรคแต่ไม่แสดงอาการ โดยการฉีดน้ำยาทูเบอร์คูลินเข้าในชั้นผิวหนังแล้วอ่านผลหลังฉีด โดยทั่วไปปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินจะเริ่มเกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมง เกิดเต็มที่ ใน 72 ชั่วโมง และเริ่มจางหายไปภายใน 7 วัน โดยการวัดผิวหนังที่นูนขึ้น ถ้ามีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 10 มิลลิเมตร ขึ้นไป ให้ถือว่าให้ผลบวกซึ่งหมายถึงผู้ถูกทดสอบเคยได้รับการติดเชื้อไวรัสโรค หรือเคยได้รับการฉีดวัคซีน บีซีจี หรือมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสโรคแล้ว

## มาตรการรักษาควบคุมโรค

ถึงแม้ว่าวัณโรคจะเป็นโรคติดต่อเรื้อรังแต่สามารถควบคุมป้องกันได้ โดยหลักการควบคุมวัณโรคนั้นไม่แตกต่างไปจากการควบคุมโรคติดต่ออื่นๆ นั่นคือการตัดวงจรการแพร่กระจายของเชื้อ วิธีการควบคุมวัณโรคที่สำคัญ คือ การค้นหาผู้ป่วย การป้องกันด้วยวัคซีนบีซีจี การรักษาด้วยยา และการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยวัณโรค (WHO, 1988) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การค้นหาผู้ป่วย (case - finding) ปัจจุบันการควบคุมป้องกันวัณโรคได้ให้ความสำคัญของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มต้น ซึ่งเป็นกลวิธีที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ เป็นกลวิธีหลักที่จะต้องนำไปปฏิบัติในระยะเริ่มแรกของการควบคุมวัณโรค โดยเฉพาะมีการกำหนดเป้าหมายโดยสมัชชาองค์การอนามัยโลก ให้มีการตรวจหารายป่วยใหม่ที่เสมหะตรวจพบ เชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ให้ได้ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 70 (WHO, 1988) และโดยทั่วไปการค้นหาผู้ป่วยนับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งของแผนงาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการป่วยและการตาย และเพื่อเป็นการตัดการแพร่กระจายของเชื้อโรค (WHO, 1988) โดยการตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยที่มีอาการนำสงสัยว่าจะป่วยเป็นวัณโรคทุกรายที่ไอเรื้อรังมากกว่า 3 สัปดาห์ ซึ่งจะพิจารณาแยกจากการไอจากการติดเชื้อ เพราะการไอที่เกิดจากการติดเชื้อจะมีอาการไอน้อยกว่า 3 สัปดาห์ ในกรณีที่เป็นอาการไอจากวัณโรค จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงแต่จะมีอาการเลวลงเรื่อยๆ กล่าวคือ จะมีไอบ่อยและถี่มากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งวิธีการหลักที่แนะนำให้ใช้ คือ ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยทั้งเชิงรุก และเชิงรับ ในการดำเนินการค้นหาเชิงรุกรุนั้นกระทำโดยการตรวจเสมหะผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน แต่วิธีนี้พบว่ามีค่าใช้จ่ายสูงและผลการตรวจเสมหะที่เป็นบวกจะมีน้อยมาก (WHO, 2000.[online]. [www.who.int](http://www.who.int).) สำหรับการดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเชิงรับ คือ การตรวจเสมหะในผู้ป่วยทุกรายที่มาขอรับบริการตรวจรักษาเนื่องจากมีอาการสงสัยว่าจะเป็นวัณโรคปอด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวลดมีไข้ต่ำๆ และไอเรื้อรังหรือในกรณีที่มีอาการไอเป็นเลือด บางครั้งผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด และอ่อนเพลียโดยที่ไม่มีอาการไอเรื้อรังก็ได้ หากว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการดังกล่าวต้องสงสัยว่าจะเป็นวัณโรคทันที อาจทำการตรวจวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อดูว่ามีเงาในปอดหรือไม่ซึ่งเป็นลักษณะที่สงสัยว่าจะเป็นวัณโรค แต่การตรวจวินิจฉัยที่สำคัญ คือ การตรวจเสมหะของผู้ป่วยเพื่อหาเชื้อวัณโรค เพราะให้ผลการวินิจฉัยที่แม่นยำกว่าการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

2. การป้องกันด้วยวัคซีน บีซีจี (Bacillus Calmette Guerin Vaccine) เป็นวิธีการป้องกันวัณโรคที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายอีกวิธีหนึ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีอัตราการติดเชื้อและมีอัตราป่วยด้วยวัณโรคสูง โดยการฉีดวัคซีน บีซีจี เข้าทางผิวหนัง ปริมาตร 0.1 มล. เข้าผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อที่หัวไหล่ ให้เกิดตุ่มขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 0.5-1 เซนติเมตร

ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุกลุ่มเป้าหมายในการให้วัคซีนบีซีจี ไว้อย่างชัดเจน คือ ทารกแรกเกิด รวมทั้งทารกที่เกิดจากมารดาที่สงสัยว่าได้รับการติดเชื้อไวรัสเอดส์ แต่ไม่ควรให้วัคซีนบีซีจีแก่ทารกหรือบุคคลที่ได้รับการติดเชื้อและมีอาการของโรคเอดส์ เนื่องจากเกรงว่าจะไม่ปลอดภัยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอดส์ซึ่งอาจจะเกิดต่อมมน้ำเหลืองอักเสบจากเชื้อบีซีจี (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2542) และควรให้วัคซีนบีซีจีกระตุ้นในเด็กวัย 7-8 ขวบ ที่ไม่มีรอยแผลเป็นบีซีจี (Narain, Raviglione & Kochi, 1992) เนื่องจากการให้วัคซีน บีซีจี ตั้งแต่แรกเกิดสามารถป้องกันวัณโรคชนิดแพร่กระจายทางกระแสโลหิตได้ นอกจากนี้มีการรายงานไว้อย่างชัดเจนว่าการให้วัคซีนบีซีจีในเด็ก จะไม่มีผลสำคัญต่อการควบคุมวัณโรค หากแต่เพื่อการป้องกันวัณโรคชนิดร้ายแรงในเด็กเท่านั้น รวมทั้งไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากแหล่งภายนอกได้ (WHO, 1988)

3. การรักษาด้วยยา วัตถุประสงค์ของการรักษาวัณโรคปอด คือ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคซึ่งอยู่ในระยะติดต่อโดยด่วนเพื่อลดการแพร่ระบาดหรือการลดการแพร่เชื้อในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค ลดอัตราตายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการป้องกันความพิการของเนื้อปอดที่อาจเกิดขึ้น ปัจจัยที่สำคัญในการรักษาวัณโรคปัจจุบัน ได้แก่ การใช้ยารักษาวัณโรคที่ถูกต้องร่วมกับการได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย สำหรับการให้ยาในการรักษาวัณโรคที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการรักษาวัณโรค ในการรักษาครั้งแรกหากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยสูตรยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการใช้ยารักษานานเพียงพอตามที่กำหนด จะสามารถรักษาวัณโรคให้หายขาดได้มากกว่าร้อยละ 90 (ประกิต วาทีสาธกิจ, 2535) ในปัจจุบันการรักษาวัณโรคได้มีการปรับเปลี่ยนจากระบบเดิม กล่าวคือ ระบบเดิมนั้นมีการรักษาด้วยยา รัยอะซิโตน (T: thiacetazone) ไอโซไนอะซิด (H: isoniazid hydrochloride) พัยราซินามิค์ (Z: pyrazinamide) และ สเตรพโตมัยซิน (S: streptomycin) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาอย่างน้อย 1 ปีถึง 1 ปีครึ่ง ซึ่งทำให้มีอัตราการขาดยาสูง และไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาดังกล่าว อีกทั้งยารัยอะซิโตนจะทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสูง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผื่นคัน และอาจมีตับอักเสบอย่างรุนแรงได้ (Spinacci, 1991) ซึ่งส่งผลให้การรักษาระบบนี้ไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นในปัจจุบันได้มีการพัฒนายาที่ใช้รักษาวัณโรค เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงกว่าระบบเดิมในการควบคุมป้องกันวัณโรค และถือเป็นระบบยานานาชาติที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) แนะนำให้ใช้ในการรักษาวัณโรค คือ การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น (short-course chemotherapy) ซึ่งจะใช้ระยะเวลาในการรักษาเพียง 6-8 เดือน เท่านั้น ซึ่งระบบยาระยะสั้นนี้สามารถรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายได้ร้อยละ 100 หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด โดยทั่วไปหลักการรักษาวัณโรคในปัจจุบันมี 2 ประการ คือ

(1) การให้ยาหลายขนานหรืออย่างน้อย 2 ขนานร่วมกัน เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการรักษา และเพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาในระหว่างรักษา (resistance)

(2) การให้ยาในระยะเวลาที่นานเพียงพอตามมาตรฐานที่กำหนดไว้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของวัณโรค

ทั้งนี้การรักษาผู้ป่วยให้หายขาดควรคำนึงถึงการให้ยาอย่างถูกต้อง ทั้งชนิดและจำนวนยาบางชนิดมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ ในขณะที่บางชนิดมีฤทธิ์ในการหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ และที่สำคัญต้องไม่รักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาเพียงชนิดเดียว เพราะยาเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งจะไม่สามารถรักษาวัณโรคให้หายขาดได้ ดังนั้นการรักษาวัณโรคจึงต้องมีการกำหนดสูตรยาขึ้นเป็นระบบเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วย การให้ยารักษาวัณโรคมี 2 ระยะ (Schlossberg, 1999) คือ ระยะเข้มข้น หรือช่วง 2 เดือนแรก (intensive phase) ซึ่งถือว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญยิ่ง จะประกอบไปด้วยยาอย่างน้อย 3 ขนาน ที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะแพร่เชื้อ หลังจากนั้นจะเป็นการให้ยาในระยะต่อเนื่อง (maintenance phase) หรือในระยะ 4-6 เดือนหลังจะให้ยาอย่างน้อย 2 ขนาน ซึ่งจะมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อวัณโรคที่เหลืออยู่ นอกจากการให้ยาที่ถูกชนิดและจำนวนแล้วยังต้องให้ถูกตามสูตรยาและขนาดของการรักษา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงในการรักษา ทั้งนี้เพราะถ้าขนาดของยาดำเนินไปเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย และจะก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยาตามมา ในขณะที่เดียวกันถ้าได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ และสิ่งที่สำคัญที่สุดของการรักษาวัณโรคด้วยยา คือ การให้ยาในระยะยาวเพียงพอตามมาตรฐานการรักษาในผู้ป่วยแต่ละประเภท ร่วมกับความต่อเนื่องของการรับประทานยา ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้เชื้อวัณโรคไม่ตาย ทำให้การรักษาวัณโรคไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งระยะเวลาของการรักษานั้นจะมีระยะเวลาที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 8 เดือน ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับประเภทของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเข้าใจวิธีการรักษาและยอมรับการรักษา จึงจะทำให้รับประทานยาอย่างครบถ้วนตามขนาดที่กำหนด มิฉะนั้นนอกจากการทำลายเชื้อวัณโรคจะไม่เกิดผลอาจส่งผลให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคได้

การรักษาวัณโรคในแผนการรักษาวัณโรค เริ่มนำเอาการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1997 ซึ่งประกอบด้วยยาหลัก 5 ชนิด (Schlossberg, 1999) คือ ไอโซไนอะซิด (H : isoniazid hydrochloride) ไรแฟมปีซิน (R : rifampicin) พัยราซิनाไมด์ (Z : pyrazinamide) สเตร็ปโตมัซซิน (S: streptomycin) และอีแธมบูทอล (E: ethambutol) และใช้ยารองกรณีที่ใช้ยาหลักไม่ได้ผล ซึ่งประกอบด้วยยา คานามัยซิน (kanamycin) ไซโคลเซอร์ริน (cycloserine) และอีธัยโอนาไมด์ (ethionamide) นอกจากนี้มีการกำหนดระบบยาหลักแล้ว เพื่อให้ได้ผลในการรักษาจึงกำหนดสูตรยาที่ใช้ให้ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยแบ่งสูตรยารักษา

วันโรคเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (Crofton et al., 1999)

3.1 สูตรยาประเภทที่ 1 (2HRZE/4HR) สูตรยาดังกล่าวประกอบด้วยยา 4 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมปีซิน (R) พัยราซิनाไมด์ (Z) และอีแธมบูทอล (E) ซึ่งยาทั้ง 4 ชนิดนี้จะให้ในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษา หรืออาจเพิ่มยาฉีดสเตร็ปโตมัยซิน ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะคิดเชื้อ วันโรคที่รุนแรงมาก จากนั้นจะให้ยารักษาในระยะต่อเนื่องอีกเป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยให้ยาเพียง 2 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด และ ไรแฟมปีซิน รวมระยะเวลาทั้งหมด 6 เดือน สูตรยาประเภทนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน และมีผลการตรวจเสมหะเป็นลบ หรือใช้รักษาผู้ป่วย วันโรคปอดที่มีผลการตรวจเสมหะเป็นลบซึ่งมีพยาธิสภาพของปอดอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะได้รับการ ตรวจเสมหะเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรคทุกเดือนเพื่อประเมินผลการรักษา แต่เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ของ การรักษา ถ้าผลการตรวจเสมหะยังคงเป็นบวก ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการรักษาด้วยยาทั้ง 4 ชนิดเดิม คือ ไอโซไนอะซิด ไรแฟมปีซิน พัยราซิनाไมด์ และอีแธมบูทอล (เหมือนช่วง 2 เดือนแรก) ต่อ ไปอีก 1 เดือน หลังจากนั้นจึงเริ่มให้ยาในระยะต่อเนื่อง คือ ไอโซไนอะซิด และ ไรแฟมปีซิน รวม ระยะเวลาในการรักษา 7 เดือน (จาก 2HRZE/4HR เป็น 3HRZE/4HR) หลังจากนั้นให้มีการตรวจ เสมหะทุกเดือน เมื่อครบการรักษาหากผลการตรวจเสมหะยังเป็นบวกให้ถือว่าการรักษาล้มเหลว ต้องเปลี่ยนการรักษาโดยใช้สูตรยาประเภทที่ 2

3.2 สูตรยาประเภทที่ 2 (2HRZES/1HRZE/5HRE) สูตรยาประเภทนี้ใช้สำหรับ รักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาล้มเหลวจากสูตรยาประเภทที่ 1 รวมทั้งผู้ป่วยที่ขาดยาแล้วกลับ มารับการรักษาเนื่องจากผลเสมหะเป็นบวก ซึ่งประกอบด้วยยา 5 ชนิด ซึ่งในระยะ 2 เดือนแรกของการ รักษา ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยา 4 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมปีซิน (R) พัยราซิ- นามาไมด์ (Z) และอีแธมบูทอล (E) และยาฉีดอีก 1 ชนิด คือ สเตร็ปโตมัยซิน สำหรับเดือนที่ 3 ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการให้ยา 4 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด ไรแฟมปีซิน พัยราซิनाไมด์ และ อีแธมบูทอล โดยไม่มียาฉีดสเตร็ปโตมัยซิน เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจ เสมหะเพื่อประเมินผลการรักษา ถ้าผลการตรวจเสมหะเป็นลบ เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 จึงจะเริ่มให้ยา ในการรักษาระยะต่อเนื่องอีกเป็นระยะเวลา 5 เดือน ถ้าผลการตรวจเสมหะเป็นบวกให้ขยายระยะ ระยะเวลาของการรักษาโดยการให้ยาทั้ง 4 ชนิด จาก 1 เดือน เป็น 2 เดือน (จาก 1HRZE เป็น 2HRZE) หลังจากนั้นจึงเริ่มให้การรักษาในระยะต่อเนื่องได้ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาเพียง 3 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด ไรแฟมปีซิน และอีแธมบูทอล เป็นระยะเวลาอีก 5 เดือน อย่างไรก็ตามหากผล การตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5 ยังเป็นบวก ให้เปลี่ยนการรักษาโดยใช้สูตรยาประเภทที่ 4 แก่ ผู้ป่วยต่อไป

3.3 สูตรยาประเภทที่ 3 (2HRZ / 4HR). สูตรยาดังกล่าวประกอบด้วยยา 3 ชนิด โดยการรักษาในระยะ 2 เดือนแรก ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยา 3 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมปีซิน (R) และพัยราซิनाไมด์ (Z) ส่วนการรักษาในระยะต่อเนื่องอีก 4 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาเพียง 2 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด ไรแฟมปีซิน รวมระยะเวลาในการรักษา 6 เดือน สูตรยาประเภทนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบแต่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่สงสัยว่าจะเป็นวัณโรคปอด เมื่อสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 2 หากผลการตรวจเสมหะเป็นลบ จึงจะสามารถให้ยาในระยะต่อเนื่องได้ แต่ถ้าผลการตรวจเสมหะเป็นบวกให้ถือว่าการรักษาล้มเหลวต้องเปลี่ยนการรักษาโดยต้องเปลี่ยนเป็นใช้สูตรยาประเภทที่ 2 และผู้ป่วยวัณโรคที่มีการรักษาล้มเหลวจากการรักษาด้วยสูตรยาประเภทที่ 3 จะต้องให้การรักษาด้วยระบบ DOTS กับผู้ป่วยทุกรายเพื่อป้องกันการดื้อยา และให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วนตามแผนการรักษา

3.4 สูตรยาประเภทที่ 4 (Isoniazid hydrochloride alone หรือ second line drug) จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นวัณโรคเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะการล้มเหลวจากการใช้สูตรยาประเภทที่ 2 ยาที่ใช้รักษาในระบบนี้เป็นยาชนิดสำรองที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อนอย่างน้อย 2 ชนิด ขึ้นไป เช่น คานามัยซิน (kanamycin: KAN) โซโคลเซอร์ริน (cycloserine: CYC) หรือไอโซไนอะซิด (H) เพียงอย่างเดียว เป็นต้น โดยทั่วไประยะเวลาในการรักษาแพทย์จะเป็นผู้กำหนด ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 12 เดือน

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

4.1 การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและครบขนาด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และที่สำคัญไม่ควรหยุดยาเองหรือไม่ควรลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง เพราะจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา (WHO, 1996) เพราะการลดขนาดยาจะทำให้ไม่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ การเพิ่มขนาดยาจะส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ เช่น อาการตัวเหลืองตาเหลือง จากการใช้ยา อีแทมบูทอล ไรแฟมปีซิน ไอโซไนอะซิด และ พัยราซิनाมัย (Schlossberg, 1999) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคมักจะหยุดยาเอง ทั้งนี้เพราะเข้าใจว่าหาย

จากโรคภายหลังการรักษาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือจากการที่ต้องรับประทานยาหลายขนานทำให้เกิดความท้อแท้ ส่งผลให้หยุดรับประทานยาหรือลดขนาดยาลง พฤติกรรมดังกล่าวพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อวัณโรคคือต่อยาที่ใช้รักษา และไม่ประสบผลสำเร็จต่อการรักษาวัณโรค นอกจากนี้การมาตรวจตามนัดนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นกันในผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากการมาตรวจตามนัดเป็นการนัดเพื่อให้ผู้ป่วยมารับยา และเป็นการติดตามการรักษาและสังเกตอาการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ อีกทั้งยังเป็นการป้องกันการขาดหายจากการรักษา การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย รวมถึงการได้รับคำแนะนำที่มีประโยชน์ในการปฏิบัติตัวขณะรักษา เช่น วิธีการ ดูแลสุขภาพ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนการรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้

4.2 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการ ครบ 5 หมู่ เพราะในขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่างกายจะอ่อนแอและมีภูมิคุ้มกันโรคลดลง โดยเฉพาะการป่วยด้วยวัณโรคจะมีอาการเบื่ออาหารส่งผลให้น้ำหนักลด อาจทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายและง่ายต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (ปริชา วิจิตพันธ์, 2542) อาหารจึงถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้บำรุงร่างกายให้แข็งแรง ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าในการบำรุงร่างกาย ควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงซึ่งจะพบในอาหารที่มีไขมันมาก เช่น อาหารที่มีส่วนประกอบด้วยมะพร้าวและเนื้อสัตว์ติดมันเป็นต้น ไม่ควรทานอาหารที่มีรสจัด หรือของหมักดอง (บัญญัติ ปริชญานนท์ 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 (ปริชา วิจิตพันธ์, 2542)

4.5 การออกกำลังกาย ในที่นี้หมายถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสม ตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยเพราะการออกกำลังกายจะเป็นการเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และยังช่วยในการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต และยังทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ



ออกซิเจนในเลือดให้ดีขึ้น (Schilke, 1991)

4.6 การงดการสูบบุหรี่ เพราะผู้ป่วยวัณโรคจะมีพยาธิสภาพจากการอักเสบของเนื้อปอดอยู่แล้ว การสูบบุหรี่จะเป็นตัวเสริมที่ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงมากกว่าเดิม เนื่องจากบุหรี่เมื่อถูกเผาไหม้จะทำให้มีสารประกอบ คือ ทาร์ นิโคติน และ คาร์บอนมอนอกไซด์ (รวิวรรณ ยศวัฒน์, 2535) ที่สำคัญพบว่าสารทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นสารก่อมะเร็งที่จะก่อตัวมากที่สุดภายในปอดของผู้ป่วย โดยที่บุหรี่ 1 มวน จะมีสาร นิโคติน 1-2.7 มิลลิกรัม และ ทาร์ 25.34 มิลลิกรัม เมื่อถูกเผาไหม้จะได้สารนิโคติน ออกมาในควันบุหรี่ ประมาณ 0.6-1.6 และ 30 มิลลิกรัมต่อมวน ตามลำดับ และจะให้ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ประมาณ 10-20 มิลลิกรัมต่อมวน (สุรัชย์ เจริญรัตนกุล, 2530 อ้างใน มาลี จำนวนผล, 2540) ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคจึงควรงดเว้นการสูบบุหรี่ หรือ ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่ในขณะที่รักษาวัณโรค เพราะคาร์บอนมอนอกไซด์จากการเผาไหม้ของบุหรี่จะเป็นตัวขัดขวางการนำออกซิเจนไปใช้ของร่างกาย เป็นผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนซึ่งทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบได้ง่ายในผู้ป่วยวัณโรค นอกจากนี้มีการศึกษาระบุไว้อย่างชัดเจนว่า บุคคลที่มีประวัติการสูบบุหรี่จะพบความสัมพันธ์ของการเกิดวัณโรคปอดได้ (Altet et al., 1996)

4.7 การงดเว้นการดื่มสุราของมีนเมา และการใช้สิ่งเสพติดชนิดต่างๆ เพราะจะเป็นการทำให้ร่างกายทรุดโทรมมีผลให้ภูมิคุ้มกันต้านโรคลดลง เนื่องจากการดื่มสุราจะทำให้การทำงานของตับเสื่อมลง เพราะในระหว่างการรักษาวัณโรคผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายขนานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรคบางชนิดจะมีผลทำให้ตับอักเสบ เช่น ไรแฟมพิซิน และ พัยราซิโนไมด์ (ปริชา วิจิตพันธุ์, 2542) ถ้าผู้ป่วยวัณโรคดื่มสุราจะทำให้เซลล์ตับถูกทำลายและจะเป็นการเร่งให้มีการอักเสบของตับเพิ่มมากขึ้น (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2542) เพราะแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดจะถูกทำลายที่ตับ ถึงร้อยละ 95 และน้อยมากที่จะถูกขับออกทางปัสสาวะ หรือทางลมหายใจ แอลกอฮอล์จะยับยั้งการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ซึ่งจะมีผลต่อระบบเผาผลาญของร่างกาย เป็นผลให้เกิดการสะสมของไขมันในตับ ทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบได้ (เดิมชัย ไชยนิวดี และไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2541) นอกจากนี้การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ยังเป็นผลทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง เนื่องจากแอลกอฮอล์เมื่อถูกเผาผลาญจะเกิดการผลิตภัณฑ์กรดแลคติก ซึ่งจะเกิดการคกตะกอนที่ไตมีผลทำให้เนื้อไตถูกทำลาย ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพของไตและการขับถ่ายของเสียในร่างกายลดลง

4.8 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ควรใช้ผ้าหรือมือปิดปาก เพื่อไม่ให้น้ำมูกน้ำลายกระเด็นไปที่อื่น เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่คนอื่น เพราะเชื้อวัณโรคสามารถฟุ้งกระจายได้ในอากาศ ควรบ้วนเสมหะใส่ภาชนะที่มีดิดซิคและควรทำลายเชื้อวัณโรคที่ปนเปื้อนบนภาชนะต่างๆ ด้วยวิธีการต้มทำลายเชื้อโดยใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ที่

อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส (ปรีชา วิจิตพันธ์, 2542) นอกจากนั้นผู้ป่วยวัณโรคควรอาบน้ำทุกวัน เพื่อรักษาความสะอาดของร่างกาย และเป็นการขจัดเชื้อโรคที่สะสมในร่างกาย

### ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาวัณโรค

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า วัณโรคปอดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา และการรักษาควบคุมจะมีประสิทธิภาพถ้าผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ในสภาพการณ์ปัจจุบันการควบคุมรักษาวัณโรค ยังมีปัญหาที่นับเป็นอุปสรรคซึ่งส่งผลให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ กล่าวคือ อัตราการรักษาครบถ้วนและการรักษาหายขาดยังต่ำพบเพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้น (สมาคมปราบวัณโรค, 2543) ที่ผ่านมามีผู้ป่วยขาดการรักษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจมีได้ถึงกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มารับบริการ (สมาคมปราบวัณโรค, 2543) จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาและการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยวัณโรคผิดนัด การมารับยาหรือละเลยไม่มารับยาวัณโรค ส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการรักษา คือ เดือนที่ 1-2 ซึ่งสูงถึงร้อยละ 71.61 (บุญเชิด กลัดพ่วง และคณะ, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับ ดวงจันทร์ รันตมาลัย (2540) ที่ศึกษาการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคจะหยุดรับประทานยาวัณโรคในระหว่างเดือนที่ 1-2 ถึง ร้อยละ 63.20 ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการขาดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความล้มเหลวในการรักษาวัณโรค (Menziesl & Vissandjee, 1993) และมีหลายรายงานการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราการกลับเป็นโรคใหม่ และอัตราการรักษาล้มเหลวของผู้ป่วยวัณโรค มีสาเหตุสำคัญจากการขาดการรักษาของผู้ป่วย หรือการได้รับยาไม่ต่อเนื่อง (นิตยา ธนวิวุฒิ และ สุคนธ์ โลศิริ, 2538; เสาวรส รันตสาร และคณะ, 2530; ภาสกร อัครเสวี และคณะ, 2542; Grange, 1993; Werf et al., 1990) โดยทั่วไปสาเหตุของความล้มเหลวในการรักษาวัณโรคอาจแบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญมี 2 ประการ คือ ด้านเศรษฐกิจ และ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในรักษา (สายัณห์ แก้วเกตุ, 2537) ในด้านเศรษฐกิจนั้นเป็นที่ทราบกันดีว่าการรักษาวัณโรคนั้นต้องใช้ระยะเวลานาน แม้ว่าปัจจุบันรัฐบาลจะให้การสนับสนุนโดยไม่คิดมูลค่าของยา แต่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาและการมาตรวจตามนัด ค่าใช้จ่ายส่วนนี้จึงส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งมีหลายรายงานการศึกษาที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

ผู้ป่วยวัยโรค ที่จะทำให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (จารุวรรณ ชันติสุวรรณ, 2528; พัฒนา โพร้แก้ว, 2537; นิทยา ธนวิบูลย์ และสุคนธ์ โลศิริ, 2538; สาหรัย คำนวนิช และคณะ, 2533; Chuah, 1991; Werf et al, 1990) ส่วนความไม่เข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น เมื่ออาหาร หรืออาการคลื่นไส้อาเจียน ก็จะทำให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยา หรือเมื่ออาการดีขึ้นภายหลังจากการรับประทานยารักษาวัณโรคในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ก็จะเข้าใจว่าอาการของโรคหายจึงหยุดรับประทานยา (สายันท์ แก้วเกตุ, 2537; เสาวรส รัตนสาร และคณะ, 2530) รวมทั้งผู้ป่วยอาจเกิดความสับสนในการรับประทานยาเพราะต้องรับประทานยาเพื่อรักษาวัณโรคหลายขนาน

2. ปัจจัยด้านสถานบริการและแผนการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ระบบการบริการรักษา และสัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย สำหรับระบบการบริการรักษาวัณโรคยังขาดระบบการจัดการการรักษาวัณโรคที่ดี อาจเนื่องมาจากไม่มีหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบโดยตรงต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุม และการขาดประสิทธิภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน (สมใจ บำรุงตระกูล และทิพยา กลัปศรี, 2539) ดังเช่น การศึกษาของ สุนันทา มงคลจิตร (2536) ที่ศึกษาถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยที่ติดต่อขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 90 นั้น มีการตอบรับจากโรงพยาบาลเพียง ร้อยละ 63 เท่านั้น และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ทักษะและความชำนาญของผู้ที่ทำการรักษา ซึ่งอาจไม่มีความชำนาญเพียงพอในการรักษาอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการรักษาได้ เช่น อาจสั่งยาในระยะเวลาที่สั้นกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ครบถ้วน หรือการเลือกใช้สูตรยาไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยวัณโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ซึ่งจะมีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาวัณโรคทั้งสิ้น ส่วนด้านสัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยที่ถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา เพราะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยจะเป็นการสร้างความพึงพอใจต่อการมารับบริการของผู้ป่วย (Branon & Feist, 1997) และจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการมารับการรักษาและการมารับยาของผู้ป่วยได้ (Morisky et al, 1990 อ้างใน สมัยพร อาชาล, 2543) จากการศึกษาของ เดวิส (Davis, 1968) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการสุขภาพที่ขาดความเป็นกันเองมีความพึงพอใจในขณะที่สนทนา และการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย สิ่งเหล่านี้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษาได้ ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ ฟรานซิส และคณะ (Francis et al., 1969) พบว่า มารดาที่ให้ความร่วมมือในการดูแลบุตรเป็นอย่างดี เพราะได้รับความพึงพอใจจากแพทย์และมีความรู้สึกที่แพทย์ให้ความเป็นกันเอง ดังนั้นในการสร้างสัมพันธภาพ

ระหว่างแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต่อผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ที่จะทำให้การรักษาผู้ป่วย วัณโรคประสบผลสำเร็จ จะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยาน้อยลง (สายันท์ แก้วเกตุ, 2537)

จากปัจจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีผลกระทบต่อการรักษาและควบคุมวัณโรคทั้งสิ้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในระบบการรักษาวัณโรค หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค การเพิ่มขึ้นของอัตราการคือยาของเชื้อวัณโรค และอัตราการป่วยด้วยวัณโรคที่ไม่ลดระดับลง รวมทั้งทำให้เกิดความสูญเปล่าทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและประเทศอย่างมากมาย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ ต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อควบคุมรักษาวัณโรค ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การแก้ไข ปัญหาความล้มเหลวของระบบการรักษาวัณโรค กล่าวคือ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาคารขาดยาของ ผู้ป่วยนั่นเอง ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้เสนอแนะกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของ วัณโรคและลดปัญหาการขาดการรักษา หรือการรักษาไม่ครบถ้วนของผู้ป่วย โดยการนำเอากลยุทธ์ การรักษาด้วยระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (directly observed treatment, short course) หรืออาจเรียกว่าเป็นการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงควบคุมกำกับดูแล การรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค มาใช้ในปัจจุบัน ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

#### การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS)

ดังได้กล่าวมาข้างต้นว่า มาตรการการควบคุมวัณโรคยังไม่ประสบผลสำเร็จจากปัจจัย หลายประการ องค์การอนามัยโลกจึงได้เสนอแนะยุทธศาสตร์ใหม่ในการควบคุมวัณโรค คือการ รักษาด้วยการทำ DOTS สำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ต่ำ ประเทศที่มี ีรายได้ระดับปานกลาง หรือประเทศอุตสาหกรรมที่มีอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคต่ำ และประเทศที่มี การแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูง (Kochi, 1991) ที่ประสบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดวัณโรค ซึ่ง ยุทธศาสตร์ใหม่นี้มีการกำหนดมาตรการหรือนโยบายในการควบคุมวัณโรคไว้อย่างชัดเจน และ เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน เพื่อให้ประเทศต่างๆ นำไปปรับใช้ในแนวทางการ ควบคุมวัณโรคโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายจากวัณโรค รวมทั้งการลดความ พิการของเนื้อปอดที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของวัณโรค ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวมีสาระสำคัญดังนี้ (WHO, 1996)

1. ต้องกำหนดการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง เป็น นโยบายหลักของรัฐบาลหรือประเทศ และให้มีนโยบายในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคที่เป็น รูปธรรมชัดเจนอย่างชัดเจน

2. การค้นหารายป่วย คือ ให้มีการตรวจเสมหะในผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการสงสัยว่าเป็นวัณโรคที่มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ

3. ใช้ระบบระยะสั้นในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคทุกราย ภายใต้การกำกับดูแลการรับประทานยาวัณโรค

4. มีระบบยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรคอย่างเพียงพอต่อการส่งจ่ายให้กับผู้ป่วยและมีการสนับสนุนยาที่ดี

5. มีระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

ระบบ DOTS จะให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกในส่วนของการรักษาด้วยระบบระยะสั้นเพราะการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพจะเป็นการเพิ่มปัญหาของวัณโรค ทั้งนี้จากการตระหนักถึงปัญหาการได้รับยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค ทำให้เกิดโรคเรื้อรังและการดื้อยาหลายขนาน ซึ่งจะทำให้วัณโรคกลายเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จึงได้มีการปฏิรูปแนวทางการควบคุมวัณโรคขึ้นใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของวัณโรคในปัจจุบัน โดยเฉพาะปัญหาการขาดยาของผู้ป่วย คือ การนำกลวิธีการรักษาด้วยระบบระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS) โดยมีพี่เลี้ยงคอยทำหน้าที่กำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค สำหรับบุคคลที่คอยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงอาจเป็นได้ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัคร ซึ่งพี่เลี้ยงจะคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาอย่างครบถ้วนถูกต้อง (WHO, 2000.[online].www.who.int) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้การรักษาวัณโรคได้ผลดีตามเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งเป็นการลดการแพร่เชื้อให้แก่บุคคลอื่น และยังเป็นการป้องกันภาวะเชื้อดื้อยาหลายขนานที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน (Vareldzis, 1994) องค์การอนามัยโลกเชื่อว่า การรักษาวัณโรคด้วยระบบระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง จะเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในปัจจุบันและเชื่อว่าจะช่วยให้ได้อัตรายาขาดจากวัณโรคสูงถึงร้อยละ 95 ได้มีการนำเอาระบบ DOTS ไปใช้ในหลายประเทศ เช่น ประเทศจีน เปรู สหรัฐอเมริกา ปรากฏว่าอัตราการรักษาหายขาดในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงถึง ร้อยละ 90 ขึ้นไป (WHO, 2000. [online]. www.who.int) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า DOTS เป็นการรักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพสูงในปัจจุบัน

โดยสรุปแล้วการรักษาวัณโรคด้วยระบบระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง ประกอบด้วยการค้นหาผู้ป่วยด้วยการเก็บเสมหะมาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ การควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทุกขนาน สำหรับบุคคลที่คอยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยควบคุมดูแลกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ควรเป็นบุคคลที่เชื่อถือได้ในการทำหน้าที่และสามารถบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบุคลากรทางการสาธารณสุขและอาสาสมัครหรือผู้นำชุมชนหรือแม้กระทั่งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรค แต่ข้อควรคำนึงมากที่สุดในการ

การเลือกพี่เลี้ยงที่คอยกำกับควบคุมการรับประทานยาของผู้ป่วย คือ ต้องขึ้นกับความยินยอมหรือความสมัครใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ส่วนกลวิธีดำเนินการควบคุมวัณโรคและการประยุกต์ DOTS ในประเทศไทย ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญแก่แผนงานวัณโรคแห่งชาติ โดยกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการควบคุมวัณโรค ไว้อย่างชัดเจนในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) คือ การสนับสนุนแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการจัดหาวัคซีน บีซีจี ให้พอเพียง การค้นหาผู้ป่วยใหม่โดยการตรวจเสมหะ และการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดระยะแพร่เชื้อทุกรายด้วยระบบยาระยะสั้น รวมทั้งการให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์กับประชาชนทุกรูปแบบ การขยายงานวัณโรคลงสู่สถานีอนามัยและสนับสนุนให้ รพศ. รพท. รพช. ทุกแห่งจัดคลินิกวัณโรคให้อยู่ในมาตรฐานเดียวกันรวมทั้งมีระบบส่งต่อผู้ป่วย อีกทั้งจัดระบบงานทะเบียนกลางสำหรับงานวัณโรค ให้เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงระหว่างกองวัณโรค ศูนย์วัณโรค และหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดและจัดหน่วยเคลื่อนที่พิเศษของกองวัณโรค อีกทั้งส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาในเรื่องของ ระบาดวิทยา การชันสูตร วิทยาภูมิโมโน การตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งวิจัยปฏิบัติการอื่นๆ

แต่จากการประเมินแผนงานควบคุมวัณโรค พ.ศ. 2538 พบว่า การควบคุมวัณโรคของประเทศไทยมีประสิทธิภาพไม่เป็นที่น่าพอใจ พบอัตราการรักษาหายขาดเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 50 และอัตราการค้นหาผู้ป่วยยังต่ำกว่าร้อยละ 60 ของจำนวนผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อที่คาดว่าจะมีอยู่ เพื่อเป็นการปรับปรุงแก้ไขสถานการณ์วัณโรคให้ดีขึ้น กองวัณโรคจึงได้กำหนดแนวปฏิบัติในการควบคุมรักษาวัณโรคแนวทางใหม่ขึ้นตามองค์การอนามัยโลกที่ได้เสนอแนะ คือ การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS) แบบมีพี่เลี้ยงกำกับดูแล ซึ่งการควบคุมวัณโรคแนวทางใหม่จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายประการในด้านโครงสร้าง และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ ไว้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการประเมินประสิทธิผลของงานในแต่ละระดับไว้ด้วย

ดังนั้นการควบคุมวัณโรคแนวใหม่ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544) จึงระบุการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS) ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งได้ขยายงาน DOTS ในจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540 และคาดว่าจะสามารถขยายให้ครอบคลุมทั้งประเทศได้ใน ปี พ.ศ. 2544 โดยยึดเป้าหมายในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามองค์การอนามัยโลก คือ การรักษาผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อให้หายขาดอย่างน้อย ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ตรวจพบ และเพิ่มความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อให้ได้อย่างน้อย ร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่มีอยู่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) การให้ DOTS อาจให้ได้ทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล เช่น บ้าน ที่ทำงาน หรือที่อื่นๆ ที่เหมาะสม

สมและผู้ป่วยให้การยินยอม โดยหลักการดำเนินงานตามวิธีการ DOTS ของประเทศไทย ได้เน้นความสะดวกของผู้ป่วยในการมารับบริการการรักษาที่สถานบริการที่ใกล้ที่สุดและ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับการควบคุมคุณภาพของการบริการ ทั้งนี้ เพื่อให้การรักษาควบคุมวัณโรคมีประสิทธิภาพสูงสุดและได้ผล แต่อย่างไรก็ตามต้องอาศัยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยร่วมด้วย นั่นคือมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องยอมรับแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เพราะจะทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพ (พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537) นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมจะเป็นการส่งเสริมแบบแผนการรักษาให้ดียิ่งขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถดำรงอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่เจ็บป่วยด้วยวัณโรค อีกทั้งเป็นการช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมด้วย เพราะวัณโรคเป็นโรคที่เรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพราะจะเป็นการส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ อีกทั้งยังช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ดังนั้นจึงต้องมีความจำเป็นที่ต้องกล่าวถึงแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค

### การส่งเสริมสุขภาพและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

การให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมุมมองที่มีต่อสุขภาพ จึงยากต่อการให้ความหมายที่แน่ชัดของการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพสามารถประมวลได้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก และนักวิชาการ (WHO, 1986 อ้างใน ประเวศ วัชรี, 2542) ได้ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพให้ดีขึ้น โดยเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพ คือ การเพิ่มระดับความผาสุก ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นการกระทำกิจกรรมที่มีผลในการช่วยการคงไว้หรือเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ และความผาสุกของบุคคล ส่วน เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมเพื่อมุ่งยกระดับความผาสุก และส่งเสริมศักยภาพของ บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในความหมายนี้จุดเด่น คือ การปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่อยู่ในขอบข่ายของการส่งเสริมสุขภาพ จึงเห็นได้ว่ากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของ

บุคคล ที่มีผลให้บุคคลเพิ่มความตระหนักในตนเอง (self-awareness) ความพึงพอใจ (self satisfaction) ความเพลิดเพลินและความยินดี การส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการกระทำของบุคคล ซึ่งมุ่งสู่ภาวะสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นมากกว่าการโต้ตอบอิทธิพลที่คุกคามต่อสุขภาพที่มาจากภาวะแวดล้อม ดังนั้นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ จึงเรียกว่าพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับการให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน เช่น เมอร์เรย์ และ เซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1993) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือควเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ส่วน คาสส์ และ คอปป์ (Kasi & Cobb, 1996 อ้างใน จินคณา ยูนิพันธ์, 2532) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือเป็นการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกโดยที่บุคคลนั้นมีความเชื่อว่าตนมีสุขภาพดี จากความหมายดังกล่าวเห็นได้ว่าเป็นการให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพมีลักษณะที่ค่อนข้างหลากหลาย และไม่มีกำหนัดขอบเขตไว้อย่างแน่ชัด ทั้งนี้ขึ้นกับมุมมองและการให้ความหมายทางสุขภาพของนักวิชาการ ส่วนใหญ่การใช้คำว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้นจะใช้อ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลทั้งในขณะที่มีสุขภาพดี และเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เพราะพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของบุคคล (Sarafino, 1990)

โดยทั่วไปการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในงานวิจัยทางการแพทย์ นิยมแบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 2 ประเภท (Pender, 1996) คือ 1) พฤติกรรมในการป้องกันโรค (health protecting behavior) ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกัน หรือการค้นหาความผิดปกติในระยะเวลาที่ไม่แสดงอาการซึ่งเป็นการมุ่งเน้นที่การป้องกันภาวะความเจ็บป่วยและการได้รับอันตรายต่างๆ และ 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) โดยที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำที่มุ่งการบรรลุระดับสูงสุดของสุขภาพและความผาสุก เป็นการกระทำที่เพิ่มระดับความผาสุกทั้งบุคคล และชุมชน (Pender, 1996) ซึ่งการที่บุคคลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ต้องมีการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะเป็นปัจจัยสำคัญซึ่งจะนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับแนวคิดของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้รับความสนใจจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างมาก เนื่องด้วยเป็นแนวคิดที่เน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ (Stuifbergen & Becker, 1994) มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของพฤติกรรม



ส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

พาลังก์ (Palank, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับของความผาสุก (well-being) โดยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยในการยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการใช้ยา (Gochman, 1982 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) ซึ่งสอดคล้องกับ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นการที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (health life style and habbit) เพื่อให้เกิดความผาสุกและความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต (self actualization) ส่วน กอชแมน (Gochman, 1988) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม และการรับรู้องค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคคลิกภาพของบุคคล รวมถึงความรู้สึกรวมและลักษณะเฉพาะของบุคคล โดยเฉพาะลักษณะนิสัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การใช้ยา เป็นต้น นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO, อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกของบุคคล ซึ่งพฤติกรรมนี้จะได้รับผลกระทบจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไป

จากความหมายดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ อันจะนำไปสู่ความปกติสุขหรือความผาสุกของชีวิต และมีศักยภาพสูงสุดในตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยที่พฤติกรรมนั้นอาจมีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถปฏิบัติได้ทั้งบุคคลที่อยู่ในภาวะปกติ และบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเพื่อเป็นการยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตามการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของบุคคล จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิด ทฤษฎี ทางพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งจะเป็นการผสมผสานแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ และศาสตร์ต่างๆ เพื่อใช้ในการอธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้มีผู้กำหนดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพขึ้น เพื่อเป็นกรอบในการอธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และใช้เป็นแนวทางในการอธิบายกระบวนการการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจุบันแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่

นิยมใช้อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในบุคคลที่มีภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วย คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) (Pender, 1996) โดยแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996)

### รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender) เป็นการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มคน เพื่อเพิ่มระดับความผาสุกและการบรรลุความสำเร็จแห่งตน หรือศักยภาพสูงสุดของตน ซึ่งเป็นแบบจำลองที่มีศักยภาพต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละช่วงชีวิตของวงจรชีวิตได้ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ เพนเดอร์ ได้เสนอไว้ใน ปี ค.ศ. 1996 ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ดังนี้ (Pender, 1996)

#### 1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (individual characteristic and experience)

ประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคลซึ่งมีผลกระทบต่อกระทำ ความสำคัญของผลที่เกิดขึ้นทั้งหลายจะส่งผลต่อพฤติกรรมเป้าหมาย โดยผ่านการพิจารณา ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพและในกลุ่มประชากรเป้าหมายเฉพาะ แต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมดประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่เคยเกิดขึ้น (prior related behavior) มีผลโดยตรงและโดยอ้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมที่เคยเกิดขึ้นในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเนื่องจากลักษณะนิสัยซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะช่วยเพิ่มเสริมความแกร่งของลักษณะนิสัย และจะยิ่งแกร่งมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยทางอ้อมของพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self - efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (benefits) การรับรู้อุปสรรค (barriers) และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (self - related affect)

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ปัจจัยส่วนบุคคลนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะได้เท่าๆ กับมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (personal biologic factor) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉง หรือความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (personal psychologic factor) เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพและคำจำกัดความของสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคม (personal sociocultural factor) เช่น เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม

เพนเดอร์ (Pender) กล่าวว่า แม้ปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความคิดและความรู้สึกเฉพาะและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ แต่เนื่องด้วยปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยนำปัจจัยส่วนบุคคลมาพิจารณาในกิจกรรมของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (behaviors specific cognitions an affect) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่ามีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป็นประเด็นสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใดๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ของการกระทำหรือพฤติกรรมจะเป็นสิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ทั้งนี้ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การเพิ่มความมั่นใจ ความรู้สึกเหนื่อยล้าลดลง ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ รางวัล ทรัพย์สิน เงินทอง หรือการปฏิบัติสัมพันธ์ทางสังคม ในช่วงแรกประโยชน์จากภายนอกจะเป็นแรงจูงใจสำคัญ ในการเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต่อมาประโยชน์ภายในอาจเป็นแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ได้เสนอว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพันธสัญญาหรือข้อผูกมัดเพื่อวางแผนการกระทำ เพื่อนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดประโยชน์ จากการทบทวนวรรณกรรม ของ เพนเดอร์ (Pender) เกี่ยวกับการศึกษาที่นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไปทดสอบในกลุ่มประชากรต่างๆ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพถึงร้อยละ 55 ของการศึกษาทั้งหมด (Pender, 1996)

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (perceived barriers to action) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ยั่วยวนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเน ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากในการกระทำ การเสียเวลา การมีความพร้อมในการกระทำต่ำและมีอุปสรรคมาก การกระทำหรือพฤติกรรมก็จะไม่เกิดขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำและมีผลทางอ้อมต่อการลดพันธสัญญาหรือข้อผูกมัดในการวางแผนการกระทำ จากการรวบรวมการศึกษาถึงความสำคัญของ

การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ พบว่า ร้อยละ 79 ของการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ จะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1996)

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self – efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จ โดยไม่ได้พิจารณาถึงการมีทักษะ การรับรู้สมรรถนะหรือความสามารถแห่งตนจะแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ซึ่งจะพิจารณาถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำหรือพฤติกรรมนั้น เช่น เกิดประโยชน์หรือมีการสูญเสียเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ในทักษะและศักยภาพของคนจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติตามพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งจะเกิดขึ้นได้โดยอาศัยแหล่งข้อมูลพื้นฐานของบุคคล คือ ประสบการณ์ที่เคยประสบผลสำเร็จ หรือจากการสังเกตเห็นการกระทำของผู้อื่น และการถูกชักจูงโน้มน้าวจากบุคคลอื่น ทั้งนี้จะขึ้นกับสภาพทางด้านร่างกายและอารมณ์ในขณะนั้นๆ ของแต่ละบุคคล

จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอแนะว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ หรือจากการได้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกนึกคิด หรืออารมณ์ในด้านบวกมากขึ้นและจะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพด้วย โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมตามที่กำหนดลดลงมากตามไปด้วย ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยคาดหวังว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรค และความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ เพนเดอร์ (Pender) ได้รวบรวมการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 86 ของการศึกษาทั้งหมด ได้ระบุถึงนัยสำคัญของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการคาดการณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996)

2.4 ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (activity – related affect) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น ก่อน ระหว่าง และภายหลังการกระทำพฤติกรรม ที่ขึ้นกับคุณสมบัติของสิ่งเร้าต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางอารมณ์อาจเป็นในระดับน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง และจะถูกตัดสินใจด้วยความคิดซึ่งจะถูกเก็บไว้ในความจำ และนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการกระทำกิจกรรมในขณะนั้น (activity – related) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเองในขณะนั้น (self-

related) และความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น (context – related) อารมณ์ความรู้สึกอาจเป็นทั้งความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยจะผ่านทาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความตั้งใจในการวางแผนที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังมีการศึกษาน้อยมากถึงตัวแปรนี้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2.5 อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ (interpersonal influences) เป็นความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของบุคคลอื่น แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลด้านสัมพันธภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบที่บุคคลนั้นยึดถือ ซึ่งบุคคลจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะที่น่าชื่นชมยินดีและสังคมให้การยกย่อง อิทธิพลด้านสัมพันธภาพมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมโดยเป็นแรงกดดันต่อสังคม หรือส่งเสริมให้มีการวางแผนในการปฏิบัติ โดยกระตุ้นให้คิดที่จะปฏิบัติหรือกระตุ้นให้บุคคลวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จากการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 57 ของการศึกษาดังกล่าว ได้ระบุความสำคัญของอิทธิพลด้านสัมพันธภาพ ว่ามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1996)

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situational influence) เป็นการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่สามารถทำให้เกิดหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมได้ ซึ่งอิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ คุณลักษณะที่ต้องการ ลักษณะของสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สถานการณ์ที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ จากการศึกษาและการทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 56 ของการศึกษา ที่อธิบายถึงอิทธิพลด้านสถานการณ์นั้นมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996)

3. ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (behavioral outcome) หรือผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมนั่นเอง จุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมมาจากการกำหนดความตั้งใจเพื่อวางแผนการกระทำตามความตั้งใจ ซึ่งจะเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลเริ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและกระทำได้สำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 พันธสัญญาหรือข้อผูกมัดเพื่อวางแผนการกระทำ (commitment of a plan of action) เป็นการตกลงใจตามพันธสัญญาที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่กำหนด ความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามพันธสัญญาที่วางไว้ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ จะอยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความคิด และความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม 2 ประการดังนี้

3.1.1 ความตั้งใจของบุคคลที่มีต่อการการปฏิบัติกิจกรรมนั้นต่อไปในเวลาและสถานที่ที่กำหนดไม่ว่าจะกระทำเพียงลำพังหรือกับบุคคลอื่นโดยไม่คำนึงถึงสิ่งใดๆ ที่เข้ามาแทรก

3.1.2 ลักษณะหรือรูปแบบกลวิธีที่เฉพาะในการปฏิบัติ และวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การวางแผนเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมนี้จะเป็นความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ประสบผลสำเร็จ

3.2 ความปรารถนาและความชอบ ในการเลือกปฏิบัติกิจกรรม (immediate competing demands and preferences) หมายถึง การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำและพฤติกรรมที่ชื่นชอบ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในความคิดและเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะตั้งใจปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความต้องการเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถควบคุมตนเองได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเป็นความต้องการหรือความจำเป็นที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก ส่วนการปฏิบัติพฤติกรรมที่ชื่นชอบถูกมองว่าเป็นสิ่งที่บุคคลจะมีความสามารถในควบคุมตนเองได้ในระดับสูง เนื่องจากความรู้สึกชื่นชอบเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลไม่ได้เกิดจากสภาพแวดล้อม การปฏิบัติพฤติกรรมที่ชื่นชอบอาจทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ได้ถูกเลือกปฏิบัติ ซึ่งการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำนั้นมีความแตกต่างจากอุปสรรค ตรงที่บุคคลจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำต่อไปให้สำเร็จ ส่วนพฤติกรรมที่ชื่นชอบแตกต่างจากอุปสรรค เพราะความรู้สึกชื่นชอบที่เกิดขึ้นจะถูกกระตุ้นในนาที่สุดท้ายและขึ้นกับความพึงพอใจ บุคคลจึงมีเวลาจำกัดในการที่จะต้องตัดสินใจเลือกระหว่างพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งการเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำและพฤติกรรมที่ชื่นชอบนี้ จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลและการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จะเห็นว่า พฤติกรรมที่ควรกระทำ ซึ่งเป็นความต้องการที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอกกับพฤติกรรมที่ชื่นชอบซึ่งเกิดจากความรู้สึกชื่นชอบที่เกิดขึ้นภายในบุคคล ต่างมีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดหวังออกมา และส่งผลให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ได้

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting behavior) เป็นพฤติกรรมผลลัพธ์ที่บุคคลจะแสดงออกถึงความสามารถในการดำรงหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก (attaining positive health outcomes) ของผู้รับบริการโดยตรง ทั้งนี้ยังสามารถนำไปใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตลอดช่วงชีวิต โดยผสมผสานเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ดังนี้

3.3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) หมายถึง ความเอาใจใส่และความสนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการปฏิบัติในการดูแลตนเองทั่วไป เช่น การ

ดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การใช้ระบบบริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และแผนการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

3.3.2 กิจกรรมทางด้านร่างกาย (physical activity) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การเพิ่มและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย รวมถึงการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที หรือการออกกำลังกายขณะทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้การออกกำลังกายของแต่ละบุคคลจะขึ้นกับความเหมาะสมของสภาพร่างกาย

3.3.3 โภชนาการ (nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่มีความเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวและมีสุขภาพแข็งแรง พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีชีวิตยืนยาวนั้นมีการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและมีสารอาหารครบ 5 หมู่ (บรรลุ สิริพานิช และคณะ, 2531 อ้างใน จีรวรรณ อินคัม, 2541)

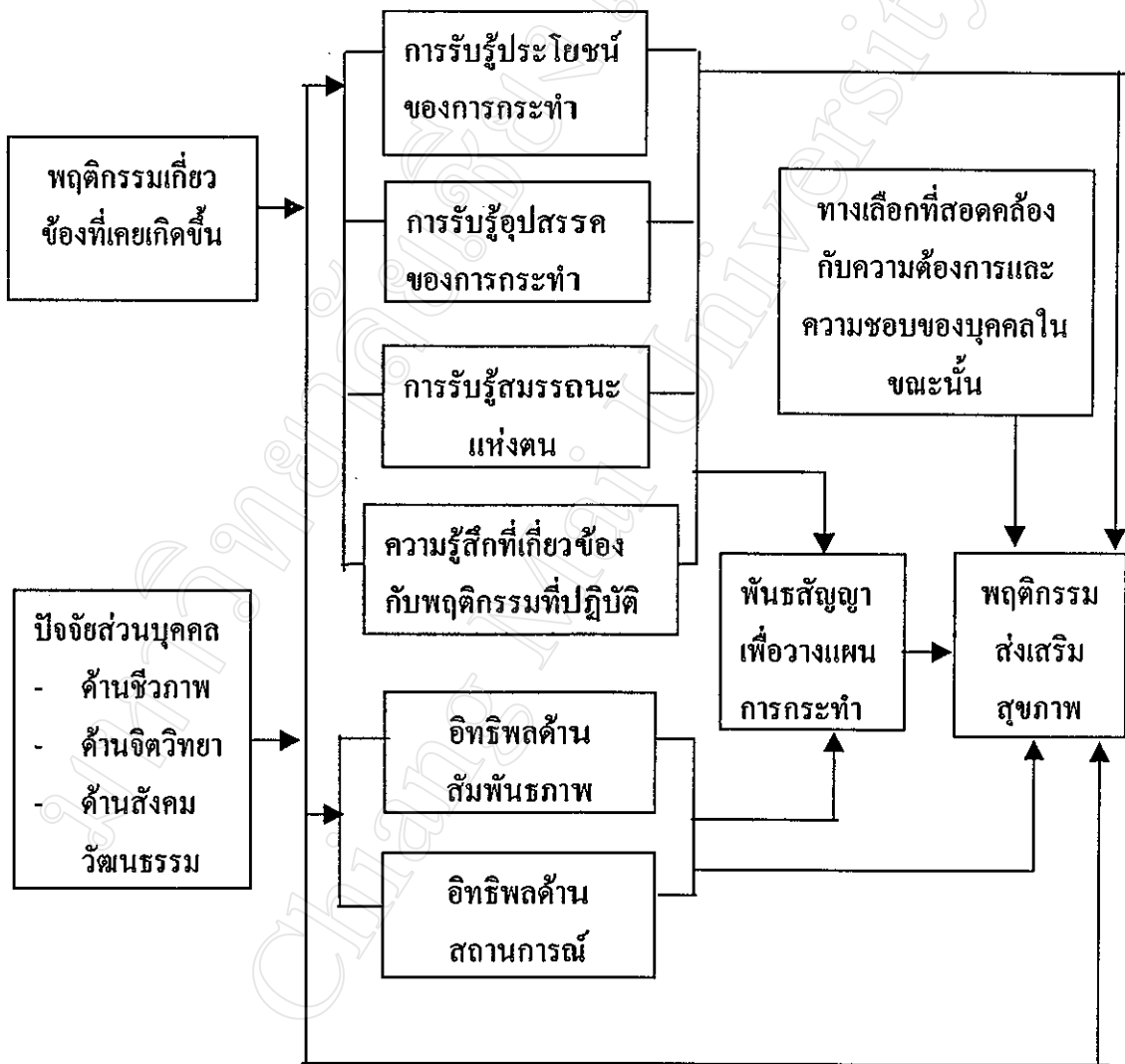
3.3.4 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (interpersonal relation) เป็นการแสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆ ทางสังคม และช่วยให้ตนเองเกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

3.3.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับความตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต เป็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความหมายในชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และการเตรียมตัวกับการเผชิญกับความตาย รวมถึงการยึดในหลักคำสอนของศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องที่สำคัญของจิตวิญญาณและเกี่ยวข้องกับชีวิต

3.3.6 การจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นการกระทำเพื่อลดความตึงเครียด ก่อให้เกิดความผ่อนคลายซึ่งรวมไปถึงการพักผ่อนอย่างเพียงพอด้วย และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เพราะความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและระบบการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท บุคคลที่มีความเครียดจึงมักเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย (Lazarus & Folkman, 1984)

จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ในแต่ละด้านได้เสนอไว้ในแผนภูมิที่ 1 ดังนี้

ลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ (Individual Characteristic Experiences)	ความคิดและความรู้สึกต่อ พฤติกรรมเฉพาะ (Behaviors – Specific Cognitions and Affect)	ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral Outcome)
--	---	--



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์  
(Pender's Health Promoting Model, Pender 1996)



จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ทราบว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติตัวของบุคคล เพื่อควบคุมและส่งเสริมภาวะสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งจะมีผลในการลดความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Downie & Tannahill, 1996) การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยวัยโรคจะเป็นการคงไว้หรือการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้ดีขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีจึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และสนับสนุนให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง เพราะจะช่วยในการลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค ที่สำคัญยังช่วยในการฟื้นฟูปรับปรุงสภาพร่างกายให้แข็งแรง ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยวัยโรคไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลให้การดำเนินของโรคทวีความรุนแรงมากขึ้น

### พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัยโรค

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัยโรค หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวเพื่อให้เป็นประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้อยู่ในภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับภาวะของโรคซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ อันจะนำไปสู่การดำเนินชีวิตที่ผาสุกตามความเหมาะสมในศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวถือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยวัยโรคควรเลือกปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับแบบแผนการรักษาหรือเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Dracup & Meleis, 1982) เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อไป โดยแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่มีความจำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วยวัยโรค ดังนี้

#### 1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

โดยปกติแล้วบุคคลทุกคนจะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งบุคคลจะต้องกระทำกิจกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (Bedworth & Bedworth, 1982) สำหรับพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยวัยโรคในขณะที่รับการรักษา จึงเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถนะของร่างกายและช่วยในการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง การสังเกตเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้เกิด

ภาวะความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การรับประทานยา เป็นมาตรการการรักษาวัณโรคที่มีสำคัญสูงสุด ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องให้ความสำคัญกับการรับประทานยาเป็นอันดับแรก และต้องรับประทานยาให้ครบทุกขนาดอย่างถูกต้อง ทั้งชนิด จำนวน ตามระยะเวลาที่กำหนดของแผนการรักษา ถ้าผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาไม่ครบตามแผนการรักษาจะส่งผลให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่ควรหยุดรับประทานยาเองจนกว่าจะครบตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้ได้ผลการรักษาออกมาที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพสูง (พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537) และเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากการใช้ยาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคไม่ควรเพิ่มขนาดยาเอง เพราะการใช้ยาเกินขนาด อาจส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดังได้กล่าวมาแล้ว และไม่ควรลดขนาดยาเอง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น เพราะจะทำให้ได้รับยาในปริมาณที่ต่ำเกินไปจึงไม่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ ส่งผลให้การรักษาควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาของเชื้อวัณโรคคือยาตามมาและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาระบุไว้อย่างชัดเจนว่า การขาดการรักษาหรือการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นโรคใหม่ของผู้ป่วย (นิตยา ธนวิวุฒิ และสุคนธ์ โลศิริ, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับ ภาสกร อัครเสวี และคณะ (2542) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคือต่อยาวัณโรคในเรือนจำแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จากผลการศึกษา พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการคือต่อยา คือ การไม่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ หรือการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ในการใช้ยาอื่นๆ ร่วมกับการรักษาวัณโรค ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์ทุกครั้งไม่ควรซื้อยามารับประทานเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งเพราะอาจเกิดอันตรายได้ เช่น การใช้ ยาในกลุ่มของ corticosteroid ซึ่งจะทำให้เกิดการคั่งของน้ำภายในอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้ (ปรีชา วิจิตพันธุ์, 2542) และหากมีการคั่งของน้ำที่ปอดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเหนื่อยหอบหายใจลำบากและไอถี่มากขึ้น

1.2 การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น อาการไอเป็นเลือด การเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง และอาการซีดที่อาจเกิดขึ้น โดยสังเกตอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีเสียงดังวี๊ดในปอด หน้ามืดเป็นลม (ปรีชา วิจิตพันธุ์, 2542) และการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ไรแฟมปีซิน อาการตาพร่ามัวจากการรับประทานยาอีแรมบูทอล อาการตัวเหลืองตาเหลืองเนื่องจากตับอักเสบจากการรับประทานยา พัยราซิโนไมด์ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาล เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างทันที่

1.3 การมาตรวจตามนัด เพราะแบบแผนการรักษาวัณโรคปอดจะต้องมีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ อย่างใกล้ชิด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการรับยาอย่างต่อเนื่องร่วมกับทราบถึงการดำเนินของโรคว่าเป็นอย่างไร อีกทั้งเพื่อป้องกันการขาดหายจากการรักษา นอกจากนี้เมื่อสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 2 ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจเสมหะ และเอ็กซเรย์ปอด เพื่อเป็นการประเมินถึงประสิทธิภาพการรักษา หากมีความจำเป็นอาจต้องมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนสูตรยาที่ใช้ในการรักษา เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้การมาตรวจตามนัดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายและการได้รับคำแนะนำต่างๆ จากแพทย์หรือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับ คาลด์เวล (Caldwell, 1976 อ้างใน ปรานี ทองพิลา, 2542) ที่ศึกษาถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิต พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัด และไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมรักษาโรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ไปตรวจตามนัด และผู้ป่วยที่ไม่ไปรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

1.4 การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง รวมถึงการติดตามข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคอยู่เสมอ โดยการศึกษาหาความรู้จากสื่อต่างๆ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ การดูโทรทัศน์ การฟังวิทยุ หรือจากการซักถามบุคลากรทางการแพทย์ เพราะการได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้เกิดการปฏิบัติตนเองเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดี (Bedworth & Bedworth, 1982) มีรายงานการศึกษาหลายผลการศึกษาที่สนับสนุนว่า การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ และบุคคลทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ ดูแลตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (สุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534; จิตรา จันชนะกิจ, 2541; อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ, 2536; มาลี จ้านงผล, 2540)

1.5 การงดบุหรี่และสุรา นับเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องให้ความร่วมมืออย่างยิ่ง เพราะการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา จะทำให้มีภูมิคุ้มกันต้านโรคลดลงทำให้ร่างกายทรุดโทรม และเป็นการบั่นทอนภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะของความเสี่ยงของโรคเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่นละอองและควันบุหรี่ เพราะในควันบุหรี่จะมีส่วนประกอบของคาร์บอนมอนอกไซด์ ซึ่งเป็นตัวขัดขวางการนำออกซิเจนไปใช้ของร่างกาย เป็นผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนซึ่งทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบได้ง่ายขึ้น

## 2. ด้านโภชนาการ

เป็นการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร การเลือกอาหารที่รับประทานให้เหมาะสมกับโรค และการควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อป้องกันไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลง

แปลงทางด้านร่างกายทั้งภายในและภายนอก ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาหลายด้าน ปัญหาด้านภาวะโภชนาการเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญมากในผู้ป่วยวัณโรค เพราะการเจ็บป่วยจะทำให้ร่างกายอ่อนแอและขาดสารอาหารที่จำเป็น ประกอบกับพยาธิสภาพของวัณโรคที่ส่งผลให้น้ำหนักลดลงร่วมกับอาการเบื่ออาหาร เป็นเหตุให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียและง่ายต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะส่งผลให้ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคของร่างกายลดลงได้ (ปรีชา วิชิตพันธุ์, 2542) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีโภชนาการที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของโรคอีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน โดยการเลือกรับประทานอาหาร ดังนี้ (สมใจ วิชัยดิษฐ, 2540)

2.1 อาหารหมู่ที่ 1 ได้แก่ อาหารจำพวก เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับโปรตีนให้เพียงพอ ควรได้รับประมาณ ร้อยละ 10-15 ของพลังงานที่ควรได้รับ เพื่อช่วยในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ในแต่ละผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับประทานไข่ต้มอย่างน้อย วันละ 1 ฟอง ร่วมด้วย (บัญญัติ ปรีชญานนท์ และคณะ, 2542)

2.2 อาหารหมู่ที่ 2 ได้แก่ อาหารจำพวก ข้าว แป้ง น้ำตาล โดยปกติปริมาณของคาร์โบไฮเดรตที่ร่างกายต้องการในแต่ละวันประมาณ 50-60% ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับในแต่ละวัน (Pender, 1996) นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับประทานอาหารว่างในแต่ละวันด้วย สำหรับอาหารว่างที่เหมาะสมกับผู้ป่วยวัณโรค คือ อาหารที่มีความหวาน เช่น น้ำหวาน ขนมต่างๆ ที่มีน้ำตาล เช่น สังขยา เป็นต้น (บัญญัติ ปรีชญานนท์ และคณะ, 2542)

2.3 อาหารหมู่ที่ 3 ได้แก่ อาหารจำพวก ผัก ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด และผักที่มีสีเหลือง หรือสีแดง ซึ่งนอกจากจะทำให้อาหารมีสีสวยชวนรับประทานแล้ว ยังประกอบด้วย แร่ธาตุ และวิตามิน ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง มีใยอาหารและน้ำ ทำให้ท้องไม่ผูก

2.4 อาหารหมู่ที่ 4 ได้แก่ อาหารจำพวก ผลไม้ ได้แก่ ผลไม้ชนิดต่างๆ เช่น กล้วย ส้ม ฝรั่ง มะละกอ ซึ่งให้สารอาหารที่สำคัญเช่นเดียวกับผัก คือ แร่ธาตุ วิตามิน และในผลไม้จะมีวิตามินซี ซึ่งวิตามินซีจะไปช่วยในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรคในขณะที่เจ็บป่วย

2.5 อาหารหมู่ที่ 5 ได้แก่ อาหารจำพวกไขมันทั้งจากพืชและสัตว์ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา เนยและครีมต่างๆ มะพร้าว เนื้อสัตว์ติดมัน เป็นต้น ซึ่งควรได้รับไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับในแต่ละวัน สำหรับผู้ป่วยวัณโรคควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เพราะจะช่วยในการให้พลังงานแก่ร่างกาย (บัญญัติ ปรีชญานนท์ และคณะ, 2542)

นอกจากการรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่แล้ว ร่างกายยังต้องการสารน้ำ เพราะน้ำจะทำหน้าที่เป็นตัวทำละลายโดยพาสารอาหารไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย และช่วยกำจัดของ

เสียออกจากร่างกาย อีกทั้งช่วยในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายโดยการระเหยของน้ำจากปอด และ ผิวหนัง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ร่างกายระบายความร้อนออกไป ผู้ป่วยวัณโรคควรดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 6-8 แก้ว นอกจากนี้จะเป็นการชดเชยการสูญเสียน้ำจากร่างกาย (สมใจ วิชัยดิษฐ, 2540) การดื่มน้ำธรรมดาหรือน้ำอุ่นยังช่วยลดความเหนียวของเสมหะทำให้สามารถไอออกได้ง่ายขึ้น (Hogstel, 1994) นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เพราะคาเฟอีนจะมีฤทธิ์ในการกระตุ้นการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดหนักมากขึ้น โดยจะทำให้มีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและเต้นผิดจังหวะได้ โดยปกติปริมาณของคาเฟอีนที่ร่างกายได้รับ ไม่ควรเกิน 100 มิลลิกรัมต่อวัน (มาลี จานงผล, 2541) การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนในปริมาณมากเกินไป จะทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย และเป็นการบั่นทอนสุขภาพ

### 3. การออกกำลังกาย

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกายของผู้ป่วยวัณโรค ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย และวิธีการออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง การสูบน้ำหนักเลือดแต่ละครั้งมีปริมาณมากขึ้น และไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น เนื่องจากการป่วยด้วยวัณโรคจะทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ปอด ส่งผลให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลง สำหรับการออกกำลังกายของผู้ป่วยวัณโรคจึงมีความคล้ายคลึงกับการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินหายใจทั่วไป ซึ่งมุ่งเน้นที่การฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด (ปรีชา วิจิตพันธ์, 2542) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจำกัดหรือหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย เนื่องจากกลัวว่าจะเกิดอาการหอบเหนื่อยและหายใจลำบาก ดังนั้นการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ต้องเป็นการออกกำลังกายที่มีเหมาะสมกับสภาวะของร่างกายและสมรรถนะทางร่างกายของผู้ป่วย ผู้ป่วยวัณโรคควรออกกำลังกายช้าๆ ไม่หักโหมและไม่เหนื่อยจนเกินไป การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การเดินเร็วๆ วิ่งเหยาะๆ การขี่จักรยาน การเดินเล่น หรือการรำมวยจีน เป็นต้น และควรออกกำลังกายให้สม่ำเสมออย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 20 นาที หรือมากกว่า (Pender, 1996) โดยมีขั้นตอนในการออกกำลังกาย คือ การฝึกการหายใจ การฝึกความอ่อนคลาย การควบคุมการหายใจขณะทำกิจกรรม การเพิ่มการเคลื่อนไหวของทรวงอกและลำตัว การเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ (มานพ ประภาษานนท์, 2538) นอกจากนี้ควรมีระยะผ่อนคลายเป็นการออกกำลังกายทุกครั้ง ส่วนขั้นตอนของการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยวัณโรค ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การอบอุ่นร่างกาย (Warm up) เป็นการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกายในขั้นตอนต่อไปใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ฝึกการหายใจให้ถูก

ต้อง โดยมีการควบคุมการหายใจให้ช้าลงและลึกขึ้น การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ ทรวงอกและ ลำตัวเพื่อให้หายใจได้สะดวกขึ้นและมีประสิทธิภาพขึ้น โดยการสูดหายใจเข้าทางจมูกพร้อมกับ กางแขนทั้งสองข้างให้เสมอไหล่และเหยียดแขนให้ตรง ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจช้าๆ ทางปาก พร้อมกับหมุนแขนทั้งสองข้างไปข้างหลังให้เป็นวงกลม ให้พอดีกับการสิ้นสุดของการหายใจออก (บรรณ ศิริพานิช, 2540)

3.2 ขั้นตอนการออกกำลังกายอย่างแท้จริง เป็นการออกกำลังกายที่หนักขึ้น ในรูป ของการเล่นเกม กีฬาต่างๆ เพื่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน ประเภทหรือชนิดของการออก กกำลังกายจะต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคนดังกล่าวมาแล้ว ซึ่งจะใช้เวลา ประมาณ 20-30 นาที และควรหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึกว่าเหนื่อยหอบมากขึ้นหรือหายใจมี เสียงวี๊ด (มานพ ประภาษานนท์, 2538) การออกกำลังกายอย่างนี้จะช่วยเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วย สามารถทำกิจกรรมได้นานขึ้น

3.3 ขั้นตอนการผ่อนคลาย หลังการออกกำลังกาย จะต้องมีการผ่อนคลายในช่วงท้ายอีก เล็กน้อย เพื่อให้ร่างกายปรับตัวเข้าสู่สภาวะปกติโดยปลอดภัย อาจเป็นการออกกำลังกายเบาๆ เหมือนช่วงการเตรียมตัวก็ได้

นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาที่สนับสนุนว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในกลุ่ม ผู้ป่วยเรื้อรัง จะสามารถควบคุมและลดระดับความรุนแรงของโรคได้ และยังช่วยในการฟื้นฟูสภาพ ร่างกายได้ (เรื่องศักดิ์ ศิริผล, 2542) เช่น อรุณี รัตนพิทักษ์ และคณะ (2536) ที่การศึกษาการออก กกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการออก กกำลังกายเป็นประจำ จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ และช่วยในการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดอีกทั้งทำให้มีความทนต่อกลูโคสได้มากขึ้น (ธีรพันธ์ วรรณศิริ, 2535) และ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด โดยการจัดให้มี โปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอต่อเนื่อง จะทำให้มีปริมาตรของอากาศในการหายใจเข้าออกเพิ่มมากขึ้นในแต่ละครั้ง และ มีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์, 2531 อังไฉ จิตรา จันชนะกิจ, 2541)

#### 4. การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด

ผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การพักผ่อนที่ดีที่สุด คือ การนอน หลับ เพราะในขณะที่นอนหลับร่างกายจะได้รับการพักผ่อน เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ควรหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ ผู้ป่วยวัณโรคควรนอนในห้องที่ สงบ เย็น และมี อากาศถ่ายเทได้ดี หรือควรหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล หรือความเครียด

เพราะอาจจะรบกวนเวลาพักผ่อนได้ อาจส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับในช่วงกลางคืน สำหรับผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับการพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะการพักผ่อนที่เพียงพอจะช่วยให้รู้สึกสดชื่น แจ่มใส กระฉับกระเฉง สำหรับผู้ที่มีการนอนหลับหรือพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้เซลล์หรืออวัยวะต่างๆ ของร่างกายเสื่อมได้เร็วขึ้น (Hill & Smith, 1985 อ้างใน มาลี งานงผล, 2540)

นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคต้องเผชิญกับภาวะเครียด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งการรักษาเป็นระยะเวลาานาน ความเครียดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และเกิดการรบกวนการทำงานของร่างกาย ยังผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม (Lazarus & Fokman, 1984) เมื่อเกิดภาวะเครียดเป็นระยะเวลาานานจะมีผลทำให้เม็ดเลือดขาวในร่างกายมีจำนวนลดน้อยลง (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532) ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านโรคลดลง และอาจทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจอาจทำให้เกิดความซึมเศร้า หมดหวังและท้อแท้ และขาดความเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพสุขภาพ ดังนั้นการหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยวัณโรคควรกระทำ และเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย เช่น การฟังเพลง การดูโทรทัศน์ หรือการทำงานอดิเรกต่างๆ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน หรือการพูดคุยระบายความคับข้องใจกับบุคคลที่ไว้วางใจ หรือการทำสมาธิ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขตามศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วยโดยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องยอมรับและให้ความร่วมมือในแผนการรักษารวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค โดยการผสมผสานพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพตามมาอันเนื่องมาจากผลของการส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง อย่างไรก็ตามในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นตัวกำหนดให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านความคิดและความรู้ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม โดยเฉพาะด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลจะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ และบุคคลจะมีความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีระดับแตกต่างกันของบุคคล จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพหรือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Weitzel & Waller, 1990; Kingery & Glasgow, 1989; Pender, et al, 1990; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538; กมลพรรณ หอมนาน, 2539; จิตระการ สุกรีดี, 2543) ดังนั้นในกรณีของผู้ป่วยโรค จำเป็นต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพราะจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคต่อไป

### การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นมโนทัศน์หนึ่งในปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึก เฉพาะต่อพฤติกรรม ที่อยู่ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เป็นปัจจัยที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ และการคงอยู่ของพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรม หรือการกระทำของบุคคล ซึ่ง เพนเดอร์ (Pender) ได้ใช้แนวคิดตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อเฉพาะที่บุคคลจะทำพฤติกรรมที่จำเป็น เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง แบนดูรา (Bandura, 1986) ได้ให้คำจำกัดความของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตน ที่จะกระทำพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1986)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเลือกการกระทำในกิจกรรมต่างๆ โดยมีความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ถ้าบุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถก็จะกระทำกิจกรรมนั้น แต่ถ้ามีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้น และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีผลต่อการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล กล่าวคือ บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าบุคคลสองคนนี้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่แตกต่างกัน หรือแม้แต่ในบุคคลเดียวกัน ถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคล จะสามารถยึดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ และจะได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์หรือทักษะที่ประสบความสำเร็จในอดีต (Bandura, 1977) ดังนั้นสิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงพฤติกรรม จึงขึ้นกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสถานการณ์นั้นๆ นั่นเอง กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความมั่นใจและเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ บุคคลก็จะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา โดยจะมีความอดทนอดสาหัสไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด ในขณะที่เดียวกัน บุคคลที่ไม่



มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรม จะพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่เชื่อว่าเกินขีดความสามารถของตน (Evans, 1989 อ้างใน สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

การรับรู้สมรรถนะของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ โดยมีพื้นฐานมาจากแหล่งข้อมูล 4 ประเภท ดังต่อไปนี้ (Bandura, 1977)

1. การกระทำที่ประสบความสำเร็จ (performance accomplishment) ซึ่งนับว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และในทางตรงข้าม ความล้มเหลวจะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ซึ่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นหลายครั้งซ้ำๆ กันย่อมมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องฝึกให้มีทักษะอย่างเพียงพอ

2. การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (vicarious experience) หมายถึง การได้เห็นผลงานหรือการกระทำของคนอื่น ซึ่งได้รับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือการเห็นแบบอย่างการแสดงพฤติกรรมที่ซับซ้อน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเองและทำให้เกิดความคาดหวังว่าตนก็สามารถทำงานนั้นอย่างประสบผลสำเร็จได้

3. การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) หมายถึง การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงโน้มน้าวของบุคคลอื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อใช้พิจารณาความสามารถของตน และทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งวิธีดังกล่าวนี้ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป

4. การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (emotional arousal) หมายถึง สภาวะทางร่างกายที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว และความเจ็บ บุคคลที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลสูง จะรับรู้สมรรถนะของตนต่ำ การลดความกลัวและความกังวลลงจะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

นอกจากนี้ แบนดูรา ได้สรุปว่า การประสบผลสำเร็จของการกระทำ หรือการปฏิบัติที่ผ่านมาของแต่ละบุคคลจะมีอิทธิพลมากที่สุด ต่อการเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ในขณะที่การสังเกตแบบอย่างจากพฤติกรรมของบุคคลอื่น ส่วนแรงกระตุ้นจากภาวะอารมณ์หรือสภาวะของร่างกายน่าจะมีอิทธิพลน้อยกว่าการเคยกระทำกิจกรรมที่เคยประสบผลสำเร็จมาก่อนเช่นกัน

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญ ระหว่างความรู้กับการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตน และจะมีอิทธิพลต่อการเลือกการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง (Bandura, 1977) รวมทั้งเกิดความ

พยายามและความมุ่งมั่นอดทนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะเริ่มมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และจะแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมและหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งแสวงหาการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะประเมินสุขภาพของตนว่าดีกว่าผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ และบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง พบว่า จะมีการพินัยจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บดีกว่าและเร็วกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำเช่นเดียวกัน (Gees, 1989) และจากการศึกษาของ วีทเซล (Weitzel, 1989) ซึ่งศึกษาในกลุ่มคนงานที่เป็นลูกจ้างของมหาวิทยาลัย ซึ่งไม่ใช่ระดับวิชาชีพ จำนวน 179 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมักจะเป็นพฤติกรรมที่ต้องเกิดขึ้นเป็นเวลานาน เช่น การสูบบุหรี่ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้กระทำพฤติกรรมที่อยากให้เกิดขึ้น หรือพฤติกรรมที่ตนเองต้องการ จากการศึกษาของ ไดคลิเมน, คลอนดิออต และไลเทินสไตน์ (Diclemente, Conditotte & Lichtenstein cited in Pender, 1987) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญ เกี่ยวกับความต้องการเลิกสูบบุหรี่ และบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ คือ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ซึ่งสอดคล้องกับ อีวาทและคณะ (Ewart et al., 1984) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่และการหยุดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะสูงจะมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะต่ำ

ปัจจุบันได้มีการนำเอาแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างกว้างขวาง และมีรายงานระบุไว้อย่างชัดเจนว่า บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ซึ่งจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีความสุขในชีวิตในที่สุด (Strecher et al., 1986; Pender et al., 1990; Weitzel & Waller, 1990; Palank, 1991; Grembowski et al., 1993; รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2536; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538; กมลพรรณ หอมนาน, 2539; จิตระการ สุกรีดี, 2543; ปิยะพันธ์ นันดา, 2541)

### ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีดังนี้

1. อายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลหรือเป็นความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับเรื่องราว หรือ ปัญหาต่างๆ ของตนเอง และบุคคลที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาสมากกว่าที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง และการได้สังเกตเห็นแบบอย่างการกระทำจากบุคคลอื่น ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันจึงน่าจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โฟรแมน และ โอเวน (Froman & Owen, 1990 อ้างใน เบนจอร์จ ละองผล, 2543) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก และทักษะการดูแลทารกของมารดา จำนวน 200 ราย ผลการศึกษา พบว่า อายุของมารดา มีความสัมพันธ์และมีอำนาจทำนายกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลทารกในระดับสูง

2. ระดับการศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจหรือพิจารณาเรื่องราวต่างๆ พร้อมทั้งมีการเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ง่าย รู้จักแสวงหาแหล่งความรู้ และได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้หลายประเภท อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลสามารถนำเอาความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป (Orem, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับหลายรายงานการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาหรือความรู้มีอิทธิพลต่อระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (รัตนกรณศิริวัฒน์ชัยพร, 2536; วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2538; กมลพรรณ หอมนาน, 2539; Strecher et al., 1986; Grembowski et al., 1993)

3. รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะส่งผลกระทบต่อระดับการรับรู้สมรรถนะของบุคคล จะเห็นได้จากการศึกษาทั้งในประเทศ และนอกประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ หรือระดับรายได้ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกรมโบสกีและคณะ (Grembowski et al., 1993) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ

## การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง เป็นการคาดหวังของบุคคลในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของบุคคลได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ หรือทักษะที่ประสบความสำเร็จในอดีต (Bandura, 1977 cite in Sherer & Adam, 1983) จึงทำให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแตกต่างกัน และความแตกต่างนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรม (Sherer & Adam 1983) เบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่าในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะแปรผันไปตาม 3 มิติ ซึ่งจะสามารถนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้

1. ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถ ตามความยากง่ายของพฤติกรรม (magnitude of expectancies) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะขึ้นกับความคาดหวังของแต่ละบุคคล อาจมีความแตกต่างกันตามระดับความยากง่ายของพฤติกรรม ซึ่งบุคคลเลือกที่จะกระทำในสถานการณ์นั้นๆ บุคคลหนึ่งอาจมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ง่ายๆ หรือมีระดับความยากปานกลางเท่านั้น

2. ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม (strength of expectancies) ในสถานการณ์หนึ่งๆ อาจมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่บุคคลจะต้องปฏิบัติตามระดับความยากง่ายแตกต่างกัน บุคคลที่มีความเข้มแข็งหรือมีความมั่นใจ ก็จะมีความพยายามและมีกำลังใจในการปฏิบัติ กิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ หรือการเผชิญกับสถานการณ์นั้น ได้เป็นอย่างดี

3. ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ (generality of expectancies) บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อน อาจมีความคาดหวังหรือมีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในสถานการณ์อื่นๆ ได้

ปัจจุบันมีผลงานการวิจัยที่มุ่งเน้นเฉพาะความคาดหวังในสมรรถนะของบุคคล (efficacy expectation) เพื่อเป็นการทำนายผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะแห่งตนในลักษณะที่เฉพาะพฤติกรรม และการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ เบนดูรา ดังนี้คือ

(1) การวัดระดับการรับรู้สมรรถนะทั่วไป ในการประเมินถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประเภทนี้ จะมุ่งเน้นที่ความเชื่อมั่นในระดับความสามารถทั่วไปของบุคคล ในการกระทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งเป็นการวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ดังนั้นจึงมีการพัฒนาและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวัดระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งแบบวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่ว

ไปที่ได้รับค่านิยมเพื่อนำไปปรับใช้ในงานวิจัยต่างๆ คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไปของ ชีรเรอร์และคณะ (Sherer et al., 1982) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยอาศัยแนวคิดของแบนดูรา (Bandura) โดยสร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้น เรียกว่าแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป (The general Self-Efficacy Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert type) 4 อันดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งจะวัดถึงคุณลักษณะ 3 ประการของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ การริเริ่มการกระทำกิจกรรม ความพยายาม และความอดทนต่ออุปสรรคในการกระทำกิจกรรม และได้นำไปใช้ทดสอบกับนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 376 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์องค์ประกอบ และตัดข้อคำถามที่ไม่เข้าเกณฑ์ความเชื่อมั่นออก จนเหลือข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ซึ่งประกอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป จำนวน 17 ข้อ และส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านสังคม จำนวน 6 ข้อ โดยข้อคำถามทั้ง 2 ส่วน จะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ที่มีต่อความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เป็นการประเมินในการกระทำกิจกรรมโดยทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

ปัจจุบันได้มีการนำแบบวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป ตามแนวคิดของ ชีรเรอร์และคณะ ไปประยุกต์ใช้ ในงานวิจัยต่างๆ ด้านต่างๆ เช่น การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการคาดทำนายถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในประชากรกลุ่มต่าง ดังนี้

ปียพันธ์ นันดา (2541) ที่ศึกษาถึง การรับรู้ด้านสุขภาพ และความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ซึ่งดัดแปลงแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านสังคม โดยลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ส่วน จิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ (2541) ได้ดัดแปลงแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไปและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านสังคม โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ปวดหลังเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ จิตระการ สุกรีดี (2543) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ในสตรีที่ท้องโหว่ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ท้องโหว่

(2) แบบวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเฉพาะ ซึ่งเป็นการสร้างจากข้อเสนอแนะของ เบนดูรา (Bandura) ว่าการประเมินถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น ควรวัดให้เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ที่มีความยุ่งยากและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นในการวิจัยเรื่องต่างๆ ในระยะต่อมาก็ได้มีการสร้างแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อใช้ในการประเมินถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างมากขึ้น รวมถึงการสร้างแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ดังเช่น

เจนกินส์ (Jenkins, 1988) ที่สร้างแบบวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับ การเดิน การยกของ การขึ้นที่สูง การทำงานและการทำกิจกรรมทั่วไป ซึ่งในแต่ละเรื่องประกอบด้วยคำถามย่อย 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 3 มิติ

คิงเจอร์และกลาสโกว์ (Kingery & Glasglow, 1989) ได้สร้างแบบวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อใช้ในการทำนายถึงระดับการดูแลตนเอง ตามกรอบแนวคิดของ เบนดูรา (Bandura) ซึ่งครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 3 มิติ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 127 ราย โดยวัดเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และสามารถทำนายถึงพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานได้

เกีสท์ (Geest et al., 1993) ได้สร้างแบบวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในการรักษาของผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ โรคลมชัก โรคหัวใจ และผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไต โดยข้อคำถามจะถามถึงระดับความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมรักษาของผู้ป่วยในเรื่อง การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งในแต่ละเรื่องจะแบ่งข้อคำถามเป็นข้อย่อยๆ ที่ถามถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อประเมินถึงระดับความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการรักษานั้น ว่ามากน้อยเพียงใด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป ตามแนวคิดของ ชีรเรอร์ และคณะ ในการประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งจะวัดระดับความรู้สึกนึกคิดความเชื่อมั่น หรือความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ว่าอยู่ระดับมากน้อยเพียงใด ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ทั้งนี้ผู้ศึกษาเชื่อว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงน่าจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยวัณโรคจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพราะวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ต้องอาศัยการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพร่วมกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค เพื่อเป็นการส่งเสริมและฟื้นฟูการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ โดยมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับวัณโรค ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสิ่งสำคัญที่จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยวัณโรคมีการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ดังกล่าว เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเกิดความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนประสบความสำเร็จได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นอย่างเด่นชัดว่า บุคคลที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างเช่นเดียวกัน กล่าวคือ บุคคลที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงนั้นจะริเริ่มการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และจะพยายามหยุดการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาถึงระดับการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อใช้ในการอธิบายหรือการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน ดังนั้นจึงเป็นประเด็นที่ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไรในผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้ผู้ศึกษาเชื่อว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน