

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วันโรคเป็นโรคติดเชื้อ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายของประชากรในหลายประเทศทั่วโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวันโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2552; Ailinger, Moor, Nguyen, & Lasus, 2006) ซึ่งความชุกของผู้ป่วยวันโรคมีประมาณ 16-20 ล้านคน โดยเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ ประมาณ 8-10 ล้านคน และในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่ ประมาณ 8.4 ล้านคน โดยพบว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยรายใหม่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

สำหรับประเทศไทย จากการรายงานของกรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีผู้ป่วยวันโรคทุกประเภท ทั้งสิ้น 56,016 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยวันโรคใหม่เสมอพบ 27,932 ราย ผู้ป่วยวันโรคใหม่เสมอพบ 17,835 ราย ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 1,675 ราย และผู้ป่วยวันโรคนอกปอด 8,574 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) และการระบาดของวันโรค พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเอดส์ จากการรายงานของสำนักงานสถิติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527-2551 มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จำนวน 342,416 ราย โดยป่วยเป็นวันโรคร่วมด้วย ประมาณ 100,462 ราย ซึ่งวันโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยเอดส์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

จากการศึกษาปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการแพร่ระบาดของวันโรค พบว่าผู้ป่วยวันโรคที่มีเสมอพบเชื้อ 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อวันโรคไปยังผู้อื่นได้ 10-15 รายต่อปี (มนัส วงศ์เสงี่ยม และทวีทอง กอนันตกุล, 2539) และด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่มีผู้ป่วยวันโรค 1 ราย ทำให้ขาดรายได้ไป 40 - 60 วัน และสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 - 2 ราย ต้องเสียเวลาในการดูแลผู้ป่วยด้วย จึงทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ทางอ้อม คิดเป็นเงินประมาณ 16,800 บาทต่อปี เมื่อคิดเป็นภาพรวมทั้งหมด จะสูญเสียรายได้เป็นปีละหลายพันล้านบาท Palittapolgrapim (2000 อ้างถึงใน รจนาโณ สิงหเรศร์, 2550, หน้า 19-20) ฉะนั้น การแพร่ระบาดของวันโรค จึงเป็นปัญหาที่ต้องรีบดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วน

วันโรคเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้เกือบร้อยละ 100 จากการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าทำลายและยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อวันโรค โดยต้องได้รับความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง จะสามารถป้องกันการล้มเหลวในการรักษาและการเกิดวันโรคดื้อยาได้ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จากการศึกษพบว่า ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาประกอบด้วยผลข้างเคียงจากการใช้ยา รวมทั้ง

พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง มีผลทำให้ผู้ป่วยขาดยา และมีการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง (เจนจิรา บุราคร, 2547; Hsieh et al., 2007)

ผลกระทบที่ตามมาจากการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค คือ ผู้ป่วยจะเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลใกล้เคียง ครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคซ้ำได้อีก เมื่อมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอลง และทำให้เกิดปัญหาการดื้อยาของเชื้อวัณโรค (Multi Drug Resistant Tuberculosis [MDR TB]) ได้อย่างน้อย 2 ชนิดที่สำคัญคือ ยาไอโซไนอาซิด (Isoniazid [H]) และยาไรแฟมปีซิน (Rifampicin [R]) โดยอาจมีการดื้อยาร่วมกับยาชนิดอื่นหรือไม่ก็ได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ พินา (2551) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยดื้อยา คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งของการรักษามากกว่า 1 ครั้ง ร่วมกับการมีอาการเหนื่อยหอบ โดยพบอัตราการดื้อยาร้อยละ 85.7 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาหรือหยุดยาก่อนครบตามกำหนดการรักษา ผลที่เกิดจากการดื้อยาด้านวัณโรคที่สำคัญคือ ทำให้การรักษายากยิ่งขึ้น โดยต้องปรับเปลี่ยนสูตรยาและเพิ่มระยะเวลาในการรักษา (Aziz, 2008; McDonnell, Turner, & Weaver, 2001) และผู้ป่วยสามารถแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นได้ รวมทั้งผลที่เกิดจากการใช้ยาปริมาณมาก ทำให้เกิดผื่นแพ้อย่างรุนแรง เกิดความพิการ และเสียชีวิตได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อสมาชิกของครอบครัว สังคม และค่าใช้จ่ายของประเทศชาติ

สำหรับประเทศไทยได้นำกลยุทธ์ DOTS (Direct Observed Treatment Short Course) หรือเรียกว่า ระบบพี่เลี้ยง โดยได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการดูแลกำกับให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อหน้าพี่เลี้ยงทุกมื้อ จนครบตามกำหนดการรักษา เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนำไปดำเนินการควบคุมวัณโรค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกันการดื้อยา ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 สำหรับผลการดำเนินงานการใช้กลยุทธ์ DOTS ของประเทศไทย ในผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนในปี พ.ศ. 2546 ได้รายงานค่าเฉลี่ยผลการเปลี่ยนแปลงของเสมหะปราศจากเชื้อ (Sputum Conversion) ประมาณร้อยละ 80 และมีผลสำเร็จในการรักษา (Success Rate) เพียงร้อยละ 75 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ ร้อยละ 85 นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราการขาดยาสูงถึงร้อยละ 9 (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ทำให้การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นยังไม่ประสบผลสำเร็จ แสดงให้เห็นว่า การใช้กลยุทธ์ DOTS ยังไม่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลยุทธ์ DOTS เป็นการจัดการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยจากการกำกับของบุคคลอื่น ซึ่งการรักษาไม่ได้ขึ้นอยู่กับคำสั่งการรักษาของแพทย์หรือการดูแลของพี่เลี้ยงเท่านั้น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การตระหนักรู้ การให้ความร่วมมือ และความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ของผู้ป่วยเอง เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด เป็นต้น โดยผู้ปฏิบัติต้องเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง มีการกำหนดเป้าหมายและการคาดหวังของผลลัพธ์ในการรักษา รวมทั้งมีการดูแลตนเองเรื่องอื่น ๆ เช่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น การมีพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมการหายของโรค เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ การงดดื่มสุรา การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งการใช้พี่เลี้ยงในการกำกับให้ผู้ป่วยรับประทานยา จึงไม่อาจทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงพบผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา นอกจากมีการนำระบบพี่เลี้ยงมาใช้แล้ว ยังพบว่า มีการใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคสามารถดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเน้นการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยส่วนใหญ่จะใช้โปรแกรมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสร้างคู่มือและสื่อการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง โดยการสอนเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม การสาธิตการจัดยา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองของสมาชิกในกลุ่ม (นิธิตวีวัฒนะการดา, 2543) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ดุษฎี สีนชวนนท์ (2549) ได้ใช้โปรแกรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด โดยมีการใช้กระบวนการกลุ่ม การเสนอต้นแบบ มีการสาธิตการจัดยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การใช้สมุดบันทึกประจำตัว และการกระตุ้นเตือนด้วยจดหมายในการตรวจตามนัดจากผู้วิจัย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวัฒน์ ประสารสืบ (2552) ได้ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การเสนอต้นแบบ การแสดงบทบาทสมมุติของผู้ป่วย และการแก้ปัญหาร่วมกันของกลุ่มตามหัวข้อที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้น

จากการทดลองใช้วิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีผลการรักษาและพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น แต่จะเห็นได้ว่าแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้น ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการรักษา ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทและลักษณะของประชากรในพื้นที่ที่ทำการศึกษานั้น ๆ เช่น การสนับสนุนในรูปแบบของการใช้จดหมายกระตุ้นเตือน การแจกนมถั่วเหลือง การมอบดอกไม้เป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ยังไม่ได้เน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการกำหนดเป้าหมาย การวางแผนในการกระทำ และใช้วิธีการกำกับตนเองในเรื่องของการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง การมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องจนครบกำหนดการรักษา 6 เดือน นอกจากนี้โปรแกรมต่าง ๆ จะเน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะที่ได้รับการรักษาใหม่ ๆ จนถึง 2 เดือนแรก แต่ในระยะหลัง 2 เดือนไปแล้ว ผู้ป่วยต้องดูแลกำกับตนเอง ซึ่งเป็น

ช่วงเวลาที่มีความสำคัญมากที่มักพบว่า ผู้ป่วยมีการขาดยาหรือรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องได้ เป็นผลให้เกิดความล้มเหลวในการรักษา ซึ่งจะมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ และปัญหาการดื้อยาได้

เมื่อศึกษาผลการวิจัยถึงสาเหตุการขาดยา จากการศึกษาของ Hsieh et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีการหยุดยาเองหลังจากอาการป่วยดีขึ้น หรือลดขนาดยาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา จากการศึกษาของ เจนจิรา บุราคร (2547) พบว่า การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการขาดยาของผู้ป่วย โดยพบว่า กลุ่มที่ขาดยา มีการดื่มสุราและการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ขาดยา และจากการศึกษา ของ สพรังศักดิ์ จุลเดชะ (2540) พบว่า สาเหตุของการขาดยา เนื่องจากผู้ป่วยลืมนัด บางรายไม่ทราบว่าจะต้องมาตรงนัด และพบว่าผู้ป่วยขาดยาเนื่องจากลืม ร้อยละ 66 ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพการดูแลทั้งด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 4 เดือนหลังของการรักษาที่พบว่า ผู้ป่วยมักขาดยา เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและไม่มีอาการแสดงของโรค ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยละเลยการรับประทานยาดังนั้นในช่วง 4 เดือนหลังการรักษา จึงเป็นช่วงเวลาที่ควรให้ความสำคัญในการติดตามดูแล และควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการกำกับตนเอง ในการรับประทานยาให้ครบตามกำหนดของการรักษา ร่วมกับมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมการรักษาสำเร็จที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถดูแลกำกับตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ต่อจากช่วง 2 เดือนแรกที่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการศึกษาข้อมูล ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปีงบประมาณ 2549 - 2551 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดมีอัตราการขาดยาดัดต่อกันเป็นเวลาตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป (Default Rate) ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ร้อยละ 5.7 ร้อยละ 1.79 และร้อยละ 10.20 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่ามียอดการขาดยาที่สูงขึ้น และมีอัตราการรักษาหายขาด (Cure Rate) ร้อยละ 52.8 ร้อยละ 89.29 และร้อยละ 83.67 ตามลำดับ (กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลพุทธโสธร, 2551) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) และในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ที่ได้รับระบบพี่เลี้ยงยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการรักษาโดยมีพี่เลี้ยงที่เป็นญาติทำหน้าที่กำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย จากการเยี่ยมบ้านของงานเวชกรรมสังคมเดือนละ 1 ครั้ง พบว่าญาติไม่สามารถกำกับให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าได้ทุกครั้ง จึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ทำให้ต้องเพิ่มระยะเวลาในการรักษาและใช้ปริมาณยาที่มากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และทำให้มีแหล่งแพร่กระจายเชื้อเพิ่มมากขึ้น และที่สำคัญคือ อาจทำให้เกิดปัญหาของการดื้อยาด้านวัณโรคตามมา จากข้อมูลดังกล่าว

เป็นการแสดงให้เห็นว่าปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค เป็นสิ่งที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะรักษาเข้มข้น 2 เดือนแรก (Intensive Phase) และระยะต่อเนื่อง 4 เดือนหลัง (Continuation Phase) ในปัจจุบันเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคได้มีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับงานเวชกรรมสังคมในการติดตามผู้ป่วย โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในช่วง 1 - 2 เดือนแรก เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคจะนัดผู้ป่วย เพื่อติดตามการรักษา 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง ร่วมกับการตรวจเลือด เพื่อติดตามการทำงานของตับ ที่อาจเป็นผลข้างเคียงของการใช้ยา เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคมจะออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในช่วง 1 - 2 เดือนแรก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้คำแนะนำการดูแลตนเองที่ถูกต้องกับผู้ป่วยวัณโรคปอด และบุคคลในครอบครัว ดังนั้นในช่วง 1 - 2 เดือนแรก ผู้ป่วยวัณโรคปอดจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาครบ 2 เดือนแรกแล้ว เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค จะนัดผู้ป่วย เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและให้ความรู้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย แต่ละราย ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม โดยการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม เดือนละ 1 ครั้ง จนครบกำหนดการรักษา 6 เดือน โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการขาดยา หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องส่วนใหญ่มีกขาดยาในระยะ ได้รับการรักษา 4 เดือนหลัง (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2551) เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของโรค จึงเข้าใจว่าหายจากวัณโรคแล้ว และผู้ป่วยบางรายมีเจตคติที่ไม่ดีในการรักษา โดยมีความเชื่อว่า การรับประทานวัณโรคปริมาณมากเป็นเวลานาน จะมีผลทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย และเบื่ออาหาร รวมทั้งมีความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร แยมศรี (2546) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีความเชื่อว่าผลจากการใช้ยาด้านวัณโรค มีผลทำให้ร่างกายผอม น้ำหนักลด เป็นลมหน้ามืด และใจสั่น จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือการหยุดรับประทานยาก่อนครบกำหนดการรักษา ไม่มาตรวจตามนัด มีพฤติกรรมใช้สิ่งเสพติด เช่น สุบบุหรี คี๋มสุรา เป็นต้นในระหว่างการรักษา จากข้อมูลดังกล่าว เป็นการแสดงให้เห็นว่าเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการรักษา และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและควรได้รับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะต่อเนื่อง 4 เดือนหลังของการรักษา ที่ต้องดูแลกำกับตนเอง เพื่อให้สามารถมารับการรักษาได้ครบตามกำหนด 6 เดือนอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีการนำแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของ Bandura (1986) มาประยุกต์ใช้ ในผู้ป่วยวัณโรคปอด คือการศึกษาของ

ดวงกมล สุขวงศ์ตานนท์ (2546) ได้ประยุกต์ใช้แนวความคิดการกำกับตนเองเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกของการรักษา โดยการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเป็นกลุ่มขนาดใหญ่พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เจตคติในการรักษาวัณโรค และมีการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะจากบวกเป็นลบ เมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นของการรักษา ในกลุ่มทดลองร้อยละ 87.5 และในกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 74.36

จากการศึกษาของ ดวงกมล สุขวงศ์ตานนท์ (2546) ในครั้งนี้จะเห็นได้ว่า การกำกับตนเองใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษา แต่เนื่องจากการรักษาวัณโรคปอดต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยที่นำแนวความคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1986) มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะ 4 - 6 เดือนหลังของการรักษา ซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญต่อการรักษาเช่นเดียวกับในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษา เนื่องจากเป็นระยะที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการขาดยาและกลับเป็นซ้ำ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการรักษา และมีพฤติกรรมการละเลยในการดูแลตนเองในระหว่างได้รับการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self - regulation) ของ Bandura (1986) มาประยุกต์ใช้ ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่อยู่ในระยะ 4 - 6 เดือนหลังของการรักษาโดยนำมาสร้างเป็นโปรแกรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย การยกย่องนับถือ มีขวัญและกำลังใจขณะได้รับการรักษา ซึ่งในโปรแกรมนี้จะมีการสร้างเสริมเจตคติที่ดีในการรักษา การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยต้องดูแลกำกับตนเองขณะได้รับการรักษา โดย มีการสนับสนุนทางสังคมในรูปของกระบวนการกลุ่ม ผู้ป่วยจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การรักษา การดูแลตนเอง และได้รับกำลังใจจากสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านข่าวสาร ทรัพยากรจากผู้วิจัย ซึ่งจะช่วยให้ผลสำเร็จในการรักษา เมื่อสิ้นสุดการรักษา 6 เดือน ของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อเจตคติเกี่ยวกับการรักษา พฤติกรรมดูแลตนเอง และผลสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการรักษา และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ระยะก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการรักษา และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด เมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 6 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการรักษา และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการรักษา และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มทดลองมีผลสำเร็จในการรักษา เมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 6 สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของ Bandura (1986) ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของ House (1981) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

Bandura (1986) เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์นั้นไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรง และการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่ามนุษย์สามารถกระทำบางสิ่งบางอย่าง เพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง หากแต่ต้องฝึกฝนและพัฒนา บุคคลต้องมีความตั้งใจ และความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง การกำกับตนเองประกอบด้วย

1. กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการกำกับตนเอง คือบุคคลต้องรับรู้ว่าคุณค่ากำลังทำอะไรอยู่ เนื่องจากความสำเร็จของการกระทำนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอ และความแม่นยำของการสังเกตและการบันทึกตนเอง ซึ่งการสังเกตนั้น จะทำหน้าที่เป็นตัวให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีความเป็นไปได้ และประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำอยู่

2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องมาจากการสังเกตตนเอง เมื่อบุคคลสังเกตตนเองและบันทึกพฤติกรรมของตนเองแล้ว จึงนำข้อมูลนั้นมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายและมาตรฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งพฤติกรรมจะประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่นำมาประเมิน โดยได้มาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การแสดงพฤติกรรมทางสังคมต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมาตรฐานนั้นสามารถส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งสู่บุคคลหนึ่งได้ด้วยต้นแบบและความสำเร็จทางสังคม บุคคลจะมีการเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะได้ทราบผลการกระทำของตนเอง โดยใช้เกณฑ์การเปรียบเทียบ ประกอบด้วย การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานของกลุ่ม เช่น อายุ เพศ การศึกษา เป็นต้น การเปรียบเทียบทางสังคม เช่น กลุ่มผู้ร่วมงานหรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน การเปรียบเทียบกับตนเอง เช่น ผลการกระทำที่ผ่านมาเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการเปรียบเทียบกับกลุ่ม เช่น ผลการกระทำของตนเองกับค่าเฉลี่ยการกระทำของกลุ่ม รวมทั้งการรับรู้คุณค่าของกิจกรรมจะมีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล

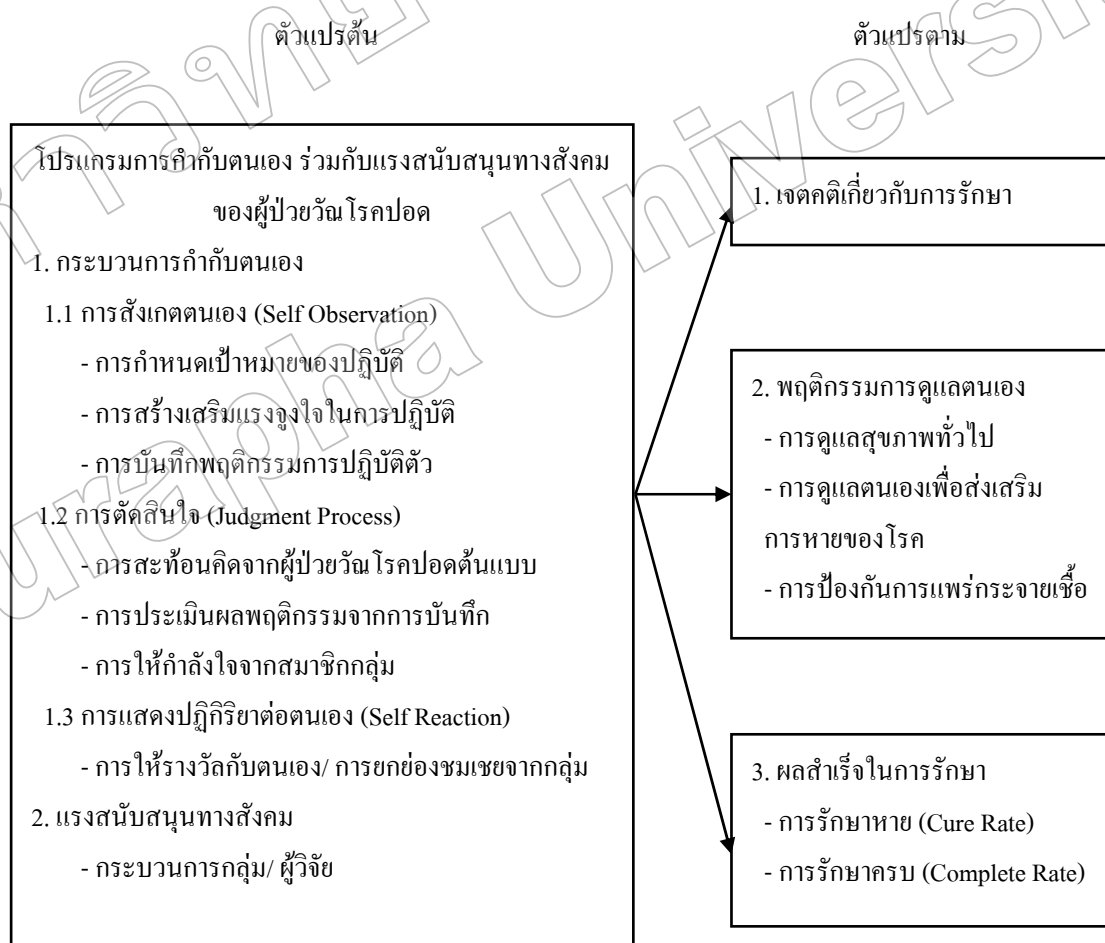
3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) เป็นกระบวนการสุดท้ายของกลไกการกำกับตนเอง ซึ่งทำหน้าที่ในการตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเองจากกระบวนการตัดสินใจ เช่น ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองหรือให้รางวัลตนเอง เป็นต้น และทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจทั้งภายในและภายนอกสำหรับการกระทำพฤติกรรมของตนเอง

ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจพบปัญหาและอุปสรรคในการกำกับตนเองได้ เนื่องจากการขาดประสบการณ์ในการแก้ปัญหา นั้น ๆ และไม่กล้าขอความช่วยเหลือหรือคำปรึกษาจากบุคคลอื่นเนื่องจากกลัวถูกรังเกียจ และไม่เป็นที่ยอมรับ หรือขาดการสนับสนุนด้านวัตถุอุปกรณ์ เครื่องอำนวยความสะดวกในการส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองที่เหมาะสม จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ และเบื่อหน่ายกับการรักษาได้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวโรคปอดสามารถผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคนั้นได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการเอาใจใส่ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร โดยได้นำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีสถานะการเจ็บป่วยเหมือนกัน ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การเข้าร่วมกลุ่มเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยได้รู้ว่าตนเองนั้นไม่ได้โดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง หรือเป็นที่รังเกียจของสังคม ช่วยผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวลได้ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยจะได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากผู้วิจัยในการดูแล

ตนเองเกี่ยวกับวันโรคปอด การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลย้อนกลับ และเกิดการเรียนรู้จากการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยคนอื่นในกลุ่ม เช่น ผลที่เกิดจากการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในด้านบวกและด้านลบ จะเป็นข้อคิดในการเตือนสติ ทำให้ผู้ป่วยเกิด ทักษะการคิด การตัดสินใจในการเลือกสรรแบบอย่างที่เหมาะสมกับตนเอง และมั่นใจว่าจะเป็น ประโยชน์และได้รับผลดีจากการปฏิบัติ สำหรับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ความสะดวกสบายในการรับประทานยา ผู้วิจัยแจกปฏิทินผ้าสำหรับใส่ซองยาให้กับผู้ป่วย ซึ่งนำมา เป็นกิจกรรมสาธิตในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดยาด้วยตนเองและใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นเตือน ให้ผู้ป่วยได้กำกับตนเองในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้จนครบกำหนดการรักษา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดให้โปรแกรมการกำกับตนเองและแรงสนับสนุนทาง สังคมเป็นตัวแปรต้น เจตคติเกี่ยวกับการรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลสำเร็จในการรักษา เป็นตัวแปรตาม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อเจตคติเกี่ยวกับการรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มารับการรักษา ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพุทธโสธร ทุกวันพุธ ในช่วงเวลา 8.00น – 15.00น โดยเริ่มทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนกันยายน พ.ศ. 2553 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยทั้งหญิงและชาย อายุ 20 ปี ขึ้นไป ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยเป็นวัณโรคมาก่อน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด ประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ จากการตรวจเสมหะด้วยวิธีการย้อมสีทึนกรด (AFB Stain) และผู้ป่วยวัณโรคเสมหะไม่พบเชื้อ แต่ผู้ป่วยมีอาการแสดง ร่วมกับมีผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ให้การรักษาแบบวัณโรค (บัญญัติ ปริษญานันท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม-ทรัพย์เจริญ, 2546)

2. โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1986) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้มีการสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม ๆ ละ 3 - 4 คน ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง โดยใช้สื่อซึ่งประกอบด้วย เอกสารประกอบคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด วิดีทัศน์ความรู้วัณโรคปอด คู่มือการกำกับตนเอง การเสนอต้นแบบผู้ป่วยวัณโรคปอด และการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ในรูปของปฏิทินผ้าสำหรับใส่ซองยาจากผู้วิจัย

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ระหว่างได้รับการรักษา ที่เกิดจากความคิด การตระหนักรู้ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีการฝึกฝนพัฒนาด้วยตนเอง มีการตั้งเป้าหมาย และมีความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งมีการวัดผลโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ดุษฎี สีนขวานนท์ (2549) มาประยุกต์ใช้ โดยดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ระยะ 4 เดือนหลังของการรักษา ประกอบด้วย

3.1 การดูแลตนเองทั่วไปในชีวิตประจำวัน เป็นการปฏิบัติตนของผู้ป่วยวัณโรคในการรักษาสุขภาพ เพื่อให้ได้รับน้ำ อาหาร และอากาศอย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายปกติ มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

3.2 การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายของโรค เป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล ได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการของโรค

3.3 การดูแลตนเองเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หมายถึง วิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ป่วยวัณโรคในการป้องกันมิให้เชื้อวัณโรคกระจายไปยังผู้อื่น เมื่อมีอาการ ไอหรือจาม การทำลายเชื้อโรคจากสิ่งปนเปื้อนเสมหะ การทำความสะอาดเครื่องใช้ต่างๆ และการอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

4. เจตคติเกี่ยวกับการรักษา (Attitude Toward Treatment) หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาวัณโรค ซึ่งความคิดเห็นนี้อาจมีได้ทั้งเหตุการณ์ที่เป็นทั้งด้านบวกและด้านลบที่ผ่านมาในอดีตและต่อเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ประเมินโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามด้านเจตคติเกี่ยวกับการรักษาวัณโรค ของ ดวงกมล สุขวงศ์ดำนนท์ (2545) มาประยุกต์ใช้ โดยดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด ระยะ 4 เดือนหลังของการรักษาซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา ประสิทธิภาพการรักษา การปฏิบัติตัว ความรุนแรงของโรค การแพร่กระจายเชื้อ และการมาตรวจตามนัด

5. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยวัณโรคปอด เกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองความต้องการ ความช่วยเหลือ หรือได้รับการสนับสนุนจากการติดต่อสัมพันธ์กับพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดด้วยกันโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง การให้กำลังใจ และการชมเชยระหว่างกลุ่มผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และด้านการประเมินค่า ซึ่งในแต่ละด้านมีรายละเอียด ดังนี้

5.1 ด้านอารมณ์ ผู้วิจัยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือนในการรับประทานยาของผู้ป่วย และการดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมทั้งการให้รับกำลังใจ การยอมรับ และการยกย่องชมเชยจากสมาชิกในกลุ่ม

5.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา และอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีการแจกเอกสารประกอบคำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด รวมทั้งจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม

5.3 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ผู้วิจัยให้การสนับสนุนโดยการแจกปฏิทินผ้าสำหรับใส่ซองยาพร้อมกระเป๋ และคู่มือบันทึกการใช้ยาให้กับผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัด

5.4 ด้านการประเมินค่า ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยเพื่อตรวจและติดตามการรักษา และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นในกลุ่ม

6. ผลสำเร็จในการรักษา (Tuberculosis Treatment Success Rate) หมายถึง ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลสำเร็จในการรักษาวัณโรค โดยคิดจากอัตราการรักษาหายขาด (Cure Rate) และการรักษาครบ (Complete Rate) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

6.1 การรักษาหายขาด (Cure rate) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวก เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยในครั้งแรก และมีผลตรวจเสมหะเป็นลบ 3 ครั้ง ในระหว่างที่ได้รับการรักษาจนครบ 6 เดือน โดยส่งตรวจเสมหะด้วยวิธีย้อมสีทึนกรด (AFB Stain) ที่ตรวจโดยห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลพุทธโสธร

6.2 การรักษาครบ (Complete Rate) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะบวก หรือเสมหะลบเมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยครั้งแรก โดยผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องครบ 6 เดือน และส่งตรวจเสมหะด้วยวิธีย้อมสีทึนกรด (AFB Stain) ที่ตรวจโดยห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

6.2.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะบวก ซึ่งเมื่อรักษาครบในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกของการรักษามีผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค แต่ในระยะต่อเนื่องไม่มีผลตรวจเสมหะหรือมีเพียง 1 ครั้งที่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องครบ 6 เดือน

6.2.2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบ โดยผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องครบ 6 เดือน และมีผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกปกติ