

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อเจตคติเกี่ยวกับการรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเองและผลสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด
2. ข้อควรปฏิบัติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
3. แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation)
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเอง
5. แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด

วัณโรคปอดเป็นโรคติดเชื้อ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยหอบ ร่างกายอ่อนแอลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และเป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งมีความยุ่งยากในการรักษา เนื่องจากต้องใช้เวลาหลายขนานร่วมกัน จึงอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านวัณโรค และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีผลให้ผู้ป่วยมีการหยุดยาก่อนกำหนดการรักษา ทำให้รักษาไม่หายขาด ซึ่งยังผลให้ผู้ป่วยเป็นแหล่งแพร่เชื้อวัณโรคได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำและเกิดปัญหาการดื้อยาต้านวัณโรคได้ ฉะนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรรู้ความสำคัญ และให้การส่งเสริมผู้ป่วยวัณโรคปอดได้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

สาเหตุของวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium Tuberculosis* เชื้อนี้มีรูปร่างเป็นแท่งตรง ๆ หรือเป็นแท่งโค้งเล็กน้อย มีความหนาประมาณ 0.3 ไมครอนมีความทนกรด (Acid Fast Bacilli) ติดสีแดงในการย้อมสี Carbol-fuchsin ไม่มีแคปซูล ไม่มีสปอร์ ไม่เคลื่อนไหว

โครงสร้างเซลล์มีลักษณะเช่นเดียวกับบักเตรีทั่วไป ต้องการออกซิเจนในการหายใจ (บัญญัติ ปริชยานันท์ และคณะ, 2546) เชื้อวัณโรคสามารถทำให้เกิดพยาธิสภาพตามอวัยวะต่าง ๆ ได้ทุกระบบของร่างกาย แต่ที่พบบ่อยที่สุด คือ วัณโรคปอด เนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่อุดมไปด้วยออกซิเจน ซึ่งเป็นที่ ๆ เชื้อวัณโรคจะเจริญเติบโตได้ดี เพราะได้ออกซิเจนไปช่วยในการเผาผลาญอาหาร Grosse (1981 อ้างถึงใน ธนพร แยมศรี, 2546) เชื้อวัณโรคที่เจริญพันธุ์ในร่างกาย มีความทนทานต่อการทำลายมากกว่าเชื้อวัณโรคที่เจริญพันธุ์นอกร่างกาย โดยในพื้นที่ที่มีแสงแดดพบว่า เชื้อวัณโรคในเสมหะแห้งจะตายภายใน 2 ชั่วโมง แต่ถ้าเสมหะเปียกเชื้อวัณโรคจะอยู่ได้นาน 20-30 ชั่วโมง และเชื้อวัณโรคจากเสมหะแห้งที่เป็นละอองปลิวอยู่ในอากาศ โดยไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 8-10 วัน (บัญญัติ ปริชยานันท์ และคณะ, 2546)

พยาธิสภาพของวัณโรคปอด แบ่งออกเป็น 2 ระยะ (บัญญัติ ปริชยานันท์ และคณะ, 2546) ดังนี้

Primary Pulmonary Tuberculosis เป็นการรับเชื้อครั้งแรกในบุคคลที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันมาก่อน ส่วนใหญ่เป็นในเด็ก ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างจากพวกที่เคยได้รับเชื้อมาก่อน คือ ต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดจะเกิดโรคด้วย ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโต และมีเนื้อตาย (Caseous) ตำแหน่งที่เชื้อวัณโรคเข้าไปทำให้เกิดรอยโรคครั้งแรก มักเป็นบริเวณเนื้อปอดที่มีอากาศถ่ายเทมากที่สุด คือ ส่วนล่างของปอดกลีบบน เมื่อเชื้อเข้าไปจะถูกจับกินโดย Alveolar Macrophage แต่ถ้าเชื้อไม่ตาย และเพิ่มจำนวนมากขึ้น อาจกระตุ้นให้มีการอักเสบเฉียบพลัน โดยจะมี Neutrophil เข้ามาจับกินเชื้อวัณโรค หากไม่สามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ Neutrophil จะถูกทำลายภายใน 24 ชั่วโมง จะมี Macrophage ที่มาจาก Monocyte ในกระแสเลือดเข้ามาเด่นชัด ต่อมาจะรวมกลุ่มกันและเกิดเป็น Tubercle ภายในเวลาไม่กี่วัน เชื้อจะไปตามหลอดน้ำเหลือง ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด ทำให้เกิดรอยโรคที่มักจะใหญ่กว่ารอยโรคที่เนื้อปอดเอง และหายช้ากว่า

รอยโรคที่เนื้อปอด เรียกว่า Primary Focus เมื่อรวมกับรอยโรคที่ต่อมน้ำเหลือง เรียกว่า Primary Complex มักมีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร ประกอบด้วย Tubercle และมีเนื้อตาย Caseous ส่วนใหญ่รอยโรคนี้อาจหายไปได้ จากการมีภูมิคุ้มกันทางด้านเซลล์ (Cell - mediated Immunity) ถ้าบริเวณเนื้อตายมีขนาดเล็ก อาจถูกกำจัดโดย Macrophage รอบ ๆ และอาจแทนที่ด้วย Fibrous Tissue แต่ถ้าเนื้อตายมีขนาดใหญ่ขึ้น จะถูกล้อมรอบเป็นลักษณะ Fibrocaseous หรือมีแคลเซียมมาอยู่บนเนื้อตาย เป็น Fibrocalcific แต่มักมีเชื้อวัณโรคที่ยังมีชีวิตเหลือค้างอยู่ และอาจกำเริบขึ้นภายหลัง

Secondary หรือ Postprimary Pulmonary Tuberculosis คือการเกิดโรคภายหลังจากเคยได้รับเชื้อวัณโรคมาก่อน เกิดจากเชื้อที่สงบนิ่งในอวัยวะต่าง ๆ การกำเริบของเชื้อวัณโรคเดิม จะเกิดภายใน 2 ปีหลังการติดเชื้อครั้งแรก ซึ่งร่างกายอาจมีภูมิคุ้มกันลดลงในบางภาวะ อาจเป็นจาก

รอยโรคที่เนื้อปอด หรือต่อมน้ำเหลืองข้างปอดก็ได้ โดยเฉพาะเนื้อปอดบริเวณ Apex หรือ Subapical เป็นบริเวณที่มีความดันออกซิเจนสูง การดำเนินของโรคขึ้นกับจำนวนเชื้อ และ Cellular Immune Response ซึ่งบางครั้งรอยโรคอาจเห็นเป็นก้อนขนาด 0.5 ถึง 4 เซนติเมตร ก้อนมักกลม ล้อมด้วย Fibrosis ข้างในเป็นเนื้อตาย Caseous ตรงกลางมี Calcification หรืออาจมีโพรงเล็ก ๆ แต่ถ้า

โรคกำเริบก้อนอาจแตกออก เพราะมีการทำลายผนัง Fibrosis และโรคสามารถแพร่กระจายได้ เชื้อ โรคและเนื้อตาย Caseous จะถูกขับออกทางหลอดลม และกระจายไปยังเนื้อปอด ส่วนอื่น ๆ ถ้าเชื้อ โรคมีจำนวนมากและร่างกายมีภูมิคุ้มกันดี ก็จะเกิดการอักเสบของเนื้อปอดจำกัด อยู่ตามแขนงหลอดลมเล็กและถุงลมโดยรอบ แต่ถ้าเชื้อมีจำนวนมาก หรือมี Hypersensitivity Reaction ที่รุนแรง จะเกิด Tuberculous Pneumonia จะมีการอักเสบที่รุนแรงแบบ Exudation มีสาร น้ำเนื้อปอดมีลักษณะบวมขึ้น และเกิดเนื้อตายอย่างรวดเร็ว และอาจเกิด Cavity เมื่อเนื้อตายสลายไป หรือรายที่ Cavity แตกเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด อาจทำให้เกิดการอักเสบที่รุนแรงเป็น Empyema และมี Bronchopleural Fistular ได้ ถึงแม้ว่าในพวก Secondary Tuberculosis จะมีภูมิคุ้มกันแล้ว แต่ถ้า รอยโรคในปอดหรือต่อมน้ำเหลืองที่ข้างปอด หรือเนื้อตาย Caseous ที่ผนังชั้น Intima ของหลอด เลือดเกิดกำเริบ มีเชื้อ โรคจำนวนมากลุกลามเข้ากระแสเลือด แพร่กระจายไปตามอวัยวะต่าง ๆ เกิด Military Tuberculosis ได้

การติดต่อของวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคที่สามารถติดต่อได้ทางระบบทางเดินหายใจ เมื่อผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค ในระยะแพร่กระจายเชื้อ จาม ไอ หัวเราะ ร้องเพลง หรือแม้กระทั่งการพูด ก็สามารถแพร่เชื้อทาง น้ำลายหรือละอองเสมหะจากคนหนึ่ง ไปสู่อีกคนหนึ่งได้ ละอองเสมหะที่เล็กขนาด 1 - 5 ไมครอน อาจมีเชื้อวัณโรคประมาณ 1-3 ตัว ล่องลอยกระจายอยู่ในอากาศ เมื่อคนหายใจเข้าไป จะได้รับเชื้อ เข้าสู่ถุงลมปอด (Alveoli) ส่วนละอองเสมหะขนาดใหญ่จะติดอยู่บริเวณทางเดินหายใจส่วนบน และถูกทำลายไป เชื้อวัณโรคที่ฝังตัวอยู่ตรงถุงลมปอด จะเริ่มแบ่งตัวและมีส่วนหนึ่งไปทางท่อ น้ำเหลือง และต่อมน้ำเหลืองที่ใกล้เคียง โดยเฉพาะที่ข้างปอด (Hilar Nodes) แล้วเกิดปฏิกิริยาที่นั่น และเป็นวัณโรคในเวลาต่อมา โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะพบเชื้อ 1 ราย สามารถแพร่กระจาย เชื้อวัณโรคไปยังผู้อื่นได้ 10 - 15 รายต่อปี (มนัส วงศ์เสงี่ยม และทวีทอง กอนันตกุล, 2539)

อาการและอาการแสดง

อาการที่แสดงถึงการติดเชื้อวัณโรคปอดที่พบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยจะไอเรื้อรังและอาจมี อาการไข้ เกินกว่า 2 สัปดาห์ และมีอาการร่วมได้แก่ น้ำหนักตัวลด อ่อนเพลีย เหงื่อออกตอน กลางคืน และถ้าเนื้อปอดมีการอักเสบมาก ผู้ป่วยจะมีอาการไอมากขึ้น และมีเสมหะสีเหลือง ขาวขุ่น เจียว มีเลือดหรือหนองปน ร่วมกับอาการเจ็บกล้ามเนื้อหน้าอกจากการไอมาก ๆ และอาจมีภาวะ

เชื้อหุ้มปอดอักเสบร่วมด้วย ทำให้เจ็บหน้าอกตื้อ ๆ มากขณะหายใจเข้า ซึ่งบ่งบอกถึงการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคทั่วปอด หรือมีหายใจหอบ เนื่องจากเนื้อปอดที่สมบูรณ์มีน้อยลง อาการต่าง ๆ บ่งบอกถึงความรุนแรงของการติดเชื้อ ซึ่งขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย และภาวะสุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อ (แอนนา สุมะ โน, 2550) และอาการที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดคืออาการไอเป็นเลือด ซึ่งแสดงถึงการมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดในปอด และมักเกิดร่วมกับอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (ปิยวัฒน์ ประสารสืบ, 2552)

การวินิจฉัยโรค (บัญญัติ ปริษญานันท์ และคณะ, 2546) มีวิธีการดังนี้

1. จากการซักประวัติ และตรวจร่างกาย ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหงื่อออกตอนกลางคืน และมีอาการทางปอด จะพบว่าผู้ป่วยมีอาการไอ หรือ ไอเป็นเลือด เสมหะมีสีเหลืองเขียว บางรายอาจมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ เป็นต้น

2. การตรวจเสมหะ หาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์

2.1 การตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct Smear มีความไว (Sensitive) ไม่มากนัก แต่มีความจำเพาะ (Specificity) สูงมาก ด้วยการย้อมแบบ Ziehl- Neelsen จะพบเชื้อ Acid Fast Bacilli (AFB) มีสีแดงบนพื้นน้ำเงิน อย่างน้อยต้องมีเชื้อวัณโรค 10,000 ตัว/ 1 ลบ.ซม. ของเสมหะจึงมีโอกาสตรวจพบด้วยวิธี Direct Smear และถ้าตรวจเสมหะพบเชื้อ AFB ก็อาจบอกได้ทันทีว่าเป็นวัณโรค และให้การรักษาได้เลยโดยไม่ต้องรอผลการเพาะเชื้อ

2.2 การเพาะเชื้อวัณโรค เป็นการตรวจที่มีความจำเพาะสูง ถือเป็นมาตรฐานของการวินิจฉัยโรคได้ แต่อาจใช้เวลานาน ซึ่งในกรณีที่ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อ 2 ครั้ง จากการย้อมเสมหะ ก็อาจไม่จำเป็นต้องทำการเพาะเชื้ออีก

2.3 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก เนื่องจากพยาธิสภาพส่วนใหญ่ของผู้ป่วยวัณโรคมักอยู่ที่ปอด ดังนั้นการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อประกอบการวินิจฉัยจึงเป็นเรื่องจำเป็น แต่ภาพรังสีทรวงอก มีความเฉพาะค่อนข้างต่ำ แม้ว่าจะมีความไวสูง หากถ่ายภาพรังสีทรวงอกร่วมกับมีอาการ โดยไม่มีการตรวจเสมหะจึงมีโอกาสผิดพลาดได้บ่อย

2.4 การทดสอบ Tuberculin เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยว่าผู้นั้นได้รับเชื้อวัณโรคมาแล้ว เนื่องจากประเทศไทยมีอัตราครอบคลุมการฉีดวัคซีน BCG ค่อนข้างสูง จึงเป็นการยากอย่างมากที่จะแยกปฏิกิริยา Tuberculin ที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรค ดังนั้น การใช้ประโยชน์จากปฏิกิริยาจาก Tuberculin จึงมีข้อจำกัด การทดสอบในปัจจุบันโดยการใช้ยา Purified Protein Derivative ขนาด 0.1 ลูกบาศก์เซนติเมตรฉีดเข้าในผิวหนังบริเวณท้องแขน รออ่านผล 48 - 72 ชั่วโมง วัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางเฉพาะส่วนที่เป็นตุ่มนูน การแปลผลปฏิกิริยาที่ให้ผลบวก คือ ปฏิกิริยาที่ทำให้ตุ่มนูนแข็ง (Induration) ที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 10 มิลลิเมตร ขึ้นไป (บัญญัติ ปริษญานันท์

และคณะ, 2546) สำหรับการแปลผลในต่างประเทศ ได้แบ่งกลุ่มเสี่ยงออกเป็น 3 กลุ่ม ตามขนาดของตุ่มนูน กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดวัณโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการสัมผัสเชื้อวัณโรค และกลุ่มบุคคลที่ทำงานในโรงพยาบาล การแปลผลเป็นบวก ถ้าพบรอยนูน ≥ 5 มิลลิเมตร กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่มีการใช้สารเสพติด บุคคลที่อาศัยอยู่ในแหล่งแออัด และบุคคลที่อยู่ในประเทศที่มีความชุกของวัณโรคสูง การแปลผลเป็นบวก ถ้าพบรอยนูน ≥ 10 มิลลิเมตร กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มบุคคลที่ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค การแปลผลเป็นบวก ถ้าพบรอยนูน ≥ 15 มิลลิเมตร (Knechel, 2009)

จากผลการวินิจฉัยวัณโรคปอด จะแบ่งผู้ป่วยได้เป็น 2 ประเภท (บัญญัติ ปริชญานันท์ และคณะ, 2546) ได้แก่

1. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก หมายถึงผู้ป่วยที่มีผลการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธีข้อมติทนครด (Sputum AFB) และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมีผลตรวจเสมหะอย่างน้อย 1 ครั้ง และภาพรังสีเข้าได้กับวัณโรคปอด หรือมีผลตรวจเสมหะพบเชื้อ 1 ครั้ง และมีผลเพาะเชื้อเสมหะ (Sputum Culture) เป็นบวก 1 ครั้ง
2. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะลบ หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด โดยมีผลการตรวจเสมหะอย่างน้อย 3 ครั้งเป็นลบ แต่ผู้ป่วยมีอาการแสดง ร่วมกับผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาแบบวัณโรค

งานวิจัยในครั้งนี้ ทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มวัณโรคปอดรายใหม่ ที่มีผลการตรวจเสมหะบวกและเสมหะลบ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคทั้ง 2 ชนิด จะได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นเป็นเวลา 6 เดือน และได้รับการติดตามผลการรักษาทั้งในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก และในระยะ 4 เดือนหลังของการรักษาเช่นเดียวกัน เมื่อสิ้นสุดการรักษา 6 เดือน จะมีการส่งตรวจเสมหะด้วยวิธีการข้อมติทนครด (AFB Strain) แล้วตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ หากพบว่าผลการตรวจเสมหะเป็นลบ หมายถึง ประสบผลสำเร็จในการรักษา ส่วนผลการตรวจเสมหะเป็นบวก หมายถึง ผลการรักษาล้มเหลว หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาต้านวัณโรคไม่ครบตามกำหนดการรักษา 6 เดือน ซึ่งถือว่าไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาเช่นกัน ดังนั้น การติดตามผลการรักษาโดยการตรวจเสมหะของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ รวมทั้งการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลในการบ่งชี้ถึงของควมรุนแรงของโรค และผลสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอด

การรักษาวัณโรค

ในปัจจุบัน ได้นำระบบยาระยะสั้นตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้เกือบร้อยละ 100 ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือ

ในการรักษาจนครบกำหนด ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จะสามารถป้องกันความล้มเหลวและการดื้อยาวัณโรค และผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานจากโรค การใช้ยาจึงมีความสำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรคปอด ซึ่งมีหลักสำคัญในการรักษา 4 ประการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

1. ให้ยาถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน เนื่องจากยาบางชนิดมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อโรค ในขณะที่บางชนิดมีฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ ซึ่งยาชนิดใดชนิดหนึ่งนั้น ไม่สามารถรักษาวัณโรคได้ จึงต้องให้ยาเป็นระบบ และต้องไม่รักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาชนิดเดียว การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด มี 2 ระยะ ซึ่งระยะแรกเป็นระยะเข้มข้น (Intensive Phase) ซึ่งจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะแพร่เชื้อ หลังจากนั้น เป็นระยะต่อเนื่อง (Continuation Phase) จะใช้ยาลดจำนวนเชื้อ 2 ตัว ซึ่งจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคที่หลงเหลืออยู่ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2. ให้ยาถูกต้องตามขนาด การรักษาจะได้ผลดี ถ้าขนาดยาดำเนินไปจะก่อปัญหาการดื้อยา ในขณะที่เดียวกันหากขนาดยาสูงเกินไป ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้

3. ให้ยาระยะยาวเพียงพอเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การให้ยาจนครบ เพื่อให้เชื้อวัณโรคถูกฆ่าตายจนหมด ไม่มีเชื้อในเสมหะและไม่กลับมาเป็นวัณโรคอีก

4. ความต่อเนื่องในการรักษา โดยมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จนครบกำหนดการรักษา

ยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรคในปัจจุบัน คือ ไอโซไนอะไซด์ (Isoniazid [H]) ไรแฟมปีซิน (Rifampicin [R]) พัยราซินามิด (Pyrazinamide [Z]) อีแทมบูตอล (Ethambutal [E]) และสเตร็ปโตมัยซิน (Streptomycin [S])

โดยทั่วไป การให้ยาแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกหรือระยะเข้มข้น (2 เดือนแรก) และระยะที่สองหรือระยะต่อเนื่อง (4 - 6 เดือนหลัง) โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะแรกมีความสำคัญมาก ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง สามารถทำให้เสมหะปราศจากเชื้อโรควัณโรคได้มากกว่าร้อยละ 80 (บัญญัติ ปริชยานันท์ และคณะ, 2546) ซึ่งระบบยารักษาวัณโรคมีรหัสย่อเป็นมาตรฐานเพื่อสะดวกในการจดจำ ระบบยาแต่ละระบบจะแบ่งเป็น 2 ระยะ (Phase) ตัวเลขนำหน้า คือ จำนวนเดือนของระยะนั้น ๆ ตัวเลขที่ห้อยท้ายอักษรย่อ คือ จำนวนต่อสัปดาห์ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาหากไม่มีตัวเลขห้อยท้ายตัวอักษร ผู้ป่วยต้องรับประทานยาทุกวัน (ฉัฐพล ละครมุล, 2551; สมศรี ธรรมโม, 2544) ระบบยารักษาวัณโรคในแผนงานวัณโรคแห่งชาติตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก แบ่งเป็น 4 ระบบ ดังนี้

1. ระบบยาที่ 1: 2HRZE(S)/ 4HR ใช้กับผู้ป่วยเสมหะบวกรายใหม่ที่ได้รับการรักษาครั้งแรกหรือผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมาก โดยในระยะ 2 เดือนแรก (ระยะเข้มข้น) จะให้ยา Isoniazid

[H], Rifampicin [R], Pyrazinamide [Z], Ethambutal [E] หรือ Streptomycin [S] และมีการตรวจเสมหะ หากเสมหะเป็นลบให้เริ่มรักษาในระยะต่อเนื่องอีก 4 เดือนโดยให้ยา Isoniazid [H] และ Rifampicin [R] หากเสมหะเป็นบวก ซึ่งอาจเกิดจากการขาดยา หรือรักษาไม่ต่อเนื่อง แล้วเสมหะเป็นบวก ให้หยุดยา 2 - 3 วัน ส่งเสมหะไปเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยา โดยขยายการรักษาในระยะเข้มข้นอีก 1 เดือน แล้วตรวจเสมหะ และให้ยาในระยะต่อเนื่องได้ไม่ว่าผลการตรวจจะเป็นลบหรือบวกก็ตาม จากนั้นตรวจเสมหะในเดือนที่ 5 ของการรักษา และเมื่อครบการรักษา หากเสมหะครั้งใด ครั้งหนึ่งใน 2 ครั้งเป็นบวก ให้ถือว่าผู้ป่วยรายนี้ล้มเหลวในการรักษา (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

2. ระบบยาที่ 2: 2HRZES/ 1HRZE/ 5HRE หรือ 2HRZES/ 1HRZE/ 5H₃R₃E₃ ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่กลับเป็นซ้ำ (Relapse) มีการล้มเหลวในการรักษา หรือการขาดยาแล้วกลับมารักษา โดยก่อนการรักษาต้องทำการเพาะเชื้อทดสอบความไวในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มว่าอาจดื้อยาได้ ฉะนั้นการใช้ยารักษาต้องควบคุมดูแลอย่างเข้มงวด โดยใน 2 เดือนแรกจะให้ยา Isoniazid [H], Rifampicin [R], Pyrazinamide [Z], Ethambutal [E] ร่วมกับการให้ยา Streptomycin [S] ส่วนในเดือนที่ 3 จะให้ยาด้านวัณโรค 4 ชนิดเช่นเดียวกับ 2 เดือนแรก ยกเว้นยา Streptomycin [S] เมื่อครบกำหนดการรักษา 3 เดือน และตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ ให้เริ่มให้ยาในระยะต่อเนื่องได้ (อีก 5 เดือน) แต่ถ้าหากตรวจเสมหะพบเชื้อ จะต้องให้ยา 4 ชนิดแรกต่อไปอีก 4 สัปดาห์ ถ้าครบกำหนดแล้วยังตรวจเสมหะแล้วพบเชื้อควรหยุดยาทั้งหมดเป็นเวลา 2 - 3 วัน และส่งตรวจเสมหะโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อรวมทั้งทดสอบความไวต่อยาคด้วย

3. ระบบยาที่ 3: 2HRZ/ 4HR ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสมหะเป็นลบหรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่มีอาการไม่มาก โดยการตรวจเสมหะเมื่อผู้ป่วยรักษาได้ครบ 2 เดือน หากเสมหะเป็นลบให้ยาระยะต่อเนื่องต่อไป หากผลเสมหะเป็นบวกให้จำหน่ายผู้ป่วยเป็นล้มเหลว และเริ่มให้ยาระบบที่ 2 (ต้องรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น)

4. ระบบที่ 4: H alone หรือ Second - line drugs ใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะการล้มเหลวจากระบบที่ 2 อาจให้การรักษาด้วยยา Isoniazid [H] ขนาดเดียวหรือให้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้อย่างน้อย 3 ชนิด

ระบบยาดังกล่าว ประกอบด้วยยาหลายชนิด โดยมีการกำหนดขนาดของยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งยาแต่ละชนิดนั้น อาจมีผลทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาได้ ดังนี้ (ฉันทพล ละครนมูล, 2551; บัญญัติ ปริชญานันท์ และคณะ, 2546)

1. Isoniazid [H] ขนาดยาที่ใช้กับผู้ใหญ่ 300 mg/ day (5-8 mg/ kg/ day) มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ตับอักเสบ พบได้ร้อยละ 0.5 ของผู้ป่วย และอาจพบความ

ผิดปกติของเม็ดเลือด ซึ่งจะหายไปเมื่อหยุดยา และอาจมีอาการปากแห้ง ปัสสาวะคั่ง จากการขาด พัยริดอกซิน (Pyridoxine) และอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรง ได้แก่ อาการทางประสาท เช่น อาการชาปลายมือ ปลายเท้า ซึ่งแก้ไขได้ด้วย การให้วิตามิน บี 6 นอกจากนี้ อาจพบผื่นแดงตาม ผิวหนังได้

2. Rifampicin [R] ขนาดของยาที่ใช้กับผู้ใหญ่ 450-600 mg/ day มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้แก่ ตับอักเสบ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาความผิดปกติของตับมาก่อน หากพบว่ามีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง การทำงานของตับผิดปกติ ต้องหยุดยาทันที อาจทำให้การทำงานของไตผิดปกติจนเกิดภาวะไตวายได้ และอาจทำให้มีอาการหายใจ หอบ กรณีนี้ต้องหยุดยาทันที ส่วนอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรงได้แก่ อาการผื่นคัน อาจมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ โดยมีอาการ ไข้ ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย ซึ่งแก้ไขโดยการรักษาตามอาการ

3. Pyrazinamide [Z] ขนาดของยาที่ใช้กับผู้ใหญ่ 20-30 mg/ kg/ day มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้แก่ ตับอักเสบ จึงควรมีการตรวจสอบการทำงานของตับทั้ง ก่อนและหลังการให้ยา หากพบอาการผิดปกติควรรีบหยุดยา นอกจากนี้อาจพบระดับของกรดยูริก ในเลือดสูง มีอาการปวดข้อ ซึ่งบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวด เช่น แอสไพริน อาจพบอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะขุ่น และอาการแพ้ยา เช่น มีไข้ มีผื่นขึ้น

4. Ethambutal [E] ขนาดของยาที่ใช้กับผู้ใหญ่ 25 mg/ kg/ day มีฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ สามารถทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นได้ เช่น ตามัว มีอาการตา บอดสีแดงสีเขียว โดยอาการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับขนาดของยา ซึ่งจะพบอาการดังกล่าวไม่บ่อยนัก ดังนั้น ผู้ป่วยที่กินยา Ethambutal ต้องได้รับการถามถึงปัญหาทางสายตา ซึ่งถ้ามีอาการจะได้หยุดยาทันที และอาการต่าง ๆ จะกลับคืนเป็นปกติได้ภายในไม่กี่สัปดาห์ นอกจากนี้อาจพบอาการแพ้ยา เช่น ผื่นแดงมีอาการทางระบบประสาท เช่น ชาตามปลายประสาทได้

5. Streptomycin [S] ขนาดของยาที่ใช้กับผู้ใหญ่ 0.75 -1 g/ day มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้แก่ การทำลายการทรงตัว (Vestibular Damage) ซึ่งพบได้ บ่อยในผู้สูงอายุที่ใช้ Streptomycin ในขนาดสูงและอาจมีอาการเสียงดังในหู วิงเวียน เดินเซ เนื่องจากมีการทำลายประสาทคู่ที่ 8 อาการเหล่านี้จะลดลง ถ้าหยุดยาหรือลดขนาดของยาลง และ อาจพบอาการแพ้ยาได้ เช่น ไข้ ปวดศีรษะ ผื่นแดง เป็นต้น

จะเห็นว่าผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านวัณโรคแต่ละชนิดนั้น ต่างก็มีผลกระทบต่อ ระบบต่าง ๆ ในร่างกายทั้งสิ้น โดยมีผลในระดับที่ไม่รุนแรงจนถึงรุนแรง และจากการศึกษาของ นันทิยา ไชยานุกิจ (2544) พบว่า อาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่พบมากเป็นอันดับแรก คือ

ผื่น ตุ่ม และอาการคัน รองลงมาคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ตัวตาเหลือง และอาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามระบบยาที่รักษา พบว่า ยาระบบที่ 1 (2HRZE (S) 4HR) และยาระบบที่ 2 (2HRZES/ 1HRZE/ 5HRE) จะพบอาการผื่น ตุ่ม ร้อยละ 28.9 อาการคันร้อยละ 25 ส่วนยาระบบที่ 3 (2HRZ/ 4HR) พบอาการใจสั่น วิงเวียนมากที่สุด ร้อยละ 22.2 ยาระบบที่ 4 (H- alone) พบอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากที่สุด ร้อยละ 22.2 (นันทิยา ไชยานุกิจ, 2544) และพบว่า กลุ่มยาที่ทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์มากที่สุด คือ Isoniazid ร้อยละ 36.2 รองลงมา คือ Rifampicin ร้อยละ 19.63 Pyrazinamide ร้อยละ 19.02 และ Ethambutol ร้อยละ 5.52 (ณัฐพล ละครมูล, 2551)

ฉะนั้น เมื่อผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นดังกล่าวแล้ว หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรักษา การเฝ้าระวังอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร่วมกับการให้ความร่วมมือการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยย่อมมีโอกาสประสบความสำเร็จจากการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นสูงขึ้น เนื่องจากเป็นระบบยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดให้หายได้เกือบร้อยละ 100 (บัญญัติ ปรีชญานันท์ และคณะ, 2546)

การวัดผลสำเร็จในการรักษา (Tuberculosis Treatment Success Rate)

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ และผู้ป่วยเสมหะไม่พบเชื้อ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคระยะสั้นสูตร 1 เป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยจะต้องเก็บเสมหะส่งตรวจ 3 ครั้ง ๆ ละ 2 Specimen หลังจากรับประทานยาครบเดือนที่ 2 เดือนที่ 5 และหลังเดือนที่ 6 โดยเกณฑ์การวัดผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) เป็นดังนี้

1. การรักษาหาย (Cure Rate) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะพบเชื้อ ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยครั้งแรกในการรักษา และเมื่อได้รับการรักษาครบ 6 เดือน ต้องมีผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค 3 ครั้ง หลังรับประทานยาครบตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ เดือนที่ 2 เดือนที่ 5 และหลังเดือนที่ 6 ซึ่งจากผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อทั้ง 3 ครั้งนี้ ถือได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการรักษาหาย เนื่องจากยาที่ใช้ในการรักษาเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการออกฤทธิ์ฆ่า และยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรคปอดที่ได้ผลดี

2. การรักษาครบ (Complete Rate) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะบวก หรือเสมหะลบเมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยในครั้งแรก โดยผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องครบ 6 เดือน และส่งตรวจเสมหะด้วยวิธีข้อมสีทากรด (AFB stain) ที่ตรวจโดยห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะบวก ซึ่งเมื่อรักษาครบในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกของการรักษามีผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค แต่ในระยะต่อเนื่องไม่มีผลตรวจเสมหะหรือ

มีเพียง 1 ครั้งที่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ และผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องครบ 6 เดือน

2.2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบ โดยผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องครบ 6 เดือน และมีผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกปกติ

จากการติดตามผลการรักษา ทั้ง 3 ระยะในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชือนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากในระหว่างได้รับการรักษาหากผู้ป่วยขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น ดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่ ที่อาจส่งผลให้การออกฤทธิ์ของยาได้ไม่เต็มที่ ซึ่งจะทำให้ผลตรวจเสมหะยังพบเชื้อได้ ในแต่ละระยะของการรักษา เช่น หลังการรักษาเดือนที่ 2 ผลตรวจเสมหะยังพบเชื้อวัณโรค ซึ่งต้องส่งเสมหะของผู้ป่วยไปเพาะเชื้อ และทดสอบความไวต่อยา โดยต้องขยายการรักษาในระยะเข้มข้นออกไปอีก 1 เดือน หรือในกรณีทีหลังรับประทานยาครบเดือนที่ 5 แล้วผู้ป่วยมีผลเสมหะพบเชื้อ จะถือว่าเป็นความล้มเหลว (Failed) ในการรักษา โดยต้องส่งเสมหะไปเพาะหาเชื้อคือยา และต้องเริ่มต้นในการรักษาใหม่ เป็นต้น

ฉะนั้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งชนิดที่พบเชื้อและไม่พบเชื้อ เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยในครั้งแรก และให้การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น 6 เดือน หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรักษา การเฝ้าระวังอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง ร่วมกับการให้ความร่วมมือการปฏิบัติตามแผนการรักษา การมาตรวจตามระยะเวลาที่กำหนด และมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยย่อมมีโอกาสประสบความสำเร็จในการรักษาสูงขึ้น และสามารถรักษาให้หายได้เกือบร้อยละ 100 (บัญญัติ ปริชญานันท์ และคณะ, 2546) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคควรมีแนวปฏิบัติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ดังนี้

ข้อควรปฏิบัติและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ผู้ป่วยวัณโรคปอดควรมีแนวปฏิบัติและพฤติกรรมดูแลตนเองขณะได้รับการรักษา ประกอบด้วย การดูแลตนเองทั่วไปในชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายของโรค และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การปฏิบัติตนของผู้ป่วยวัณโรคปอดในด้านต่างๆ ที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ (คุษฎี สินธวานนท์, 2549; บัญญัติ ปริชญานันท์ และคณะ, 2546) ดังต่อไปนี้

1.1 การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้อากาศที่บริสุทธิ์ ไม่อาศัยอยู่ในที่ที่มีฝุ่นละอองหรือสถานที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ตลาดสด เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยง่าย หรืออาจได้รับเชื้อโรคจากบุคคลที่เป็นโรคติดเชื้อมาได้ เนื่องจากอากาศถ่ายเทไม่สะดวก ดังนั้น ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด และมีการจัดที่อยู่อาศัยให้โปร่ง โล่ง มีอากาศถ่ายเท แสงแดดส่องถึง เพื่อ

ช่วยในการฆ่าเชื้อไวรัส โรค และลดการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น

1.2 ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพื่อช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้นและช่วยให้เสมหะอ่อนตัว ขับออกง่ายขึ้น

1.3 รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในขณะที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ต่าง ๆ จะช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรือช่วยให้ร่างกายฟื้นฟูสภาพปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

1.4 ปฏิบัติตนให้มีการขับถ่ายปกติ โดยผู้ป่วยต้องระวังไม่ให้ท้องผูก ด้วยการรับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผักและผลไม้ และการดื่มน้ำให้เพียงพอ และการหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่ทำให้ท้องผูก เช่น ชา หรือกาแฟ หรืออาหารที่มีแก๊สมาก

1.5 พักผ่อนและการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างสมดุล ควรจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ควรได้มีการนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง

1.6 ดูแลความสะอาดของร่างกาย สิ่งแวดล้อม เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น การนำที่นอนออกผึ่งแดดอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ควรทำความสะอาดบ้านทุกวัน เป็นต้น

1.7 หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้อารมณ์เสีย หรือเกิดความตึงเครียด โดยการใช่วิธีการผ่อนคลาย เช่น การนั่งสมาธิ เป็นต้น

2. ด้านการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายของโรค ประกอบด้วย การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดในด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมการหายของโรค (กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อ, 2552; ญัฐพล ละครมุล, 2551; คุญฎิ สนิชวานนท์, 2549; บัญญัติ ปรัชญานันท์ และคณะ, 2546) ดังต่อไปนี้

2.1 การรับประทานยาถูกต้องและครบถ้วนตามแผนการรักษา โดยรับประทานยาตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการควบคุมโรค ไม่เพิ่มหรือลดขนาดของยาเอง และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่ไม่ได้อยู่ในแผนการรักษา หรือไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์ หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาด้านวัณโรคได้

2.2 การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการรักษาอย่างต่อเนื่องและช่วยให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของโรค รวมทั้งเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการรักษาได้ เช่น อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาการข้างเคียงจากการใช้ยาชนิดต่าง ๆ เพื่อเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการให้การดูแลรักษา และการปรับเปลี่ยนการใช้ยาของแพทย์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

2.3 การออกกำลังกาย ผู้ป่วยวัณโรคควรออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เช่น การเดินเล่นในตอนเช้า ซึ่งเหมาะกับผู้ที่เริ่มออกกำลังกายหรือผู้ที่ไม่แข็งแรง หรืออยู่ในระยะพักฟื้น ควรเริ่มเดินช้า ๆ ระยะทางสั้น ๆ ก่อน หรืออาจทำงานบ้าน งานสวนที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย

2.4 หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชา หรือกาแฟ เพราะอาจมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาได้ และการดื่มสุราอาจมีผลทำให้เกิดการอักเสบของตับได้มากขึ้น เนื่องจากยาต้านวัณโรคบางชนิด มีผลทำให้มีการอักเสบของตับได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่แย่ลงและอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดการกินยาได้

2.5 ควรลดการสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคตินในบุหรี่ เมื่อมีการเผาไหม้ทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ซึ่งเป็นการขัดขวางการนำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกาย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคกำเริบมากขึ้น เช่น การไอ เหนื่อยหอบ เป็นต้น

2.6 หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อน โดยหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดหรือสัมผัสผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ เช่น โรคทางผิวหนัง โรคทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคปอดมีภูมิคุ้มกันต่ำ

2.7 ผู้ป่วยควรได้รับการสอนและชี้แนะเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยาต้านวัณโรคแต่ละชนิด โดยสอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะได้รับการรักษา เช่น ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งหากพบอาการผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขปัญหาอาการข้างเคียงได้ทันทั่วทั้ง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องต่อไป จนครบกำหนดการรักษา

2.8 การปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการของโรค เช่น การจิบน้ำอุ่นเมื่อมีอาการไอมาก ๆ หรือการบริหารปอด โดยการสูดอากาศบริสุทธิ์ในยามเช้า ช่วยในการบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกให้แข็งแรง ทำให้ปอดได้รับออกซิเจนได้มากขึ้น

2.9 การให้ความร่วมมือในการเก็บเสมหะส่งตรวจ เพื่อติดตามการรักษา และติดตามการเปลี่ยนแปลงของเสมหะ ในแต่ละระยะของการรักษา

3. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ประกอบด้วย การปฏิบัติตนของผู้ป่วยวัณโรคปอดในด้านต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และผู้ป่วยวัณโรคปอดสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อ, 2552; คู่มือ สิ้นขวานนท์, 2549; บัญญัติ ปริษญานันท์ และคณะ, 2546) ดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ป่วยที่ยังมีการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ ให้บ้วนเสมหะในภาชนะที่สามารถนำไปเผาทำลายได้ เช่น กระป๋องที่มีฝาปิดมิดชิด ทำลายเชื้อในเสมหะโดยนำกระป๋องไป

ตั้งไฟให้เดือดอย่างน้อย 5 นาที เพื่อฆ่าเชื้อโรค และเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น

3.2 ทำลายเชื้อวัณโรค ที่ปนเปื้อนอยู่ในเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น หมอน ผ้าเช็ดหน้า ผ้าห่ม โดยซักทำความสะอาดแล้วผึ่งให้แห้ง

3.3 ขณะที่ยังพบเชื้อในเสมหะ พยายามหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับเด็กและผู้ที่อยู่บ้านเดียวกัน ซึ่งอาจจะทำให้รับเชื้อวัณโรค และควรแนะนำทุกคนในบ้าน มารับการตรวจหาเชื้อวัณโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation)

แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในปัจจุบันถูกพัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดา ชื่อ Albert Bandura ซึ่งแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีปัญญาสังคมของแบนดูรานั้น ได้ให้ความหมายการเรียนรู้ที่ดีความต่างจากนักจิตวิทยาคนอื่น กล่าวคือ การเรียนรู้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งนักจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยมมองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแง่ของการแสดงออกนั่นคือ บุคคลจะต้องแสดงออกในพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จึงจะเรียกว่า เกิดการเรียนรู้ แต่สำหรับ แบนดูรามองว่า การเรียนรู้นั้นไม่จำเป็นที่จะต้องพิจารณาในแง่การแสดงออก หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ (Acquired) ถือว่า การเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว แม้ว่าจะยังไม่มีแสดงออกก็ตาม ดังนั้น การเรียนรู้ของแบนดูรา จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นที่จะต้องแสดงออก (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2541)

Bandura (1986) ได้อธิบายธรรมชาติของพฤติกรรมมนุษย์ว่าประกอบด้วยพื้นฐาน 5 ประการ ดังนี้

1. ความสามารถในการเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ (Symbolizing Capability) เป็นความสามารถในการให้สัญลักษณ์กับเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบในการดำเนินชีวิต และเปลี่ยนแปลงเป็นสัญลักษณ์เก็บไว้ โดยให้ความหมายและเชื่อมโยงระหว่างความรู้เดิมกับประสบการณ์ แล้วนำมาสร้างเป็นวิถีทางในการแสดงพฤติกรรมใหม่

2. ความสามารถในการคิดล่วงหน้า (Forethought Capability) เป็นความสามารถสร้างความคิดในอนาคต โดยบุคคลจะกำหนดเป้าหมายของตนเองไว้ล่วงหน้า มีการวางแผนสำหรับการกระทำ ที่เกิดจากแรงจูงใจของตนเอง ในการแสดงพฤติกรรมที่คาดหวัง เป็นความตั้งใจและการกระทำอย่างมีเป้าหมาย

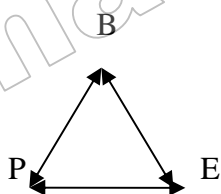
3. ความสามารถในการรับรู้โดยการสังเกตต้นแบบ (Vicarious Capability) การสังเกตต้นแบบจะทำให้บุคคลมีการดัดแปลงบทบาทของตนเองในการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ โดย

ที่ไม่ต้องมีประสบการณ์ตรงจากการลองผิดลองถูก การเรียนรู้โดยการสังเกตเป็นสิ่งสำคัญของการมีชีวิตรอด เพราะว่าความผิดพลาดบางอย่าง อาจทำให้เกิดอันตรายหรือความเสียหายที่รุนแรงได้

4. ความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-regulatory Capability) บุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมเพื่อให้ผู้อื่นพึงพอใจเท่านั้น แต่พฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลเกิดจากแรงจูงใจ และการกำกับโดยมาตรฐานของตนเอง และเกิดจากปฏิกิริยาต่อตนเองในเชิงปริมาณ (Evaluation Self-reaction) ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมตามมา และจะแสดงอิทธิพลที่ส่งเสริมให้เกิดการแสดงพฤติกรรมด้วยตนเอง (Self-produced Influences) ของบุคคล

5. ความสามารถในการพิจารณาตนเองอย่างไตร่ตรอง (Self-reflective Capability) เป็นความสามารถในการวิเคราะห์ประสบการณ์ และกระบวนการคิดอย่างไตร่ตรองของบุคคล โดยการมองประสบการณ์ที่ผ่านมา และวิเคราะห์ในสิ่งที่ตนเองรู้ มีการตรวจสอบโดยการพิจารณาอย่างรอบคอบ ตรวจสอบความคิดเห็นและปฏิกิริยาของตนเอง ตัดสินถึงความเหมาะสมในการแสดงพฤติกรรม และมีการเปลี่ยนแปลงการแสดงพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกัน

Bandura (1986) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ร่วมกันในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล (Reciprocal Determinism) ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และด้านสติปัญญาส่วนบุคคล (Cognitive and Personal Factor) ที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ ซึ่งอาจเขียนได้ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และส่วนบุคคล (P)

(Bandura, 1986, p. 24)

การที่ปัจจัยทั้ง 3 ร่วมกันในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัยหนึ่ง และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง จะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (Bandura, 1986)

นอกจากนี้ แบนดูรา ยังได้ขยายแนวคิดของการเสริมแรง โดยกล่าวว่า การเสริมแรงไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแต่ทำให้พฤติกรรมเพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่อื่น ๆ อีก 3 ประการ (สมโภชน์

เอี่ยมภายิต, 2541) ดังนี้

1. ทำหน้าที่เป็นข้อมูลให้บุคคลรู้ว่า ควรจะกระทำพฤติกรรมอะไรในสภาพการณ์ใดในอนาคต

2. ทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจ เนื่องจากประสบการณ์ในอดีตทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าการกระทำบางอย่างจะทำให้ได้รับการเสริมแรง การที่บุคคลคาดหวังถึงผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จะกลายเป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมที่จะกระทำในปัจจุบัน ทำให้บุคคลเพิ่มโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าวในเวลาต่อมา

3. ทำหน้าที่เป็นตัวเสริมแรง นั่นคือ เพิ่มความถี่ของพฤติกรรม แต่การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมได้ดั่งนั้น บุคคลต้องตระหนักถึงการที่จะได้รับการเสริมแรงนั้นด้วย

การเสริมแรง อาจมีประสิทธิภาพในการกำกับพฤติกรรมของบุคคลที่เคยเรียนรู้มาแล้ว แต่จะไม่มีประสิทธิภาพในการทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และเป็นการยากที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ได้เอง โดยไม่ได้เห็นผู้อื่นแสดงพฤติกรรมมาก่อน ด้วยเหตุนี้ แบนดูรา จึงมีความเชื่อว่า ส่วนใหญ่คนเรานั้น จะต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากบุคคลอื่นมาแทบทั้งสิ้น

จากแนวคิดพื้นฐาน ดังกล่าว ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) จึงได้เน้นแนวคิด 3 ประการ ได้แก่

1. แนวคิดการเรียนรู้จากการสังเกต (Observation Learning)
2. แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation)
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษากำหนดแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) มาใช้ในกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ซึ่งลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ คือปัญหาการขาดยา โดยผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองก่อนครบกำหนดการรักษา ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น ผลข้างเคียงของยา การลืมกินยา การไม่มาตรวจตามนัด เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากการขาดการเรียนรู้ และการกำกับตนเอง ซึ่งรายละเอียดของแนวคิดการกำกับตนเองมีดังนี้

ความหมายของการกำกับตนเอง

การกำกับตนเองเป็นวิธีการหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการด้วยตนเอง ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) มีนักจิตวิทยาให้ความสนใจเกี่ยวกับการกำกับตนเองและให้ความหมายของการกำกับตนเองไว้ดังนี้

Zimmerman (2000 cited in Perels, Gurtler, & Schmitz, 2005) ให้ความหมาย การกำกับตนเอง หมายถึง แนวคิดที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ความรู้สึก และการกระทำที่ถูกลงแผนเป็นวงจรให้

เหมาะสม สอดคล้องเพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายของบุคคล

Vancouver and Day (2005 cited in Bryant, 2009) ได้ให้ความหมาย การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการคิดและพฤติกรรมของมนุษย์ เพื่อมุ่งไปสู่ความสำเร็จ ได้ตามเป้าหมาย

จากการให้ความหมายข้างต้น สามารถนำมาสรุปได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง แนวคิด ที่เกิดจากการรับรู้ด้วยตนเอง โดยผ่านกระบวนการที่มีการวางแผน มีความตั้งใจ และตั้งเป้าหมาย ต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากความรู้ ความเข้าใจ และอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้

กระบวนการในการกำกับตนเอง

Bundura (1986) ได้เสนอว่า กระบวนการ ในการกำกับตนเองประกอบด้วย 3 กระบวนการ ดังนี้

1. การสังเกตตัวเอง (Self-observation)

จุดเริ่มต้นสำคัญของการกำกับตนเอง คือบุคคลต้องมีการสังเกตตัวเอง และรับรู้ว่าการกระทำอะไรอยู่ เพราะความสำเร็จของการกระทำนั้น ส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอ และความแม่นยำของการสังเกตและการบันทึกตนเอง ในกระบวนการสังเกตตนเองนั้น แบนดูราได้ เสนอว่า ควรมีด้านต่าง ๆ ที่ควรพิจารณาอยู่ด้วยกัน 4 ด้าน คือ ด้านการกระทำ ซึ่งผู้สังเกตควร ตัดสินใจว่าจะสังเกตตนเองในมิติใดของการกระทำของตนเอง ซึ่งมิติต่าง ๆ ของพฤติกรรมที่ควร พิจารณาทำการสังเกต ได้แก่ มิติด้านคุณภาพ อัตราความเร็ว ปริมาณ ความคิดริเริ่ม จริยธรรม ความสามารถในการเข้าสังคม และความเบี่ยงเบน ทั้งนี้การที่จะเลือกสังเกตที่มิติใดของพฤติกรรม นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับเป้าหมายของผู้สังเกต และลักษณะของพฤติกรรมเป็นหลัก นอกจากนี้ของการ กระทำแล้ว ยังมีด้านของความสม่ำเสมอในการกระทำ ด้านความใกล้เคียงกับการกระทำของตนเอง และด้านของความถูกต้องของการกระทำร่วมด้วย

จะเห็นได้ว่า การสังเกตตนเองนั้นทำหน้าที่อย่างน้อยที่สุด 2 ประการ คือเป็นตัวให้ข้อมูล ข่าวสารที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีความเป็นไปได้ และประเมินการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่กระทำอยู่ แต่การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ดังนี้

1.1 ด้านการวินิจฉัยตนเอง (Self-Diagnostic Device) ซึ่งมักจะพบว่า บุคคลไม่ค่อยจะ ตระหนักกับสิ่งที่ตนกระทำเป็นนิสัย การสังเกตตนเองจะทำให้บุคคลสามารถวินิจฉัยได้ว่า ในเงื่อนไขใดควรทำพฤติกรรมใด การวินิจฉัยตนเองนั้น จะทำให้บุคคลไปสู่การตัดสินใจได้ว่า พฤติกรรมใดควรจะเปลี่ยนแปลง

1.2 ด้านการจูงใจตนเอง (Self-motivating Device) เมื่อพิจารณาอย่างใกล้ชิดจากการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคคลจะไม่สามารถพัฒนาสู่เป้าหมายได้ หากไม่ได้รับการสนับสนุน ดังนั้นการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) จึงเป็นการสนับสนุนให้บุคคลมีการประเมินปฏิกิริยาของตนเอง ให้มีการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายได้สำเร็จ และการเตือนตนเอง (Self-monitoring) ก็เป็นกระบวนการหนึ่งที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ เนื่องจากพบว่า บางครั้งการจูงใจตนเอง ก็จะนำไปสู่การเพิ่มหรือลดพฤติกรรมของบุคคลได้

การที่บุคคลจะตัดสินใจหรือประเมินตนเองได้ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และสะดวกต่อการตัดสินใจ ควรตั้งเป้าหมายให้มีลักษณะ ดังนี้ (Schunk, 1994; Bundura, 1994 อ้างถึงใน พนิดา จันดา, 2551)

1. ตั้งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงมีทิศทางในการกระทำที่แน่นอน คือ บุคคลจะกำหนดเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมที่เจาะจงชัดเจนลงไปว่า เขาจะต้องทำพฤติกรรมอย่างไร หรือเท่าไร การตั้งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคคล และส่งเสริมให้บุคคลใช้ความพยายามเพื่อให้การกระทำนั้นประสบความสำเร็จ เมื่อนั้นบุคคลจะมีความพึงพอใจในตนเอง ง่ายต่อการตัดสินใจ และสามารถประเมินพฤติกรรมของตนเองได้ถูกต้อง
2. ตั้งเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทาย จะเป็นสิ่งกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมให้มากขึ้น เพื่อให้การกระทำนั้นประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เมื่อประสบความสำเร็จบุคคลจะมีความพึงพอใจในตนเองมากกว่าการตั้งเป้าหมายที่มีลักษณะง่าย ๆ
3. ตั้งเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายระยะสั้นในการกระทำจะมีผลต่อแรงจูงใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าการตั้งเป้าหมายระยะยาว เนื่องจากบุคคลจะพบกับความสำเร็จได้ง่ายและเร็ว เมื่อบุคคลประสบความสำเร็จก็จะมี ความพึงพอใจ และจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น
4. ตั้งเป้าหมายที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง และสามารถปฏิบัติได้ คือ ไม่เป็นเป้าหมายในลักษณะสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง และเป้าหมายที่ตั้งขึ้นต้องสามารถปฏิบัติได้

การตั้งเป้าหมายที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง และมีทิศทางในการกระทำที่แน่นอน ท้าทายระยะสั้น ใกล้เคียงกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะใช้ความพยายามเพื่อให้การกระทำนั้นประสบความสำเร็จ เมื่อประสบความสำเร็จ บุคคลจะมีความพึงพอใจในตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถและเรียนรู้ได้ และง่ายต่อการประเมินพฤติกรรมของตนเอง

กระบวนการสังเกตตนเองนี้ นอกจากมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 2 องค์ประกอบข้างต้น คือ การวินิจฉัยตนเองและแรงจูงใจแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการสังเกตตนเองอีก

(Bandura, 1986) ดังนี้

1. ช่วงเวลาการเกิดพฤติกรรมและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง (Temporal Proximal) นั่นคือบุคคลจะต้องทำการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมของตนเองทันที ที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ข้อมูลนั้นมีความถูกต้องแม่นยำและต่อเนื่อง
2. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Informativeness of Feedback) จะทำให้บุคคลทราบว่าตนเองกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างไร เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้าเป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็จะมีความสนใจสังเกตมากขึ้น แต่ถ้าไม่เป็นไปตามเป้าหมาย บุคคลก็จะหาแนวทางแก้ไขให้ดีขึ้นต่อไป
3. ระดับของแรงจูงใจ (Motivational Level) การที่บุคคลมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จะต้องมีการตั้งเป้าหมาย สังเกต และบันทึกพฤติกรรมของตนมากกว่าผู้ที่มีแรงจูงใจต่ำ
4. คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต (Valence) ถ้าพฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลสังเกตเห็นว่ามีคุณค่าต่อตนเอง เขาก็จะให้ความสนใจในการสังเกตมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่เห็นคุณค่า
5. ความสำเร็จและความล้มเหลวของพฤติกรรมที่สังเกต (Focus on Success or Failures) การที่บุคคลได้กระทำพฤติกรรมแล้วประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะให้ความสนใจ สังเกต และจะบันทึกพฤติกรรมนั้น ๆ ไว้ มากกว่าพฤติกรรมที่บุคคลกระทำแล้วไม่ประสบความสำเร็จ
6. ระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่สังเกต (Amenability to Control) พฤติกรรมที่บุคคลสามารถควบคุมได้ บุคคลจะสนใจสังเกต และบันทึกพฤติกรรมของตนเอง มากกว่าพฤติกรรมที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้

2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process)

กระบวนการตัดสินใจเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องจากการสังเกตตนเอง เมื่อบุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองแล้ว จึงนำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งพฤติกรรมจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลว ขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่นำมาประเมิน บุคคลจะตั้งมาตรฐานสำหรับเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ พฤติกรรม และชี้แนะแนวทางการกระทำ พฤติกรรมว่าควรจะทำอย่างไร โดยข้อมูลที่น่ามาเป็นมาตรฐานนั้น ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การแสดงปฏิกิริยาทางสังคมต่อพฤติกรรมของบุคคล มาตรฐานของบุคคลอื่น การตั้งมาตรฐานที่ดีคือ การตั้งพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง มีความชัดเจน มีแนวทางในการกระทำอย่างแน่นอน เป็นมาตรฐานที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง และสามารถนำมาปฏิบัติได้ การเปรียบเทียบเพื่อตัดสินใจ พฤติกรรมของบุคคลมีการประเมิน (Bandura, 1986) ดังนี้

- 2.1 เปรียบเทียบเชิงอ้างอิงทางสังคม (Social Referential Comparison) เมื่อบุคคลทราบผลการกระทำต่าง ๆ ของตนเองจากการวัด และการประเมินแล้ว บุคคลจะมีการเปรียบเทียบ

การกระทำของตนเองกับบุคคลอื่น เพื่อจะได้ทราบว่า การกระทำของตนเองเป็นอย่างไร และเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการกระทำของตนเองให้ดีขึ้น ในการประเมินการกระทำพฤติกรรมของตนเอง โดยการเปรียบเทียบกับผู้อื่น บุคคลสามารถเลือกเกณฑ์ในการเปรียบเทียบได้ 4 ลักษณะ ดังนี้

2.1.1 การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐาน (Normative Comparison) คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลของการกระทำของตนเองกับมาตรฐานของกลุ่ม เช่น กลุ่มอายุ กลุ่มเพศ กลุ่มระดับการศึกษา เป็นต้น ซึ่งบรรทัดฐานของกลุ่มเหล่านี้ ได้มาจากการที่มีผู้ทำการสำรวจ และหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มนั้น ๆ และบรรทัดฐานที่บุคคลนำมาใช้ในการเปรียบเทียบกับกระทำของตนเองจะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับการกระทำของตนเองด้วย

2.1.2 การเปรียบเทียบกับสังคม (Social Comparison) คือ การที่บุคคลใช้ผลการกระทำของผู้อื่นมาเป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบกับผลการกระทำของตนเอง ซึ่งผลการกระทำของบุคคลอื่นที่นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบนี้ จะต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในสภาวะที่เหมือนกัน หรือคล้ายคลึงกันกับตนเอง เช่น ผู้ร่วมงานกลุ่มที่เป็นโรคเดียวกัน เป็นต้น

2.1.3 การเปรียบเทียบกับตนเอง (Self-comparison) คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับสิ่งที่เคยกระทำมาแล้ว หรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตนเองตั้งขึ้น ซึ่งการเปรียบเทียบกับตนเองนี้จะก่อให้เกิดความท้อแท้ และจะทำให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้ดีกว่าครั้งที่ผ่านๆ มา เพราะถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรม ได้เท่ากับครั้งที่ผ่านๆ มา การกระทำระดับนั้น อาจจะไม่ก่อให้เกิดความท้อแท้ต่อไป

2.1.4 การเปรียบเทียบกับกลุ่ม (Collective Comparison) คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับค่าเฉลี่ยการกระทำของกลุ่ม

2.2 คุณค่าของกิจกรรม (Valuation of Activities) บุคคลจะทำกิจกรรมนั้น ๆ น้อยหากพบว่า กิจกรรมนั้นมีคุณค่าต่อตนน้อยหรือไม่มีคุณค่าเลย และบุคคลต้องใช้ความพยายามมากในการกระทำกิจกรรมนั้น ซึ่งในทางตรงกันข้าม บุคคลจะใช้ความพยายามมากในการกระทำกิจกรรมที่พิจารณาว่าเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อตนเองมาก ซึ่งคุณค่าของกิจกรรมนั้น ๆ ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคล

2.3 การอนุมานสาเหตุของพฤติกรรม (Performance Attribution) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม บุคคลมักภูมิใจเมื่อตนเองประสบความสำเร็จ ซึ่งเกิดจากความสามารถและความพยายามของตน แต่จะไม่รู้สึกพึงพอใจกับงานนั้น ถ้าความสำเร็จเป็นผลจากปัจจัยภายนอก เพราะคิดว่าความสำเร็จนั้นไม่ได้มาจากความพยายามและความสามารถของตนเอง

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction)

กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เป็นกระบวนการสุดท้ายของกลไกการกำกับตนเอง ทำหน้าที่ 2 ประการ คือ

3.1 ทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จากกระบวนการตัดสินใจ ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองหรือให้รางวัลตนเอง แต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมาย บุคคลจะแสดงพฤติกรรมทางลบหรือลงโทษตนเอง

3.2 ทำหน้าที่เป็นสิ่งจูงใจสำหรับพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายแล้วจะเป็นสิ่งจูงใจให้กับตนเอง โดยสิ่งจูงใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมประกอบด้วย สิ่งจูงใจจากภายนอก ได้แก่ วัตถุสิ่งของ การให้เวลาอิสระกับตนเอง การกระทำที่ชอบหรือการกระทำกิจกรรมบันเทิงต่าง ๆ และสิ่งจูงใจภายใน เช่น การยกย่อง การชมเชยตนเอง หากไม่ปฏิบัติตามเป้าหมาย ก็จะแสดงปฏิกิริยาทางลบ เช่น การตำหนิตนเอง ความรู้สึกเลวร้ายใจ และเสียใจ เป็นต้น

ดังนั้น การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก จึงเป็นการส่งเสริมการแสดงพฤติกรรม ส่วนการแสดงพฤติกรรมทางลบต่อตนเองนั้น เป็นการป้องกันตนเองจากการที่จะถูกลังคมหรือบุคคลภายนอกลงโทษ เพราะการที่บุคคลลงโทษตนเองนั้น จะช่วยให้บุคคลได้ระบายนสิ่งที่ผิดพลาดของตนเองที่ได้กระทำลงไป และจะกระทบกระเทือนต่อจิตใจน้อยกว่าการลงโทษจากบุคคลอื่น

โดยรายละเอียดของกระบวนการกำกับตนเองที่กล่าวมาข้างต้น Bandura (1986) ได้แสดงกระบวนการในการกำกับตนเอง ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับลักษณะการเจ็บป่วย และการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีการสังเกตตนเอง เรียนรู้กับอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา ต้องมีความตั้งใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จึงจะทำให้ประสบผลสำเร็จในการรักษา สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยต้องผ่านกระบวนการสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดสามารถเรียนรู้ได้ว่าสิ่งใดเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และเป็นสิ่งใดที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันที่รักษาสำเร็จ ก่อให้เกิดความท้าทาย และแรงจูงใจให้ผู้ป่วยได้มีการตั้งเป้าหมายในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาในระยะต่อเนื่อง 4 เดือนหลังของการรักษาที่พบว่า ผู้ป่วยบางรายหยุดยาเองหรือรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้น ซึ่งแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1986) จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง

และประสบผลสำเร็จในการรักษา รวมทั้งสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นในสังคมต่อไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเอง

Bandura (1986) ได้กล่าวว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเอง โดยสรุปได้ ดังนี้

1. การได้รับประโยชน์ส่วนตัว (Personal Benefits) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้ว บุคคลก็จะได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตนเอง ซึ่งบุคคลจะยึดมั่นต่อการกำกับตนเอง และจะทำให้กระบวนการกำกับตนเองคงอยู่ได้
 2. การได้รับรางวัลทางสังคม (Social Reward) การที่บุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้ว และบุคคลในสังคมให้การยกย่องชมเชย สรรเสริญให้เกียรติ ให้การยอมรับ หรือให้รางวัล จะมีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองของบุคคลคงอยู่ได้
 3. การสนับสนุนจากต้นแบบ (Modeling Supports) การสังเกตจากต้นแบบ จะเป็นการช่วยถ่ายทอดความรู้ และทักษะให้กับบุคคล เพื่อให้มีมาตรฐานในการกำกับตนเองต่อไป
 4. ปรักิริยาทางลบจากผู้อื่น (Negative Sanction) บุคคลที่ได้พัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเองขึ้นมาแล้ว หากภายหลังมีการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ก็จะทำให้บุคคลในสังคมแสดงพฤติกรรมทางลบต่อเขา ซึ่งปรักิริยาเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานเดิมที่สังคมยอมรับเขาอีกครั้ง
 5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual Support) บุคคลที่เคยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้มีการกำกับตนเอง โดยมีมาตรฐานระดับหนึ่ง ย่อมมีโอกาสกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก ซึ่งบุคคลลักษณะนี้มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ ที่จะส่งผลให้ตนเองต้องลดมาตรฐานนั้นลงไป
 6. การลงโทษตนเอง (Self-inflicted Punishment) การลงโทษตนเองจะเป็นหนทางที่ช่วยให้บุคคลลดความไม่สบายใจจากการกระทำผิดมาตรฐานของตนเองได้ และในหลาย ๆ กรณีก็เป็นการลดปรักิริยาทางลบจากบุคคลอื่น แทนที่จะถูกบุคคลเหล่านั้นลงโทษ
- การศึกษาครั้งนี้ ต้องการศึกษากำกับตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยใช้แนวคิดการกำกับตนเองของเบนคูราเป็นกรอบแนวคิด ที่เชื่อว่าการกำกับตนเองเป็นอีกวิธีการหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการด้วยตนเอง ที่ประกอบด้วยการกระตุ้นตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปรักิริยาต่อตนเอง เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค เป็นกลุ่มที่ต้องมีการควบคุมกำกับตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา การป้องกัน

การแพร่กระจายเชื้อ และต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน รวมทั้งผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายในการรักษา ซึ่งหากผู้ป่วยขาดการตั้งเป้าหมายในการรักษาหรือขาดการกำกับตนเองในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องระหว่างได้รับการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยละเลยการรับประทานยา ที่ทำให้เกิดผลเสียตามมาอีกมากมาย

ฉะนั้น ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จึงเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้าน การปฏิบัติเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดสามารถปฏิบัติและดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานยาได้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการมาตรวจตามนัดครบตามกำหนดการรักษา โดยเริ่มจากการให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้สังเกตพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะผลที่เกิดจากการรับประทานยา โดยผู้วิจัยได้สร้างสมุดบันทึกการใช้ยา และใช้ปฏิทินผ้าสำหรับใส่ชงยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นเตือนตนเองไม่ให้หลงลืมการรับประทานยา ประกอบกับการแนะนำและสาธิตให้ผู้ป่วยได้จัดบันทึกพฤติกรรม หลังจากที่ได้ปฏิบัติทันที รวมทั้งให้ผู้ป่วยเขียนบันทึก หากพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น แล้วนำข้อมูลของผู้ป่วยบันทึกไว้มาวิเคราะห์ร่วมกันว่าตนเองมีพฤติกรรมเป็นอย่างไร เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่

ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1986) ที่กล่าวว่า พฤติกรรม ไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรง และการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากต้องอาศัย การสังเกตตนเองร่วมด้วย ซึ่งการกำกับตนเองจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝน เพื่อให้มีการปฏิบัติที่เป็น วัชระที่แท้จริง จากการศึกษาพบว่า มีผู้สนใจนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ หรือ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลประเภทต่าง ๆ ดังนี้

จากการศึกษาของ ดวงกมล สุขวงศ์คานนท์ (2545) ที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองตามทฤษฎีปัญญาสังคม เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพ จำนวน 92 คน โดยทำการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกของการรักษา แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 45 คน ใช้โปรแกรม สุขศึกษาแบบกลุ่มขนาดใหญ่ครั้งละประมาณ 40 คน ประกอบด้วยกิจกรรม ครั้งที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค สร้างเจตคติเกี่ยวกับการรักษา พฤติกรรมดูแลตนเอง และความรู้เกี่ยวกับการกำกับตนเอง โดยใช้กระบวนการสังเกตตนเอง การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย การทำสัญญากับตนเอง การสร้างแรงเสริมที่ได้จากการกระทำ และการบันทึกการปฏิบัติตัว ครั้งที่ 2 เป็นการนำสู่ กระบวนการตัดสินใจ โดยการประเมินผลพฤติกรรมรักษาจากการบันทึกในคู่มือการรักษาของผู้ป่วยที่ผ่านมา มีการให้กำลังใจชมเชยต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง จากการซักถามถึงอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการรับประทาน

ยา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในความสามารถของตนเองที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง และครั้งที่ 3 เป็นการสรุปผลการกำกับตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคต่างๆในการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด มีการพัฒนาความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการรักษา และมีการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการศึกษาของ ปราณี ลอยหา (2550) เกี่ยวกับการกำกับตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในภาวะปกติได้ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น โดยใช้โปรแกรมสุขภาพในรูปแบบการประชุมกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน ประกอบด้วย กิจกรรมการประชุมกลุ่ม ครั้งที่ 1 เป็นการบรรยายความรู้ การใช้สื่อจำลองสถานการณ์จริง การฝึกให้ผู้ป่วยได้รู้จักการสังเกตตนเอง โดยการเรียนรู้จากตัวแบบทั้งในกรณีเชิงบวกและเชิงลบ การแจกคู่มือและแบบบันทึกให้ผู้ป่วยได้สังเกตตนเองที่บ้าน ครั้งที่ 2 มีการรายงานผลการบันทึกพฤติกรรมและร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และมีการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยโดยการให้กำลังใจพร้อมทั้งคำปรึกษา ครั้งที่ 3 เป็นการสาธิตวิธีการคลายเครียดและการออกกำลังกายร่วมกับการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตตนเอง ครั้งที่ 4 เป็นการทบทวนกิจกรรมและประเมินผลพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ค่าความดันโลหิต การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติเพิ่มขึ้นและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของ สงกรานต์ กลั่นดั่ง (2548) เรื่องการส่งเสริมการกำกับตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ โดยการประยุกต์ใช้ The “Take Pride” Program ที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลขอนแก่น แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กิจกรรมประกอบด้วย การประชุมครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและนำปัญหานั้นมาวิเคราะห์หาสาเหตุ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวจากวิดีโอ การวางแผนจัดการปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการนำเสนอตัวแบบครั้งที่ 2 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การสาธิตและฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร และการตั้งเป้าหมายของกลุ่มร่วมกัน ส่วนการประชุมครั้งที่ 3 และ 4 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการใช้ยา รวมทั้งการให้รางวัลกับผู้ป่วยที่กำกับตนเองได้ดี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการศึกษาของ อนิสา อรัญศิริ (2551) ได้ใช้โปรแกรมการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ในการดำเนินการตามแผนการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกับการใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างสัปดาห์ มีการแจกคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน ปฏิทินความรู้ แบบบันทึกการพยาบาล และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยมีการประเมินปัญหาและค้นหาอุปสรรคร่วมกับผู้ป่วย มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แจกคู่มือการดูแลสุขภาพ ครั้งที่ 2 เป็นการติดตามความก้าวหน้าในการกำกับตนเอง โดยการเปรียบเทียบผลของระดับน้ำตาลในเลือดที่ผ่านมา การให้กำลังใจ ครั้งที่ 3 เป็นการติดตามอาการและความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากแบบบันทึกสุขภาพของผู้ป่วย ครั้งที่ 4 เป็นการประเมินผลการกำกับตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนี้ ยังพบว่าได้มีการนำแนวคิดการกำกับตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย จากการศึกษาของ จิตติมา บำรุงญาติ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกัลป์ยณวัตร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 32 คน และโรงเรียนกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน เป็นเวลา 11 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ กระบวนการสังเกตตนเอง การบวนการตัดสินใจ การฝึกออกกำลังกาย การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ และการให้คำปรึกษา ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคอ้วน การลดน้ำหนัก ความคาดหวังต่อการลดน้ำหนัก และการปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก สูงกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา ตาบัง, ภัทราภรณ์ ทุ่งป็นคำ และสมบัติ สกุพรรณ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นกลุ่มนักเรียนชาย วิทยาลัยเทคนิคแห่งหนึ่ง จำนวน 40 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกกำหนดเป้าหมายในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว แล้วดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง และเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น

ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งการเรียนรู้ในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว สูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ในต่างประเทศ พบว่า ได้มีการนำแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ จาก การศึกษาของ Weiser, Wojciechowicz, Funck, and Robertson (2007) ได้ศึกษาความแข็งแรงของ ร่างกายผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง มาใช้ในการ กำกับอาการออกกำลังกายของผู้ป่วย ด้วยวิธี สเต็ปอัพ ซึ่งทำการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากอัตราการเต้น ของหัวใจ โดยผู้ป่วยต้องปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ และครบตามขั้นตอนของการออกกำลัง กายด้วยวิธี สเต็ปอัพที่ถูกต้อง โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มที่มี อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในระดับที่สูงกว่าเกณฑ์ที่ 2 นาที จำนวน 10 คน และกลุ่มที่มีอัตราการ เต้นของหัวใจต่ำกว่าเกณฑ์ที่ 2 นาที จำนวน 6 คน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราการ เต้นของหัวใจอยู่ในระดับที่สูงกว่าเกณฑ์ที่ 2 นาที สามารถกำกับตนเองให้มีการออกกำลังกายด้วย วิธีสเต็ปอัพ ได้ถูกต้องครบตามขั้นตอน และมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติดีกว่ากลุ่ม ผู้ป่วยที่มีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ 2 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sultan, Hartemann, and Grimaldi (2003) ได้ศึกษาการส่งเสริมความ เข้าใจในการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสภาวะที่ร่างกายมีการเจ็บป่วย โดยมี เป้าหมายเพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมและรูปแบบในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษา พบว่าการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องมีการให้ข้อมูลข่าวสารที่ เพียงพอต่อความต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการรักษา แล้วจะ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า แนวคิดการกำกับตนเองมีผลต่อการ เรียนรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคล ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยบุคคลสามารถนำมา ประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และยังคงมี ภาวะสุขภาพที่ดีได้ โดยผ่านกระบวนการสังเกต การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองของ บุคคล โดยสรุปจากการศึกษาพบว่า ได้มีการนำกระบวนการของแนวคิดการกำกับตนเองมา ประยุกต์ใช้ในรูปแบบของกิจกรรม ประกอบด้วย การประชุมกลุ่มครั้งที่ 1 เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้ รู้จักการสังเกตและการประเมินตนเอง ด้วยการบันทึกพฤติกรรมพร้อมทั้งระบุปัญหา และนำมา วิเคราะห์ร่วมกัน มีการกำหนดเป้าหมาย การให้ความรู้โดยการบรรยาย แจกคู่มือ การประชุมครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมการทบทวนการสังเกตตนเอง การเรียนรู้จากตัวแบบ และได้รับการกระตุ้นเตือนจาก ผู้วิจัย การประชุมครั้งที่ 3 และ 4 เป็นการทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา เพื่อนำสู่การตัดสินใจและ

นำไปสู่การปฏิบัติ กำหนดการให้รางวัลของการกระทำ รวมทั้งการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยในรูปแบบของการชี้แจงหมาย การพูด และการใช้โทรศัพท์ติดตาม เป็นต้น

จากความสำเร็จในการนำแนวคิดการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ในรูปแบบของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ประกอบด้วย กระบวนการสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าว สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีการฝึกฝน พัฒนาการกระทำของตนเอง และสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมายที่ตนเองต้องการได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และจากความสำเร็จในการนำแนวคิดการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน ฉะนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะต่อเนื่อง 4 - 6 เดือนหลังของการรักษาที่พบว่า เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีการขาดยาสูง เนื่องจากเป็นช่วงผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค ผู้ป่วยจึงคิดว่าหายแล้ว จึงมีพฤติกรรมการละเลยในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาวัณโรค จึงก่อให้เกิดปัญหาของการขาดยา การกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยาตามมาได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการกำกับตนเองมาสร้างเป็น โปรแกรมการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ เจตคติเกี่ยวกับการรักษาวัณโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคติดต่อ และผู้ป่วยมักมีการปิดบังตนเองในสังคม (อุทัยวรรณ ภาณุจนะ พงศ์ะ, 2545) ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด ความทุกข์ทรมาน และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการรักษา และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่งปัจจุบันการสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในระบบบริการสุขภาพ จึงได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ไว้ดังนี้

Cobb (1976 cited in Hupcey, 1998) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการสื่อสารกันและการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้น เชื่อว่ามีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และได้รับการยกย่อง ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีความสอดคล้องกับ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกันทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นเรื่องความรู้สึก การรับรู้ของบุคคล ณ ช่วงเวลาที่บุคคลต้องการการดูแลในด้านต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับ Turner et al. (1983 cited in Sit, Wong, Clinton, Li, & Fong, 2004) กล่าวไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นประสบการณ์ที่ได้รับการดูแล การให้คุณค่า การได้รับการยกย่อง และสามารถพึ่งพาบุคคลอื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต และเป็นส่วนช่วยให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ

ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนแก่บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกัน เพื่อให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ การยกย่องนับถือ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเกิดความพึงพอใจ จนสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคม

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจำนวนมาก และได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นหลายด้านตามแนวคิดต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของ House (1981) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร โดยผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้ง 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่ และความห่วงใยซึ่งกันและกัน เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรค มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม เช่น ความรู้ต่อการเจ็บป่วย กลัวการถูกรังเกียจจากครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องและบุคคลที่อยู่รอบข้าง

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกปฏิบัติ ให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยา เป็นเวลา 6 เดือน ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาอาจเกิดอาการข้างเคียงที่ส่งผลต่อร่างกายผู้ป่วยได้ และอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดการใช้จ่ายได้ หากมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและสามารถรับการรักษาจนครบกำหนดได้

3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) หมายถึง การได้รับข้อมูลย้อนกลับ เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ได้แก่ การเห็นพ้อง การยอมรับ และการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่สามารถแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่นได้ ดังนั้น ผู้ป่วยวัณโรคมักมีการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อ ขาดการมีกิจกรรมในสังคม ดังนั้น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ แรงงาน และการบริการต่าง ๆ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน จากผลของการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายผู้ป่วยอ่อนแอลง ทำให้ขาดรายได้ในการประกอบอาชีพ เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษา ความซับซ้อนในการรับประทานยา ดังนั้น การสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์การจดยาที่สะดวกต่อการรับประทาน และกระตุ้นเตือนในการรับประทานยา หรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้คลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาได้มากขึ้น

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอของการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ปลอดภัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (รจนาไฉน สิงหเศรษฐ์, 2550) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรักษา (เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543; McDonnell et al., 2001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ สุจริตธรรม (2550) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .60$) กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปลอดภัย ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยา และพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคปลอดภัย นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ ปิยวัฒน์ ประสารสืบ (2551) ได้ศึกษาผลการจัดกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปลอดภัย พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้

เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิวดี วัฒนะภารดา (2543) ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยใช้ การสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกระบวนการกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว และความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ แอนนา สุมะโน (2550) ศึกษาโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติ ตัวตามแผนการรักษาวัณโรคปอดพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา สูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงเป็นการสะท้อน ให้เห็นว่าการสนับสนุนในรูปของกระบวนการกลุ่มเป็นการสนับสนุนให้เกิดการยอมรับ และ เห็นคุณค่าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ผู้ป่วยได้มีการทำกิจกรรม ร่วมกันเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

ผลการศึกษาดังกล่าว เป็นการแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่าง ถูกต้องและต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลทางด้านจิตใจ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วย วัณโรคก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกในการรักษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของวัณโรค และช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดโรคมีพฤติกรรมการดูแล ตนเองที่ดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรค ปอด พบว่าส่วนใหญ่เป็นปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัว และสังคม เพศยังมีความแตกต่าง ในการรับรู้ บทบาทการทำงานนอกบ้าน Orem (2001 อ้างถึงใน มินตกาญจน์ ชลอรักษ์, 2547) ซึ่งมี ผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรค จากการศึกษาของเกื้อกุล วัฒนอมกิจ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วย วัณโรคพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบว่า ผู้หญิงมีความเข้าใจในแผนการรักษามากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความละเอียดอ่อนมากกว่า เพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนะ นฤมาล (2540) พบว่า เพศหญิงมีความสม่ำเสมอ ใน การรักษามากกว่าเพศชาย 2.44 เท่า และจากการศึกษาของ พรชัย ทิพอาสน์ (2551) พบว่า เพศมี

ความสัมพันธ์กับผลสำเร็จของการรักษาเช่นเดียวกัน แต่จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ของ เจนจิรา บุราคร (2547) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดฉะเชิงเทรา ของ รจนาไฉน สิงหเรศน์ (2550) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรคปอด

2. อายุ เป็นสิ่งที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น ประสิทธิภาพในการมองเห็น การได้ยิน รวมทั้งกระบวนการคิด Orem (2001 อ้างถึงใน มินตกาญจน์ ชลธวัช, 2547) แต่จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค ของ รจนาไฉน สิงหเรศน์ (2550) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และการศึกษาของ เจนจิรา บุราคร (2547) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดยา จากการศึกษาของ พรชัย ทิพอาสน์ (2551) พบว่า อายุไม่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา เนื่องจากพบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในช่วงของวัยทำงานสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี

3. การศึกษา เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถคิดไตร่ตรองกับสถานการณ์ของตนเองดีขึ้น ช่วยให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญาอย่างมีเหตุผล Orem (2001 อ้างถึงใน รุ่งทิพย์ สุจริตธรรม, 2550) จากการศึกษาของรุ่งทิพย์ สุจริตธรรม (2550) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากการศึกษาในระดับที่สูงจะช่วยให้การรับรู้และเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่าการศึกษาระดับต่ำ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการใช้แหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี โดยอาศัยความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีรพรรณ แสงพิทักษ์ (2541) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเช่นเดียวกัน แต่จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคปอดของ รจนาไฉน สิงหเรศน์ (2550) พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน โดยร้อยละ 73 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้ป่วยทุกรายจะได้รับสอน สาธิต และเน้นย้ำในเรื่องของการรับประทานยาทุกครั้งที่มาได้รับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543) พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด เนื่องจากผู้ป่วย ร้อยละ 60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้ป่วยทุกรายได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาจากนักสุขศึกษาจนเกิดความรู้ และความเข้าใจตรงกัน เช่น การใช้รูปแบบการสื่อสาร ระดับภาษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้อย่างถูกต้อง

ได้ตรงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เลิศวาสนา (2546) พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเช่นเดียวกัน

4. สถานภาพสมรส จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยา ระยะสั้นแบบสังเกตโดยตรง ของ สุมัทนา กลางดาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, จิรภา ชีระกนก และเออร อภรณ์รัตน์ (2545) พบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลในด้านการรับประทานยาจากคู่สมรส จึงมีผลให้การรักษามีความสำเร็จสูงกว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นโสดหรือเป็นหม้าย แต่จากการศึกษาของ เจนจิรา นูราคร (2547) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีผลต่อการขาดยาของผู้ป่วยพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีผลต่อการขาดยาของผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสถานภาพสมรสไม่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคปอด เนื่องจากการรักษาจะได้ผลดีหรือไม่ สิ่งสำคัญอยู่ที่ความเข้าใจและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ

5. อาชีพ จากการศึกษา พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด (เจนจิรา นูราคร, 2547) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปวีวรรณ แสงพิทักษ์ (2541) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนะ นฤมาล (2540) พบว่า อาชีพที่มีสถานี่ทำงานแน่นอน ลักษณะงานที่ไม่ต้องย้ายไปต่างจังหวัด เป็นลักษณะอาชีพที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาของผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของ รจนา โฉน สิงหเรศร์ (2550) พบว่า อาชีพไม่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และสามารถหางานมารับการรักษได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกื้อกุล ถนอมกิจ (2543) พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค เช่นกัน

6. รายได้ จากการศึกษาของ เกื้อกุล ถนอมกิจ (2543) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ประมาณ 3,000 บาทต่อเดือน แต่จากการศึกษาของรจนา โฉน สิงหเรศร์ (2550) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ จึงไม่ต้องรับผิดชอบในด้านค่ารักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจนจิรา นูราคร (2547) พบว่า รายได้ไม่มีผลต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด เช่นเดียวกัน

จากข้อมูลการศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดดังกล่าว เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากร ที่จะทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีความคล้ายคลึงกัน ในด้านประชากรของพื้นที่จังหวัด

จะเชิงเทรา ผู้วิจัยจึงสามารถทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ง่าย ในการแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อนำสู่กระบวนการศึกษาวิจัยต่อไป

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมดพบว่า การนำแนวคิดการกำกับตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการใช้โปรแกรมการกำกับตนเอง โดยส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเจตคติเกี่ยวกับการรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีภาวะสุขภาพ และผลการรักษาที่ดีขึ้น ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ในระยะต่อเนื่อง 4 - 6 เดือนหลังของการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความเชื่อต่อการรักษาที่ไม่ถูกต้อง มีพฤติกรรมที่ละเลยต่อการรับประทานยา และขาดการดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เห็นประโยชน์และคุณค่าในการกำกับตนเอง ร่วมกับผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการรับประทานยา การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการประเมินค่าตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จึงน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีเจตคติเกี่ยวกับการรักษาที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง และประสบผลสำเร็จในการรักษา