

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ผลของกระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้ต่อความตั้งใจและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อสำคัญดังนี้

1. วัณโรคปอด
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 อุบัติการณ์
 - 1.3 ผลกระทบ
 - 1.4 อาการและอาการแสดง
 - 1.5 การตรวจวินิจฉัย
 - 1.6 การรักษา
2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด
 - 2.1 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด
 - 2.3 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)
3. การส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด
 - 3.1 กระบวนการกลุ่ม
 - 3.2 การให้ความรู้

วัณโรคปอด

ความหมาย

การติดเชื้อวัณโรค (tuberculous infection) หมายถึง การที่ร่างกายได้รับเชื้อแบคทีเรียทูปอร์คูโลซิส (*Mycobacterium tuberculosis*) ซึ่งพบได้บ่อยบริเวณหลอดลมฝอยและถุงลมปอดแล้วเจริญเติบโตหรือเพิ่มจำนวนในเนื้อเยื่อร่างกาย แต่ไม่ทำให้เกิดพยาธิสภาพเรียกว่าอยู่ในระยะสงบ (latent stage) สามารถทดสอบการติดเชื้อได้โดยการทดสอบทูปอร์คูลิน (tuberculin skin test) ทางผิวหนังแล้ววัดเส้นผ่าศูนย์กลางรอยนูนที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิไวเกินที่มีต่อหน้ายาทูปอร์คูลิน ที่ฉีดเข้าใต้ชั้นผิวหนัง (CDC, 2005) ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกมักปกติ ไม่พบเชื้อจากการตรวจเสมหะและการเพาะเชื้อ ซึ่งการที่เชื้อวัณโรคเข้าสู่เนื้อเยื่อของร่างกายและเจริญเติบโตหรือเพิ่มจำนวนอยู่ในเนื้อเยื่อของร่างกายทำให้เกิดโรค แบ่งตามลักษณะทางคลินิกได้ 2 ชนิด (CDC, 2008) ดังต่อไปนี้

1. การติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection [LTBI]) เป็นการติดเชื้อแบคทีเรียทูปอร์คูโลซิส ในร่างกายแต่อยู่ในลักษณะ ที่ไม่ทำให้มีอาการแสดงของการเจ็บป่วย (inactive) ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น แต่มักมีผลการทดสอบทูปอร์คูลินทางผิวหนังเป็นบวก ผลการตรวจรังสีทรวงอกปกติ และผลการตรวจเสมหะเป็นลบ

2. การติดเชื้อวัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อ (Active TB Infection [ATBI]) เป็นระยะที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียทูปอร์คูโลซิส ในร่างกายแล้วมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น โดยต้องมีผลการตรวจเสมหะเป็นบวก ผลการตรวจรังสีทรวงอกผิดปกติ ผลการทดสอบทูปอร์คูลินทางผิวหนังเป็นบวก และมีอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ ไอ ไข้ และน้ำหนักลด

อุบัติการณ์

วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าระหว่าง ค.ศ. 2002-2020 จะมีผู้ที่ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ จำนวน 1,000 ล้านคน ในจำนวนนี้ 150 ล้านคน จะป่วยเป็นวัณโรค และ 36 ล้านคนจะเสียชีวิต หากไม่มีระบบป้องกันและการควบคุมโรคอย่างเข้มแข็ง (WHO, 2006a) ในปี ค.ศ. 2006 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำยุทธศาสตร์หยุดยั้งวัณโรค (stop TB strategy) หลังจากแผนหยุดยั้งวัณโรคเก่าสิ้นสุดลงในปี ค.ศ. 2005 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศปรับแผนใหม่ โดยตั้งเป้าหมายในปี ค.ศ. 2015 ลดอุบัติการณ์ ความชุก และอัตราการเสียชีวิตลงร้อยละ 50 ของปี ค.ศ. 1990 (WHO, 2006b) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบอัตราการป่วย

เป็นวันโรครายใหม่ทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2009 จำนวน 9.4 ล้านราย คิดเป็นอุบัติการณ์การติดเชื้อเท่ากับ 137 ต่อแสนประชากร พบการเสียชีวิต จำนวน 1.7 ล้านคนต่อปี โดยจะมีผู้เสียชีวิตคิดเป็น 4,700 คนต่อวัน (WHO, 2010a) สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2009 พบรายงานผู้ป่วย วัณโรค ทั้งหมด 11,540 ราย คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 3.8 ต่อแสนประชากร (CDC, 2010) จากข้อมูลการ ค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคในประเทศอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 1999-2003 พบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อ วัณโรค ทั้งหมด 31,290 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์เกิดวัณโรค 11.3 ต่อแสนประชากร ในปี ค.ศ. 1999 และ 13.3 ต่อแสนประชากร ในปี ค.ศ. 2003 (Crofts et al., 2008) ปัญหาที่สำคัญในการระบาดของ วัณโรคอีกประการหนึ่ง คือการเกิดเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยาหลายขนานซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น (Valadas & Antunes, 2005; Morris, 2009) ดังข้อมูลการเฝ้าระวังการดื้อยาต้านวัณโรคขององค์การอนามัยโลก ใน 83 ประเทศ ระหว่างปี ค.ศ. 2002 ถึง ปี ค.ศ. 2007 พบความชุกของผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อวัณโรค ดื้อต่อยาหลายขนาน ร้อยละ 6.6-23.7 (Wright et al., 2009) และจากการสำรวจผู้ป่วย วัณโรคจาก การติดเชื้อเอชไอวีทางตะวันตกของประเทศอินเดีย พบเชื้อวัณโรคดื้อต่อยาหลายขนาน ร้อยละ 22.2 (Chakraborty et al., 2010) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ยังเป็นผลกระทบให้สถานการณ์ ของวัณโรคเป็นปัญหารุนแรงมากยิ่งขึ้น (Valadas & Antunes, 2005; WHO, 2010b)

องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 18 จากกลุ่มประเทศที่มีปัญหา วัณโรคมามากจาก 22 ประเทศ (WHO, 2009a) โดยประชากรร้อยละ 30 ของประเทศ ติดเชื้อวัณโรค (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) จากรายงานของสำนักกระบาดวิทยา พ.ศ. 2552 พบว่า อัตราป่วยวัณโรครวมทุกชนิดต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มจาก 37.46 ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 49.97 ในปี พ.ศ. 2545 และเพิ่มเป็น 63.11 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2552 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรครวมทุกชนิด จำนวน 40,051 ราย อัตราป่วย 63.11 ต่อประชากร แสนคน เสียชีวิต 176 ราย อัตราตาย 0.28 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นร้อยละ 0.44 เมื่อจำแนก อัตราป่วยตามอวัยวะที่เกิดโรค พบวัณโรคปอดมากที่สุด ร้อยละ 76.05 โดยมีอัตราป่วย 48.00 ต่อ ประชากรแสนคน อัตราตายร้อยละ 0.50 (สหภาพ พูลเกษร, 2553) และมีแนวโน้มการพบวัณโรค ดื้อยาเพิ่มขึ้น ดังการสำรวจความชุกการเกิดวัณโรคดื้อยาของประเทศไทย พบว่าเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 1 ในปี ค.ศ. 2002 เป็นร้อยละ 1.7 ในปี ค.ศ. 2006 (Jittimane et al., 2008) จากข้อมูลการเฝ้าระวัง การดื้อยาของผู้ป่วยวัณโรคภาคเหนือตอนล่าง พ.ศ. 2548-2550 พบผู้ป่วยดื้อยาหลายขนาน ร้อยละ 13.81 (รัชนิพร คำมินทร์, 2552) และการศึกษาสถานการณ์วัณโรคดื้อยาในสถานบริการเขตตรวจราชการ สาธารณสุขที่ 13 ปี พ.ศ. 2546-2550 พบอัตราวัณโรคดื้อยาหลายขนาน คิดเป็นร้อยละ 0.7, 0.5, 1.4,



1.2 และ 6.0 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (อดิภา กมลวัฒน์, นาดยา พันธุ์รอด และเสวต ชำนาญกรม, 2551)

ผลกระทบ

การติดเชื้อวัณโรคปอด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

1. ทางด้านร่างกาย การติดเชื้อวัณโรคคุกคามสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ อาจทำให้ขาดงานและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้เป็นภาระของครอบครัว ดังการศึกษาในประเทศไต้หวัน พบว่าการติดเชื้อวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 44 วัน (Tsai, Hung, Chen, Chew, & Lee, 2007) การติดเชื้อวัณโรคปอด ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการนอนหลับ นอนหลับไม่เพียงพอ เกิดอาการเหนื่อยหอบ (ขวัญตา บาลทิพย์ และชอลดา พันธุเสนา, 2539; ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง, 2544) สำหรับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคสูง ดังการศึกษาการติดเชื้อวัณโรคในผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคของประเทศสเปน พบว่าบุคคลที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรค 3.93 เท่าของผู้ที่ไม่มีการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค (Jereb, Etkind, Joglar, Moore, & Taylor, 2003) สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาความชุกของการติดเชื้อวัณโรคของผู้ที่อยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยวัณโรคปอด พบความชุกของการติดเชื้อวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 47.80 (Tornee et al., 2004) นอกจากนี้ผู้ที่มีผู้ป่วยวัณโรคปอด ในครอบครัวมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อเป็น 3.60 เท่าของผู้ที่ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว (นิอร อริโยทัย, สายใจ สมพิธิการ, และบุญเชิด กลัดพ่วง, 2548) และการป่วยเป็นวัณโรค ยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยผู้ป่วยวัณโรคประมาณร้อยละ 50 จะเสียชีวิตภายใน 2-3 ปี หากไม่ได้รับการรักษา (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ในปี ค.ศ. 2009 องค์การอนามัยโรครายงาน การเสียชีวิตของผู้ป่วย วัณโรค จำนวน 1.7 ล้านคนต่อปี (WHO, 2010a) การศึกษาการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในแอฟริกาใต้ ระหว่างปี ค.ศ. 1992-2000 พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 2,864 ราย (Zwang, Garenne, Kahn, Collinson, & Tollman, 2007) รวมทั้งการศึกษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างเดือนตุลาคม 2547 ถึงเดือนกันยายน 2549 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 12.8 (รจนา ขอนทอง, 2551)

2. ทางด้านจิตใจ การติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรคจะส่งผลให้เกิดภาวะเครียด มีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล (Hoa et al., 2009) โดยกังวลว่าอาจถูกเพื่อนบ้านและสังคมรังเกียจ การถูกแยกออกจากสังคม เนื่องจากกลัวการแพร่กระจายเชื้อให้กับเพื่อนร่วมงาน (ขวัญตา บาลทิพย์



และคณะ, 2545) และหากผู้ป่วยถูกรังเกียจจากเพื่อนร่วมงาน ทำให้ต้องลาออกจากงานในที่สุด (นอร์ริโยทัย, บุญเชิด กลัดพ่วง, วารี ชนะสมบุรณ์, และสุจิตใจ คงสามสี, 2548)

3. ทางด้านเศรษฐกิจ การที่ผู้ป่วยติดเชื่อวัณโรคอาจทำให้ขาดงานและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ทำให้เป็นภาระของครอบครัว ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยผู้ป่วยวัณโรคต้องใช้เวลาในการรักษาตัวเป็นเวลานานอย่างน้อยการรับประทานยาในระยะเวลาที่สั้นที่สุดก็คือ 6 เดือน จากการศึกษาของสุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2545) พบว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยวัณโรค 1 ราย ทำให้ต้องขาดรายได้ 40-60 วัน คิดเป็นเงินเฉลี่ย 16,800 บาท โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ดังการศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลในรัฐเท็กซัส พบว่าโรงพยาบาลต้องจ่ายเงินในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค 768,993 เหรียญสหรัฐต่อปี (Miller, Reading, Hilsenrath, & Weis, 2006) จากการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยวัณโรคในรัฐเท็กซัส พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 376,255 เหรียญสหรัฐต่อการเจ็บป่วย (Miller, McNabb, & Hilsenrath, 2010) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น ดังการศึกษาในประเทศชิลี พบว่าผู้ป่วยวัณโรคซึ่งมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา 105.0 เหรียญสหรัฐต่อครั้ง ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วม โดยเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา 73.92 เหรียญสหรัฐต่อครั้ง (EI-Sony, 2006) และสำหรับประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาและในการควบคุมสถานการณ์วัณโรคเป็นจำนวนมาก ปี ค.ศ. 2006 ทั่วโลกต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับควบคุมวัณโรค 30 ล้านเหรียญสหรัฐ (Morris, 2009)

4. ทางด้านสังคม การถูกเพื่อนบ้านและสังคมรังเกียจ การถูกแยกออกจากสังคม ดังการศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังของสังคมต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดในประเทศอินโดนีเซีย พบว่าผู้ป่วยวัณโรคต้องออกจากงานและเผชิญหน้ากับความสัมพันธ์และเจตคติที่ไม่ดีจากเพื่อนบ้าน (Karyadi et al., 2004)

อาการและอาการแสดง

วัณโรคปอดมักมีอาการและอาการแสดงค่อยเป็นค่อยไป ในระยะแรกมักมีอาการที่ไม่ชัดเจนหรือไม่มีอาการเลย อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย (อังกูร เกิดพานิช, 2545; Gonzalez-Martin et al., 2010; Ruiz-Manzano et al., 2008) มีดังนี้

1. ไอ เป็นอาการที่พบได้บ่อยเริ่มจากไอเล็กน้อย ไอแห้งๆ โดยมีอาการไอเรื้อรังเกิน 3 สัปดาห์

2. ไข้ โดยมากมักตัวร้อนเล็กน้อยจนสังเกตไม่ได้ อาการ ไข้มักเป็นช่วงเวลาเย็นและมักมีเพียงไข้ต่ำๆ

3. อ่อนเพลีย ผู้ป่วยมักรู้สึกไม่มีแรง ระยะแรกยังสามารถทำงานได้ตามปกติ ต่อมาเมื่อมีอาการมากขึ้นผู้ป่วยจะอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถทำงานได้

4. น้ำหนักลด ในระยะแรกน้ำหนักจะลดลงเล็กน้อย แต่เมื่อมีอาการ ไข้และไอ ผู้ป่วยจะผอมลงมาก

5. เหงื่อออกในเวลากลางคืนตอนกลางคืน มักมีไข้ตอนหัวค่ำ ตอนดึกมีอาการคล้ายสร้างไข้ และมีเหงื่อออกจนเสื้อผ้าเปียก ทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ

6. ผิวหนังมักซีดลงและมีสีเหลืองใสบาง

7. ตามัว นัยน์ตามัวเวลาเช้าแต่แจ่มใสในตอนกลางคืน

8. หอบเหนื่อย หายใจขัด และเจ็บหน้าอกหรือเจ็บบริเวณหลัง

9. เลือดออก เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดที่ปอด ทำให้หลอดเลือดรั่วมีเลือดออก มักปรากฏเมื่อผู้ป่วยออกกำลังมาก

การตรวจวินิจฉัย

การวินิจฉัยวัณโรคปอดสามารถวินิจฉัย ได้จาก การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจสอบทูเบอร์คูลิน (ยุทธิชัย เกษตรเจริญ, 2546; CDC, 2005) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

1.1 อาการทั่วไป ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีไข้ต่ำๆ มักเป็นตอนบ่ายหรือตอนเย็น เหงื่อออกตอนกลางคืน แต่จากการซักประวัติยังไม่มีความจำเพาะพอที่จะบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อวัณโรค

1.2 อาการทางปอด ผู้ป่วยจะมีอาการไอ อาจไอเป็นเลือด ไอเสมหะมีเลือดปน เสมหะมักมีสีเหลือง เขียวและมีกลิ่นเหม็น บางรายอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย ฟังเสียงการหายใจลดลงจากการมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด ฟังเสียงปอดมีเสียง crepitation บริเวณรอยโรค

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1 การเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อแบคทีเรียทึบกรด (Acid Fast Bacilli [AFB]) เป็นวิธีการวินิจฉัยวัณโรคที่มีความจำเพาะสูงแต่มีความไวต่ำ โดยทั่วไปการตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อแบคทีเรียทึบกรด มักเก็บเสมหะส่งตรวจ 3 ครั้ง โดยส่งวันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน

2.2 การเพาะเชื้อจากเสมหะและการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาวัณโรค ควรทำการเพาะเชื้อในรายที่อยู่ในโรงพยาบาลที่สามารถทำการเพาะเชื้อได้ หรือในรายที่สงสัยว่าจะเป็นวัณโรค แต่เสมหะข้อมไม่พบเชื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัย หากพบเชื้อวัณโรคถือว่าผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค

3. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การวินิจฉัยโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก มีความไวสูงแต่มีความจำเพาะต่ำ ถ้ามีเพียงอาการและภาพถ่ายรังสีทรวงอกวินิจฉัยโรคมี โอกาสผิดพลาดได้ การถ่ายภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยวัณโรคปอดมักจะเห็นรอยโรคในปอด เช่น เป็นโพรงแผล (cavity) มีลักษณะเงาในปอดเป็นจุด (infiltration) หรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (plural effusion) เป็นต้น

4. การตรวจสอบทูเบอร์คูลิน (tuberculin skin test) เป็นการทดสอบเพื่อค้นหาว่าร่างกายเคยได้รับเชื้อวัณโรคหรือไม่ โดยการใช้สารพี พี ดี (Purified Protein Derivative: PPD) จำนวน 0.1 มิลลิกรัม ซึ่งประกอบด้วยทูเบอร์คูลิน 5 ยูนิต (5 tuberculin units: TU) ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง แล้วดูปฏิกิริยาของผิวหนังหลังจากฉีด 48-72 ชั่วโมง หากมีอาการผิวหนังนูนแดงเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 10 มิลลิเมตรขึ้นไป ถือว่าให้ผลบวก วิธีนี้จะช่วยประกอบการวินิจฉัยวัณโรคได้ แต่การทดสอบทูเบอร์คูลินมีความไวและความจำเพาะต่ำ สำหรับการแยกเชื้อวัณโรค อย่างไรก็ตามการทดสอบทูเบอร์คูลินควรกระทำในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อวัณโรคทุกราย

การรักษา

ปัจจุบันการรักษาวัณโรคปอดมียาหลายชนิดที่ใช้รักษาได้ผลดี ประสิทธิภาพของการรักษาสูงมาก ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาจนครบกำหนด ความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จะสามารถป้องกันการล้มเหลวและการเกิดวัณโรคคือยา และผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานจากโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ดังนั้น การรักษาวัณโรคได้ถูกต้องจึงต้องประกอบด้วย การเลือกใช้ยา ขนาดยา และสูตรยาที่เหมาะสม (วิภา รัชชพิชิตกุล, 2550) การรักษาผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบันใช้ระบบมาตรฐานระยะสั้นและรักษาระบบที่เล็ง (Directly Observed Treatment-Short Course [DOTS]) ซึ่งเป็นระบบยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรคและกลยุทธ์ที่องค์การอนามัยโลกใช้ในการควบคุมวัณโรค เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถได้รับการรักษาที่สม่ำเสมอ ครบถ้วนและหายจากการป่วยตามเป้าหมายของงานควบคุมโรคที่กำหนดให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกที่ค้นพบใหม่หายอย่างน้อยร้อยละ 85 (กระทรวงสาธารณสุข, 2551; WHO, 2006b) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้จึงต้องใช้ยาที่มีฤทธิ์สองส่วนร่วมกัน ส่วนแรก คือยาที่ออกฤทธิ์ทำลายเชื้อที่กำลังแบ่งตัวได้รวดเร็ว (Bactericidal action) ยาในกลุ่มนี้คือ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin [R]) ไอโซไนอะไซด์ (Isoniazid [H]) และสเตรปโตมัยซิน (Streptomycin [S]) และยาอีกส่วนหนึ่งมีฤทธิ์

ในการทำให้ปราศจากเชื้อโดยสิ้นเชิง (Sterilization action) โดยเฉพาะเชื้อที่อยู่ในเซลล์ macrophage ซึ่งมีภาวะเป็นกรด ยาในกลุ่มนี้คือ พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide [Z])

การรักษาวัณโรคแบ่งเป็น 2 ระยะ (ทวิ โชติพิทยสุนนท์, 2550) ดังนี้

1. ระยะแรกหรือระยะเข้มข้น (initial phase) คือระยะต้องการยาไปฆ่าเชื้อวัณโรคที่เจริญเติบโตเร็วมากและมีจำนวนมาก รวมทั้งกลุ่มเจริญเติบโตช้าต้องใช้ยาตั้งแต่สามขนานขึ้นไปเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างรวดเร็วจนไม่แพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นภายหลังได้รับยาประมาณ 2 สัปดาห์ ในระยะนี้ควรให้ยาทุกวันนานประมาณ 2 เดือน

2. ระยะต่อเนื่อง (continuation phase) คือระยะต้องการฆ่าเชื้อวัณโรคที่มีจำนวนเหลือน้อย ซึ่งมีโอกาสเชื้อคือยาต้องใช้ยาสองขนานเป็นเวลานาน 4-6 เดือน จนครบกำหนดการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษาจะฆ่าเชื้อที่เหลืออยู่ให้หมดไปได้

ระบบยาสำหรับการรักษาวัณโรคด้วยระบบมาตรฐานระยะสั้นตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก (บัญญัติ ปริษญาณนท์, 2546; กระทรวงสาธารณสุข, 2551) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระบบที่หนึ่ง สูตรยาคือ 2HRZE(S)/ 4HR ระบบยา 6 เดือน สำหรับผู้ป่วยใหม่ที่ย่อมเสมหะบวก ใช้ยาในการรักษาในระยะแรก หรือระยะเข้มข้นจำนวน 4 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมปีซิน (R) พัยราซิनाไมด์ (Z) และอีแธมบูตอล (E) หรือสเตรปโตมัยซิน (S) รับประทานเป็นเวลา 2 เดือน ต่อจากนั้นเป็นการรักษาในระยะต่อเนื่องใช้ยาในการรักษา 2 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด (H) และไรแฟมปีซิน (R) รับประทานเป็นระยะเวลา 4 เดือน รวมระยะเวลาในการรักษา 6 เดือน

2. ระบบที่สอง สูตรยาคือ 2SHRZE/ 1HRZE/ 5HRE ระบบยา 8 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่เคยรักษาครั้งแรกล้มเหลว หรือกลับเป็นซ้ำใช้ระยะเวลาในการรักษา 8 เดือน การรักษาในระยะแรกใช้เวลา 3 เดือน โดย 2 เดือนแรก ฉีดยา 1 ชนิดคือ สเตรปโตมัยซิน (S) และรับประทานยา จำนวน 4 ชนิด เป็นระยะเวลา 3 เดือนคือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมปีซิน (R) พัยราซิनाไมด์ (Z) และอีแธมบูตอล (E) หลังจากนั้นเป็นการรักษาในระยะต่อเนื่อง รับประทานยา 3 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมปีซิน (R) และอีแธมบูตอล (E) เป็นระยะเวลา 5 เดือน

3. ระบบที่สาม สูตรยาคือ 2HRZ/4HR ระบบยา 6 เดือน สำหรับผู้ป่วยใหม่ที่ย่อมเสมหะเป็นลบใช้ระยะเวลาในการรักษา 6 เดือน การรักษาในระยะ 2 เดือนแรก รับประทานยา 3 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมปีซิน (R) และพัยราซิनाไมด์ (Z) หลังจากนั้นเป็นการรักษาในระยะต่อเนื่อง ใช้เวลาในการรักษา 4 เดือน รับประทานยา จำนวน 2 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด (H) และไรแฟมปีซิน (R)

4. ระบบที่สี่ สูตรยา คือ H ใช้ยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือน ภายหลังที่การตรวจเสมหะได้ผลลบ สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการรักษาล้มเหลว ให้การรักษาด้วยยาไอโซไนอะซิด (H)

ชนิดเดียว หรือยาสำรองที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อนอย่างน้อย 3 ชนิด เช่น กานามัยซิน (Kanamycin) ไซโคลเซอรีน (Cycloserine) และ โอฟล็อกซาซิน (Ofloxacin) เป็นต้น

การรับประทานยารักษาวัณโรคอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หากผู้ป่วยมีอาการสงสัยว่าแพ้ยาให้หยุดยาทันที และกลับมาปรึกษาแพทย์ทันที โดยอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2551; สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ไอโซไนอะซิด อาการข้างเคียง คือเกิดพยาธิสภาพของของประสาทส่วนปลาย โดยจะมีอาการเหน็บชาที่มือ เท้า แต่จะพบในผู้ป่วยที่ได้ยาในขนาดสูงหรือขาดอาหาร
 2. ไรแฟมปีซิน อาการข้างเคียง คืออาการคล้ายไข้หวัด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปวดท้อง ดับอีกเสบ หากมีอาการชดเชียบพลัน ต้องรีบหยุดยาทันที
 3. พัยราซิโนไมด์ อาการข้างเคียง คือเป็นอันตรายต่อดับและปวดข้อ และพบระดับกรดยูริกสูงขึ้น
 4. อีแธมบูตอล อาการข้างเคียง คืออาการทางตา ตามองเห็นไม่ชัด ตาบอดสี
 5. สเตอริ์ฟ โทมัยซิน อาการข้างเคียง คือแพ้ที่ผิวหนัง ผลต่อหู คือคลื่นไส้ อาเจียน เดินไม่ตรง หากหยุดยาทันทีจะทำให้มีอาการหายภายใน 2-3 สัปดาห์ ถ้าแพ้รุนแรงหลังจากฉีดจะชาที่รอบปาก คลื่นไส้ หรืออาจเป็นลมทันที
 6. โอฟล็อกซาซิน อาการข้างเคียง คือทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หากเกิดอาการไม่สบาย เหนื่อยออก หรือมีความดันโลหิตต่ำให้รีบหยุดยาทันที
 7. กานามัยซิน อาการข้างเคียง คือมีผลต่อหู และผลต่อการได้ยินมากกว่าการทรงตัว
- การประเมินผลการรักษา อาศัยหลัก 3 ประการ (บัญญัติ ปริญญานนท์, 2546) ดังต่อไปนี้

1. ผลการตรวจเสมหะเชื้อวัณโรคถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด การประเมินควรตรวจเสมหะซ้ำอย่างน้อย 1-2 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเต็มที่แล้ว 5-6 เดือน ผลการตรวจเสมหะยังคงพบเชื้อวัณโรคอยู่ แสดงว่าการรักษาไม่ได้ผล (treatment failure)
2. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผู้ป่วยที่การวินิจฉัยโรคไม่แน่นอน โดยตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค อาจต้องถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำทุกเดือนในระยะ 1-3 เดือนแรก
3. ประเมินอาการทางคลินิก เช่น ไข้ อ่อนเพลีย ไอ และน้ำหนักตัวลดลง เป็นต้น การรักษาได้ผล ผู้ป่วยจะมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น อาการไข้ อ่อนเพลีย ไอ หายใจเหนื่อยหอบจะมีอาการดีขึ้น จนหายเป็นปกติ

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดเป็นสิ่งจำเป็น และมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย เป็นการลดจำนวนประชากรผู้ป่วยวัณโรคให้ลดลง นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของวัณโรคจากผู้ป่วยสู่บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ตลอดจนการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด มีดังนี้

1. การรับประทานยารักษาวัณโรคจนครบแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และครบขนาดโดยไม่หยุดยาเอง (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551) และไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดของยาเองเพราะจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษา หากได้รับขนาดยาที่ต่ำเกินไปเชื้อวัณโรคยังไม่ตาย และจะก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยาและหากได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไปจะทำให้ได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคมักจะหยุดยาเอง ทั้งนี้เมื่อรับประทานยาไประยะหนึ่งแล้วอาการดีขึ้นรู้สึกสบาย จึงคิดว่าหายไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อไป (คัตนangk นาคสวัสดิ์, 2547) การที่ต้องรับประทานยาหลายขนานทำให้เกิดความท้อแท้ หรืออาจมีอาการข้างเคียงจากการรับประทาน เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน เบื่ออาหาร เป็นต้น ส่งผลให้หยุดรับประทานยาหรือลดขนาดของยาลง พฤติกรรมดังกล่าวพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อวัณโรคคือต่อยาที่ใช้รักษาและส่งผลให้การรักษาวัณโรคไม่ประสบความสำเร็จ และควรได้รับการรักษาพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งเป็นประจำ ไม่ควรย้ายที่รักษาบ่อยเพราะอาจจะทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่หายขาด

2. การมาตรวจตามนัด ปัญหาสำคัญของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค คือการไม่มาตรวจตามนัด เนื่องจากวัณโรคปอดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลารักษานานประมาณ 6-8 เดือน หรือปัญหาด้านเศรษฐกิจ (Kizito, Dunkley, Kingori, & Reid, 2011) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ การไม่มารับยาตามนัดของผู้ป่วยเพิ่มโอกาสและปัจจัยดื้อยาของวัณโรค (เพ็ญศรี ปัญญาตั้งสกุล และพรศักดิ์ โคตรวงษ์, 2546) ดังนั้นการมาตรวจตามนัดนับว่าเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยมารับยา ติดตามการรักษา และสังเกตอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ ซึ่งหากมีอาการผิดปกติหรืออาการอื่นๆ แทรกซ้อน ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาร่วมด้วย อีกทั้งยังเป็นการป้องกันการขาดหายจากการรักษา การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจึงมีผลต่อการรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

3. สวมหน้ากากอนามัย (surgical mask) ในช่วง 2 เดือนแรกของการรับประทานยารักษาวัณโรค หรือการรักษาระยะเข้มข้น (บัญญัติ ปรีชญานนท์ และคณะ, 2546) หากไม่สามารถทำได้ ผู้ป่วยต้องปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจามทุกครั้ง โดยใช้ผ้าเช็ดหน้าที่สะอาดหรือกระดาษทิชชู

เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อไวรัสโรคฟุ้งกระจาย ไม่ควรใช้มือปิดปากแทนการใช้ผ้าเช็ดหน้า เพราะการใช้มือปิดปากไม่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสได้ดีเท่ากับการใช้ผ้าเช็ดหน้า นอกจากนี้การใช้มือปิดปากจะทำให้เชื้อไวรัสที่ปะปนกับเสมหะและน้ำลายสัมผัสกับมือที่ใช้ปิดปากทำให้สามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้มีประสิทธิภาพควรสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี โดยให้ปฏิบัติดังนี้ (Mehtar, 2008; WHO, 2007)

3.1 เอาสี่เหลี่ยมออกด้านนอก ด้านที่มีโลหะอยู่บนสันจมูก สวมให้คลุมจมูก ปากและคาง

3.2 กดโลหะที่อยู่ขอบบนของหน้ากากให้แนบสนิทกับสันจมูก

3.3 ผูกสายรัดหรือจับสายยางสำหรับคล้องหูให้กระชับพอดีอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

3.4 ไม่จับบริเวณหน้ากาด้านนอกขณะสวมอยู่ เพื่อป้องกันมือปนเปื้อนเชื้อโรคและควรทำความสะอาดมือทันทีหลังสัมผัสด้านนอกของหน้ากาก

3.5 หากใช้หน้ากากอนามัยชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง (disposable surgical mask) ควรใช้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง หรือใช้วันละ 1 ชิ้น ควรเปลี่ยนเมื่อชื้นหรือขาดและทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด

4. การทำลายเชื้อไวรัสที่ปนเปื้อนอยู่ในเสมหะของผู้ป่วยและอุปกรณ์อื่นๆ มีหลายวิธีดังนี้

4.1 การใช้แสงอาทิตย์ ใช้ทำลายเชื้อที่อยู่ตามที่นอน มุ้ง หมอน เสื้อ โดยนำออกผึ่งแดด แสงแดดสามารถทำลายเชื้อไวรัสได้ภายในเวลา 5 นาที และเป็นวิธีที่สะดวกที่สุดในเขตร้อน (ปรีชา วิจิตพันธ์, เปรม นูรี, และวลี สัตยาชัย, 2542)

4.2 การใช้ความร้อน โดยการต้ม เป็นการทำลายเชื้อที่ติดอยู่ในเสื้อผ้า ผ้าเช็ดหน้า ผ้าอนามัยของผู้ป่วยใช้วันเสมหะ โดยการต้มเดือดเพื่อทำลายเชื้อ

4.3 การเผา เป็นการทำลายเชื้อที่ดี โดยเผากระดาษชำระที่ปนเปื้อนเสมหะของผู้ป่วย หรือถุงพลาสติกที่ใช้วันเสมหะของผู้ป่วย

4.4 การใช้สารเคมี ได้แก่ ใช้แอลกอฮอล์เข้มข้นร้อยละ 70 (70% Alcohol) อาจแนะนำให้ผู้ป่วยวันเสมหะในภาชนะที่มีฝาปิด เช่น กระป๋องนมใส่น้ำยาฆ่าเชื้อโรคแล้วนำไปเททิ้งในส้วม หรืออาจตั้งกระป๋องนมบนเตาไฟให้เดือดนาน 10 นาที เพื่อฆ่าเชื้อก่อนนำไปเททิ้ง หรือวันเสมหะใส่ถุงพลาสติกปิดปากถุงแล้วนำไปเผาโดยเร็ว (ปรีชา วิจิตพันธ์ และคณะ, 2542)

5. การทำความสะอาดมือถือเป็นการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อที่มีประสิทธิภาพและราคาถูกที่สุด (WHO, 2007; WHO, 2009b) และปัจจุบันได้มีการส่งเสริมการทำความสะอาดมือเพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อในบ้านและชุมชนทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา โดยส่งเสริมทั้งวิธีการล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ และการถูมือด้วยแอลกอฮอล์ (Bloomfield,

Aiello, Cookson, Boyle & Larson, 2007) ซึ่งมีหลักสำคัญในการปฏิบัติ (WHO, 2007; WHO, 2009b) ดังนี้

5.1 ทำความสะอาดมือโดยใช้วิธีถูมือด้วยแอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ ในกรณีที่มือไม่เปื้อนสิ่งสกปรก เลือด หรือสารคัดหลั่ง อย่างเห็นได้ชัดเจน

5.2 กรณีที่มือเปื้อนสิ่งสกปรก เลือด หรือสารคัดหลั่งอย่างชัดเจน หรือหลังการใช้ห้องส้วม ให้ล้างมือด้วยน้ำกับสบู่

5.3 กรณีใช้วิธีถูมือด้วยแอลกอฮอล์ควรใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่เพียงพอประมาณ 3-5 ซี.ซี. เพื่อให้ถูได้ทั่วมือและต้องรองจนกว่าแอลกอฮอล์ระเหยแห้ง

5.4 กรณีล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ ควรจะทำให้มือเปียกโดยการผ่านน้ำก่อนแล้วจึงใช้น้ำยา หรือสบู่เหลวในปริมาณที่เพียงพอเพื่อให้ถูได้ทั่วมือ ล้างมือด้วยน้ำอีกครั้งหลังจากนั้นเช็ดมือให้แห้ง ด้วยผ้าสะอาดซึ่งควรใช้ 1 ผืน ต่อ 1 ครั้ง และใช้ผ้าสะอาดปิดก๊อกน้ำแทนการใช้มือปิดเพื่อลดการปนเปื้อนมือ

5.5 สามารถใช้ได้ทั้งสบู่เหลว และสบู่ก้อน แต่หากใช้สบู่ก้อนควรจัดหาที่รองรับที่น้ำสามารถผ่านได้เพื่อช่วยให้ก้อนสบู่แห้งตลอดเวลา

ข้อบ่งชี้ในการทำมือเมื่ออยู่ที่บ้าน (Bloomfield et al., 2007) มีดังต่อไปนี้

- 1) หลังการใช้ห้องส้วมหรือหลังสัมผัสกับอุจจาระของคนหรือสัตว์
- 2) หลังรับประทานอาหารดิบทันที เช่น เนื้อหมู เนื้อไก่ เป็นต้น
- 3) ก่อนเตรียมและทำอาหาร
- 4) ก่อนรับประทานอาหาร
- 5) หลังสัมผัสหรือมือปนเปื้อนสิ่งสกปรก เช่น ขยะ ถึงขยะ เป็นต้น
- 6) หลังสัมผัสสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์ที่อยู่บริเวณบ้าน
- 7) หลังใช้มือปิดปากขณะไอจามหรือเช็ดน้ำมูก
- 8) หลังสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งในร่างกาย เช่น อาเจียน ปัสสาวะ เป็นต้น ทั้ง

ของตนเองและของผู้อื่น

- 9) ก่อนและหลังทำแผลทั้งของตนเองและผู้อื่น

การทำความสะอาดมืออย่างถูกวิธี ใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 วินาที โดยทุกขั้นตอนทำประมาณ 5 ครั้ง สลับกันทั้ง 2 ข้าง และล้างมือ 6 ขั้นตอน (สถาบันบำราศนราดูร, 2551) ดังนี้

ขั้นตอน 1 ฟอกฝ่ามือและง่ามนิ้วด้านหน้า โดยหันฝ่ามือเข้าหากัน ฟอกถูไปมา ประคบฝ่ามือและง่ามนิ้วมือประสานกัน เพื่อถูฝ่ามือและซอกนิ้วด้านฝ่ามือ

ขั้นตอน 2 ฟอกฝ่ามือและง่ามนิ้วด้านหลัง โดยวางฝ่ามือบนหลังมือ กางนิ้วมือประสานกันและถูตามซอกนิ้วมือด้านหลังมือ ทำสองข้างสลับกัน

ขั้นตอน 3 ฟอกนิ้วและข้อนิ้วด้านหลัง โดยงอนิ้วมือจับล็อกกัน หมุนไปมาเพื่อถูปลายนิ้วและหลังนิ้วมือ ทำสองข้างสลับกัน

ขั้นตอน 4 ฟอกนิ้วหัวแม่มือ โดยใช้ฝ่ามือกำรอบนิ้วหัวแม่มือ หมุนไปมาเพื่อถูนิ้วหัวแม่มือ ทำสองข้างสลับกัน

ขั้นตอน 5 ฟอกปลายนิ้วและเล็บ โดยขยี้มปลายนิ้วมือทั้งห้า ถูไปมาทั่วฝ่ามือ โดยเฉพาะบริเวณร่องลายมือ ทำสองข้างสลับกัน

ขั้นตอน 6 ฟอกรอบข้อมือ โดยใช้ฝ่ามือกำรอบข้อมือ เพื่อถูรอบข้อมือ ทำสองข้างสลับกัน

6. การจัดสิ่งแวดลอมที่อยู่อาศัยมีความสำคัญต่อผู้ป่วยวัณโรค จุดมุ่งหมายเพื่อลดความเสี่ยงจากการสัมผัสเสมหะของผู้ป่วย และลดจำนวนของเชื้อวัณโรคในสิ่งแวดล้อม โดยการปฏิบัติดังนี้

6.1 การแยกห้องนอนในช่วงเดือนแรกของการรักษา ในผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคควรแยกห้องสำหรับผู้ป่วยจนกว่าจะรับประทานยาต้านวัณโรคครบ 2 เดือน หรือจนกว่าผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค (สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ, 2551)

6.2 การจัดห้องนอนผู้ป่วยและบริเวณในบ้านให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ใช้การระบายอากาศแบบธรรมชาติให้มากที่สุด ด้วยการเปิดหน้าต่างและประตูทุกบาน (Escombe et al., 2007; Qian et al., 2010) และช่วยให้แสงแดดส่องได้ทั่วถึง เนื่องจากในแสงแดดมีรังสีอัลตราไวโอเลตที่สามารถช่วยฆ่าเชื้อวัณโรคได้ (WHO, 2001) ดังการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับการใช้รังสีอัลตราไวโอเลตในการช่วยลดการติดเชื้อแบคทีเรียทูเบอร์คิวโลสิสในสัตว์ทดลองที่ได้รับการฉีดวัคซีนวัณโรคเข้าไป พบว่ารังสีอัลตราไวโอเลต สามารถทำให้เชื้อวัณโรคอ่อนฤทธิ์ลงและสัตว์ทดลองไม่ติดเชื้อวัณโรค (Jeevan, Sharma, & McMurray, 2009)

6.3 การนำเสื้อผ้าและของใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน หมอน ผ้าห่ม ออกทำความสะอาดบ่อยๆ และนำออกผึ่งแดดทุกวันเพื่อฆ่าเชื้อโรคเพราะแสงแดดสามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ภายใน 5 นาที การผึ่งแดดจึงเป็นวิธีที่สะดวกที่สุด

6.4 ภาชนะใส่อาหารควรล้างทำความสะอาดและผึ่งแดดให้แห้งก่อนเก็บทุกครั้งโดยไม่จำเป็นต้องแยกภาชนะใส่อาหาร แต่ให้ใช้ช้อนกลางแทน

6.5 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เช่น กระดาษทิชชูที่ใช้เช็ดเสมหะ ถูพลาสติกที่ใช้บรรจุเสมหะของผู้ป่วย หลังการใช้แล้วให้ทำลายเชื้อโดยวิธีเผาให้เร็วที่สุด



7. ผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับการตรวจหาวัณโรคเพื่อค้นหาและรักษาวัณโรคตั้งแต่ระยะแรกๆ (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2546) โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ จะเกิดการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย (Chan-Yeung et al., 2006)

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. อายุ ปัจจัยด้านอายุกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรค มีผลและไม่ผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดังการศึกษา ของอิลินเจอร์ และเดียร์ (Ailinger & Dear, 1998) เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้านการมาตรวจตามนัด และการรับประทานยารักษาวัณโรคตลอดระยะเวลา 6 เดือนของการรักษาในผู้ป่วยพหุขาลาติโนที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคระยะแฝง จำนวน 65 ราย พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาให้ครบ 6 เดือน แต่จากการศึกษาของสมัชพร อาซาล (2543) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยสูงอายุจะมีความสนใจในเรื่องภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่มีความวิตกกังวลกับภาระงานด้านอื่นช่วยให้การปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา การศึกษาของทิพวรรณ นัตรวิริยะเจริญ (2546) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 61-91 ปี มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมไม่ดีและพอลืมมากเป็น 1.98 เท่าของผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 13-60 ปี

2. เพศ ปัจจัยด้านเพศจากการศึกษา พบว่าเพศมีความแตกต่างกันน้อยในการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังการศึกษาของทิพวรรณ นัตรวิริยะเจริญ (2546) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. สถานภาพสมรส คู่สมรสจะมีความสัมพันธ์ และความร่วมมือกันเป็นอย่างดี จึงมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความแตกต่างกันน้อยในการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังการศึกษาของทิพวรรณ นัตรวิริยะเจริญ (2546) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ระดับการศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดี มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและมีโอกาสทำความเข้าใจ

เกี่ยวกับการรักษาอย่างมีเหตุและผลได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังการศึกษาของทิพวรรณ จิตรวิริยะเจริญ (2546) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหรือผู้ป่วยที่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมไม่ดีและพอลืมมากเป็น 3.89 เท่า ของผู้ป่วยที่จบมัธยมศึกษาขึ้นไป และผลการศึกษามาตรวจรักษาวัณโรคในประเทศจีน พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจล่าช้า (Cheng, Tolhurst, Li, Meng, & Tang, 2005)

5. อาชีพ ปัจจัยด้านอาชีพมีความแตกต่างกันน้อยในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดมี ดังการศึกษาของทิพวรรณ จิตรวิริยะเจริญ (2546) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

6. จำนวนครั้งที่มาตรวจรักษา แสดงถึงระยะเวลาในการรักษา ยิ่งระยะเวลาในการรักษานานมากขึ้น ผู้ป่วยก็จะหยุดการรักษาก่อนครบกำหนดมากขึ้นเท่านั้น (Taylor & Littlewood, 1998) นอกจากนี้ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายและมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ผู้ที่ได้รับการรักษานานๆ จะหยุดปฏิบัติตามคำแนะนำ (ประนอม นพคุณ, 2551) และในการศึกษารั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ตรวจรักษาว่าป่วยเป็นวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อและรับการรักษาด้วยยารักษา ระยะเวลาไม่เกิน 2 เดือน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่างๆ มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย และพิจารณาโดยการจับคู่เหมือน (matching) ในเรื่องระดับการศึกษาและจำนวนครั้งที่มาตรวจรักษา

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจและทำนายพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลในสังคม กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลจะอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจจะทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้น ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ ปัจจัยที่จะกำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก คือ เจตคติต่อพฤติกรรม และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลจากกฎเกณฑ์ทางสังคม (Ajzen & Fishbein, 1980) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เจตคติต่อพฤติกรรม เป็นการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ว่าเป็นไปในทางบวกหรือลบ เจตคติต่อพฤติกรรมเป็นผลมาจากปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (behavioral beliefs of consequences) และการประเมินคุณค่าตามความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมนั้น (outcome evaluation) กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลของการกระทำทางบวก บุคคลก็จะมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นนำไปสู่ผลของการกระทำทางลบ บุคคลนั้นย่อมมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น

2. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นการประเมินของบุคคลว่า กลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตน คิดว่าตนสมควรหรือไม่สมควรที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมเป็นผลมาจากปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการคาดหวังของบุคคลต่างๆ ในกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรม (normative beliefs) และแรงจูงใจที่บุคคลจะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตน (motivation to comply) กล่าวคือ ถ้าบุคคลที่เชื่อว่าการกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตนคาดหวังให้ตนกระทำพฤติกรรมใด บุคคลนั้นก็จะรับรู้ถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงว่าสมควรให้ตนกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้าม ถ้ากลุ่มบุคคลเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตนไม่สนับสนุนให้กระทำพฤติกรรมใด บุคคลนั้นก็จะรับรู้ถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงว่าเห็นสมควรให้ตนหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น

3. ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ถูกกำหนดโดยเจตคติต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรม กล่าวคือ บุคคลจะตั้งใจกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งก็ต่อเมื่อได้ประเมินแล้วว่า พฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกและเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตนเห็นด้วยว่าตนควรจะกระทำพฤติกรรม ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางลบ และกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตนไม่เห็นด้วยที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นก็จะหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น และปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรม (behavior) ของบุคคล ที่สำคัญที่สุดคือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมโดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสอดคล้องกับความตั้งใจที่มีอยู่

ทฤษฎีกระทำด้วยเหตุผลจะครอบคลุมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น และปัจจัยทางสังคม ซึ่งได้แก่ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น เป็นตัวกำหนดให้บุคคลตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจะตั้งใจกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งก็ต่อเมื่อได้ประเมินแล้วว่า พฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวก และเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตนเห็นด้วยว่าตนควรจะกระทำพฤติกรรมในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางลบ และกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตนไม่เห็นด้วยที่จะให้ตนกระทำพฤติกรรม บุคคลก็จะหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ปัจจัยที่มีผลต่อการ

กำหนดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมอาจแตกต่างกัน การศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยโดยใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล พบว่ามีเพียงเจตคติต่อพฤติกรรมที่สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในเพศชาย (Baker, Morrison, Carter, & Verdon, 1996) แต่จากการศึกษาของขวัญหทัย กัณฑ์โรจน์ (2549) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายความตั้งใจของมารดาในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่าเจตคติต่อการให้นมมารดาสามารถทำนายความตั้งใจของมารดาในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้ดีกว่าบรรทัดฐานของกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการให้นมมารดา สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมของสุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2545) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือของผู้ป่วย วัณโรค พบว่าการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาวัณโรคมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ จากผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านเจตคติต่อพฤติกรรมส่งผลต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมมากกว่าปัจจัยด้านสังคม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงสนใจปรับเปลี่ยนเจตคติต่อพฤติกรรมซึ่งเจตคติมีผลเกี่ยวข้องกับความเชื่อหากผู้ป่วยเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมจะออกมาในแง่บวกก็จะมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมจะส่งผลให้เกิดความตั้งใจและเกิดผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Ajzen & Fishbein, 1980) ในการศึกษาครั้งนี้คือ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ถูกต้อง

การส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด

กระบวนการกลุ่ม

ความหมาย

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลหรือผู้ป่วย มีส่วนร่วมในกลุ่ม ได้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ต่อกัน ก่อให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว เพิ่มความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดเจตคติในทางที่ดีนำไปสู่การวิเคราะห์และการปฏิบัติจริง ทำให้กลุ่มรู้จักตนเอง ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง พร้อมที่จะแก้ไข (นงนุช เซาว์นศิลป์, 2540)

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลมารวมกันเพื่อศึกษาประสบการณ์ของกลุ่มหลายๆ ฝ่าย ศึกษาพฤติกรรมความเป็นผู้นำ ผู้ตาม ความคิด ฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และมีการศึกษาจากประสบการณ์ (กาญจนา ไชยพันธ์, 2549)

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลมารวมกลุ่มกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึก ให้กำลังใจซึ่งกันและกันและกลุ่มมีการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ซูชีพ โพชะจา, 2550)

โดยสรุป กระบวนการกลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลรวมกลุ่มกัน ทำให้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดต่อกัน ก่อให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดเจตคติในทางที่ดีนำไปสู่การวิเคราะห์และการปฏิบัติจริง และดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในผู้ป่วยวัณโรค โดยการจัดให้ผู้ป่วยรวมอภิปรายกลุ่ม และแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาวัณโรค การปิดปากและจุกด้วยผ้าสะอาดเวลาไอหรือจาม การทำลายเชื้อวัณโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในเสมหะของผู้ป่วยและอุปกรณ์อื่นๆ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ และผลลัพธ์ของพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนมีการแสดงความคิดเห็น ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคปอด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับ วัณโรคและการปฏิบัติตัวที่ทุกคนพอใจร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกิดเจตคติและเกิดความตั้งใจ อันจะส่งผลให้การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่ถูกต้อง

การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม (group leader) 2) การจัดตั้งกระบวนการกลุ่ม (group formation) และ 3) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (phase of group experience) (Marram, 1978) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม (group leader) มีบทบาทสำคัญในการทำกลุ่ม เพื่อจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงต้องเข้าใจของบทบาทหน้าที่ของตนและดำเนินกลุ่มได้อย่างถูกต้อง ซึ่งหน้าที่ของผู้นำกลุ่มมี 4 ประการ คือ

1.1 การเอื้อให้สมาชิกทุกคนได้รับความรู้สึกปลอดภัย มีความรู้เป็นสมาชิกกลุ่มและเป็นเพื่อนกับผู้อื่น ผู้นำต้องให้โอกาสแก่สมาชิกทุกคนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และต้องตระหนักถึงความสามารถเฉพาะของสมาชิก

1.2 การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและมีชีวิตชีวา ให้ทุกคนมีอิสระในการสร้างความรู้สึกความคิดเห็นในปัญหาต่างๆ และอิสระในการหาทางแก้ไขปัญหาต่างๆ และมีอิสระในการหาทางแก้ไขปัญหา สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกทำให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง และเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

1.3 การควบคุมกลุ่มให้ดำเนินไปจนบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่ตั้งไว้ โดยติดตามสังเกตพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของสมาชิกกลุ่มเป็นระยะต่อเนื่อง

1.4 การกระตุ้นสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุน ควบคุมและแก้ไขพฤติกรรมสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น

2. การจัดตั้งกระบวนการกลุ่ม (group formation) ในการจัดตั้งกลุ่ม สิ่งที่คุณดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่มต้องคำนึงถึง คือ

2.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ต้องคำนึงถึงพื้นฐานจากทฤษฎีต่างๆ ความสามารถส่วนบุคคล และความสามารถของสมาชิกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวัตถุประสงค์ ซึ่งการกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป คือการกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่มอย่างกว้างๆ ต้องคำนึงถึงความรู้ที่ได้รับ ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงความรู้สึนึกคิดและพฤติกรรมที่ดี

2.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ คือการกำหนดให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองตามวัตถุประสงค์ทั่วไป ให้สมาชิกยอมรับฟังความคิดเห็นและปัญหาของผู้อื่น อธิบายความรู้สึนึกคิด พฤติกรรมของตนเพื่อเป็นข้อมูลแก่กลุ่ม

2.2 การคัดเลือกสมาชิกมาเข้ากลุ่ม ต้องคำนึงถึงคุณลักษณะและความพร้อมของผู้จะมาเข้ากลุ่ม คุณลักษณะที่ต้องคำนึง ได้แก่

2.2.1 สภาพอารมณ์ของผู้เข้าร่วมกลุ่ม ได้แก่ พื้นฐานทางอารมณ์ ความรู้สึนึกคิด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรู้จักคุณค่าในตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง การติดต่อสื่อสาร สิ่งเหล่านี้ต้องนำมาพิจารณาาร่วมกันเพราะถ้าคัดเลือกผู้ที่มีปัญหาความรุนแรงทางอารมณ์อาจไม่เหมาะสมในการเข้ากลุ่ม

2.2.2 ความต้องการในการเข้ากลุ่ม การจัดคนเพื่อเข้ากลุ่มต้องเป็นคนที่มีความต้องการเข้ากลุ่ม จึงจะทำให้กลุ่มประสบความสำเร็จ การประเมินความต้องการในการเข้ากลุ่มนั้น ต้องมีการแจ้งวัตถุประสงค์ ชักถามความต้องการและความคาดหวังในการเข้ากลุ่ม ได้แสดงความคิดเห็นและเต็มใจในการเข้ากลุ่ม สามารถประเมินได้จากการชักถาม การสัมภาษณ์ และเมื่อมีการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มแล้ว ถ้ามีการเข้ากลุ่มมากกว่า 1 ครั้ง ควรจะมีการแจ้งให้สมาชิกทราบและมาเข้ากลุ่มจนครบทุกครั้ง

2.2.3 ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกในกลุ่ม ควรมีสมาชิก 6-10 คน ไม่ควรเกิน 15 คน (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549) เพราะทำให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้มากขึ้น ถ้าสมาชิกน้อยเกินไปจะทำให้การดำเนินการรูปแบบกลุ่มลดลง แต่ถ้าสมาชิกมากเกินไปอาจมีผลต่อการ

แสดงความคิดเห็นและความต้องไม่ทั่วถึง รวมถึงสมาชิกไม่มีความสนใจ และอาจจะออกไปจากกลุ่ม (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนสมาชิกกลุ่ม 6-7 ราย

2.2.4 ระยะเวลาและความถี่ในการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไประยะเวลาในการดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ในการจัดจะเป็นเท่าใดขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายและเนื้อหาเป็นสำคัญ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาในการดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง โดยให้สมาชิกมาพบกัน 2 สัปดาห์ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคปอดมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จึงไม่สะดวกที่จะมาพบหรือประชุมกลุ่มได้บ่อยๆ

2.2.5 บรรยากาศและสถานที่ ควรจัดในสถานที่ให้เป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ จัดบรรยากาศให้เหมาะกับการเรียนรู้มากที่สุด เช่น ห้องไม่แออัด ที่นั่งสบาย เป็นต้น

3. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (phase of group experience) มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะนำ ระยะของการสร้างความรู้สึกปลอดภัยและกล้าแสดงออก เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม และในระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร สร้างความรู้สึกปลอดภัยให้สมาชิก ในระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำควรย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ของกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกของกลุ่ม ผู้นำต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้ระบายและแสดงความรู้สึก เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์ ในการดำเนินกลุ่มนั้น ขั้นตอนของการสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญเพราะเป็นขั้นตอนสร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร ความไว้วางใจ สมาชิกจะรู้สึกอิสระในการแสดงออกและรับทราบว่ามีสิ่งที่ดีหรือพฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นความลับอยู่ในกลุ่ม เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันและเต็มใจที่จะเปิดเผยตนเอง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ระยะนี้สมาชิกมีการตอบสนองและเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยสมาชิกกลุ่มจะมีความไว้วางใจและมั่นใจกลุ่ม กล้าระบายความรู้สึก มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มุ่งสนใจมาที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกกลุ่มให้การสนับสนุน การได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ และนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาดตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกจะบรรลุจุดมุ่งหมายและมีการแลกเปลี่ยน เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงและความสำเร็จของกลุ่ม ประเมินผลจากคำพูด

พฤติกรรมแสดงออกของสมาชิก และจากการประเมินของผู้อื่น บางครั้งอาจมีการตั้งเกณฑ์ไว้แบบเจาะจง เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่ม

เทคนิคของกระบวนการกลุ่ม

เทคนิคของกระบวนการกลุ่ม มีหลากหลายวิธี เช่น การอภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ เกม เป็นต้น เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ช่วยให้เรียนรู้ความคิด ความรู้สึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หาแนวทางแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญหาาร่วมกัน ซึ่งเทคนิคของกระบวนการกลุ่มมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การอภิปรายกลุ่ม (group discussion) เป็นการประชุมพิจารณาหรืออภิปรายกันระหว่างสมาชิกทุกคนโดยใช้ที่ประชุมกลุ่มใหญ่ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่สนใจร่วมกัน หรือเป็นประโยชน์ร่วมกัน มีลักษณะเป็นแบบกันเองไม่เป็นทางการ เพื่อแสวงหาข้อมูลของกลุ่มในเรื่องที่อภิปรายกันนั้น (วรลักษ์ณ ไชยทัต, 2544) ซึ่งการอภิปรายกลุ่มทำให้เกิดเจตคติใหม่ๆ (สุนทรี ภาณุทัต, ประไพ บุรินทรมาตย์, และชนิตา มณีวรรณ, 2540) และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ดังการศึกษาของ สุนทรี ภาณุทัต และคณะ (2540) เกี่ยวกับผลของการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านต่อความรู้ และเจตคติของพยาบาล โดยวิธีการบรรยายร่วมกับการอภิปราย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติไปในทางที่ถูกต้อง พบว่าพยาบาลมีเจตคติที่ถูกต้องหลังการอบรมทันที และมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังการอบรมระยะที่ 3 และจากการศึกษาของวิททาเกอร์ และคณะ (Whitaker et al., 2008) เกี่ยวกับความรู้และเจตคติของวัยรุ่นและผู้ใหญ่เพศหญิงต่อการใช้ห่วงอนามัย โดยวิธีการบรรยายร่วมกับการสาธิตการใช้ห่วงอนามัย การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้ห่วงอนามัย การให้ข้อมูลย้อนกลับ และคู่มือการใช้ห่วงอนามัย พบว่าหลังการดำเนินกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีเจตคติที่ถูกต้องต่อการใช้ห่วงอนามัย นอกจากนี้การอภิปรายกลุ่มทำให้สมาชิกได้รับรู้ข้อคิดเห็นที่ถูกต้องจากกลุ่ม และได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประเด็นที่ต้องการ (วรลักษ์ณ ไชยทัต, 2544)

2. การแสดงบทบาทสมมติ (role play) เป็นวิธีการที่มุ่งให้สมาชิกเรียนรู้จากการปฏิบัติ เพื่อให้เห็นในสิ่งที่ยากจะอธิบายให้เข้าใจด้วยการบอกเล่า (วรลักษ์ณ ไชยทัต, 2544) ให้สมาชิกสวมบทบาทในสถานการณ์ที่มีความใกล้เคียงกับความเป็นจริง และแสดงออกตามความนึกคิดของตน โดยนำเสนอการแสดงออกของผู้แสดง ทั้งด้านความรู้ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่สังเกตพบ มาเป็นข้อมูลในการอภิปราย ช่วยให้มีโอกาสศึกษาวิเคราะห์ถึงความรู้และพฤติกรรมอย่างลึกซึ้ง (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549)

3. เกม (game) เป็นการให้สมาชิกเล่นเกมตามกติกา โดยผู้นำสร้างสถานการณ์สมมติขึ้นให้สมาชิกได้เล่นด้วยตนเองภายใต้ข้อตกลงหรือกติกาบางอย่างที่กำหนดไว้ สมาชิกต้องตัดสินใจทำอย่างใดอย่างหนึ่งอันจะมีผลออกมาในรูปของการแพ้การชนะ วิธีการนี้ช่วยให้สมาชิกได้วิเคราะห์ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมต่างๆ (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคของกระบวนการกลุ่ม ด้วยวิธีการอภิปรายกลุ่ม เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วิธีการอภิปรายกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมได้ (สุนทรี ภาณุทัต และคณะ, 2540; Whitaker et al., 2008) จัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม 6-7 คน โดยแต่ละกลุ่มต้องวิเคราะห์ถึงปัญหา/อุปสรรค ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค แนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ผลกระทบของการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกระหว่างกัน และให้แต่ละกลุ่มนำเสนอผลงานจากการอภิปรายร่วมกัน และผู้นำสรุปเชื่อมโยงและร่วมสรุปผลการอภิปรายกลุ่ม

การให้ความรู้

ความหมาย

การให้ความรู้ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ส่งผลให้เกิดการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น (Mellish & Brink, 1990)

การให้ความรู้ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้จากกิจกรรมและประสบการณ์ ทำให้บุคคลสามารถนำความรู้สู่การเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดปฏิบัติที่ดี เป็นประโยชน์บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่คาดหวังตามมาตรฐานขององค์กร (ณฐมน เฉลิมนนท์, 2551)

โดยสรุปการให้ความรู้ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ส่งผลให้บุคคลสามารถนำความรู้สู่การเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดี ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำการให้ความรู้มาใช้ในผู้ป่วยวัณโรคโดยการบรรยายให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเกิดความรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดอย่างถูกต้อง เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาวัณโรค การปิดปากและจมูกด้วยผ้าสะอาดเวลาไอหรือจาม การทำลายเชื้อวัณโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในเสมหะของผู้ป่วยและอุปกรณ์อื่นๆ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบภาพพติก และคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด และการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการสวม

และถอดหน้ากากอนามัย และการทำความสะอาดมือ เพื่อให้มีการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่องและเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอด

การให้ความรู้มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลซึ่งแบ่งเป็นด้านใหญ่ๆ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ และ 3) ด้านเจตคติ โดยมีการใช้เทคนิควิชาการให้การอบรม การสนใจ กิจกรรมการเรียนรู้ วิธีการต่างๆ ให้เหมาะสมกับลักษณะกลุ่ม ระดับความรู้ ความสามารถของบุคคลที่มีพื้นฐานที่แตกต่างกัน (ยุทธพงษ์ ไกยวรรณ, 2541) ดังนั้นการให้ความรู้ต้องคำนึงถึงหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (adult learning) ซึ่งทฤษฎีหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งในการช่วยให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้ (Knowles, Holton, & Swanson, 2005) ซึ่งประกอบด้วย

1. ความต้องการและความสนใจ (need and interests) หรือมโนทัศน์ของผู้เรียน (self-concept) โดยคำนึงถึงความแตกต่างของผู้เรียนทั้งด้านร่างกาย จิตใจและวุฒิภาวะ เข้าใจธรรมชาติของผู้เรียนรู้ และมองว่าในบางครั้งผู้เรียนอาจต้องการความช่วยเหลือและผู้ชี้แนะเพื่อพัฒนาไปสู่การเป็นตัวของตัวเอง ผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีถ้าตรงกับความต้องการและความสนใจในประสบการณ์ที่ผ่านมา ก็เกิดความพึงพอใจ

2. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่ (life situation) การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะได้ผลดี ถ้าหากยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการเรียนการสอน (life-centered) ดังนั้นการจัดการเรียนที่เหมาะสมเพื่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ไม่ควรยึดในเนื้อหาวิชา แต่ควรยึดเอาสถานการณ์ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่เป็นสำคัญ

3. การวิเคราะห์ประสบการณ์ของผู้เรียน (analysis of experience) ผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ และประสบการณ์มากซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรอันมีค่าของการเรียนรู้ ขณะเดียวกันผู้ใหญ่จะมีพื้นฐานที่เปิดกว้างในการที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ดังนั้นหลักการสำคัญคือการวิเคราะห์ถึงประสบการณ์ของผู้ใหญ่แต่ละคนอย่างละเอียดว่ามีส่วนไหนของประสบการณ์ที่จะนำมาใช้ในการเรียนการสอนได้บ้าง แล้วจึงนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

4. ผู้ใหญ่ต้องการเป็นผู้นำตนเอง (self-directing) คือการมีความรู้สึกรู้สีกต้องการที่จะสามารถนำตนเองได้ ผู้ใหญ่จะมีความพร้อมที่จะเรียนรู้เมื่อรู้สึกว่าการเรียนจำเป็นต่อบทบาทและสถานภาพทางสังคมของตน ขณะเดียวกันประสบการณ์ที่ผ่านมาจะส่งผลให้มีความพร้อมในการเรียนรู้มากขึ้นด้วย

5. ความแตกต่างระหว่างบุคคล (individual difference) จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ในแต่ละบุคคล ดังนั้นการสอนผู้ใหญ่จะต้องคำนึงถึงรูปแบบของการเรียนการสอน เวลาที่ทำการสอน สถานที่สอน และความสามารถหรือแนวทางในการเรียนรู้ ซึ่งผู้ใหญ่จะเรียนรู้โดยการปรับตัวและ



ยึดปัญหาเป็นศูนย์กลาง เรียนรู้ทักษะและเฝ้าหาความรู้ที่จำเป็นในการเพิ่มขีดความสามารถของตน
ในการทำงานจากนั้นจะนำความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในทันที

วิธีการให้ความรู้

วิธีการให้ความรู้มีหลายรูปแบบ เช่น การบรรยาย การสาธิต การอภิปราย เป็นต้น ซึ่งการ
เลือกวิธีการให้ความรู้ต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับความสามารถพื้นฐานของแต่ละบุคคล (วิจิตร
อวทะกุล, 2540) และควรเลือกวิธีที่เหมาะสมในการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ
ในบางครั้งผู้ให้ความรู้อาจต้องใช้วิธีการให้ความรู้หลายๆ วิธีร่วมกัน (ครุณี รุจกรกานต์, 2541;
สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2544)

1. การบรรยาย (lecture) เป็นการนำเสนอข้อมูล ให้แนวคิดเหมาะในการให้ความรู้พื้นฐาน
และการให้ข้อมูลอย่างกว้างๆ (วรลักษณ์ ไชยทัต, 2544) ในรูปแบบของการบอกเล่า หรืออธิบาย
(บุญชม ศรีสะอาด, 2537) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อถ่ายทอดความรู้แก่ผู้เรียน กระตุ้นให้เกิดการพัฒนา
ความคิด เกิดการรับรู้ เปลี่ยนแปลงเจตคติ ดังการศึกษาของกนกวรรณ ประวาลพิทย (2540) เกี่ยวกับ
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน
โรงพยาบาลของพยาบาล โดยวิธีการบรรยายประกอบคู่มือ พบว่าหลังการให้ความรู้พยาบาลมีความรู้
เพิ่มขึ้น มีทัศนคติทางบวกเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ส่วนการศึกษาของ ศราวุธ
อินทรี (2549) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทักษะ และความตั้งใจรับ
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่ม โดยวิธีการบรรยายร่วมกับการทำกิจกรรมกลุ่ม
พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
มีทัศนคติที่ดีต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีความตั้งใจมารับบริการตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดีวก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม และจากการศึกษาเกี่ยวกับผล
ของการให้ความรู้ต่อความตั้งใจใช้โลชั่นกันแดดในวัยรุ่น โดยการบรรยายร่วมกับการการอภิปรายกลุ่ม
พบว่าวัยรุ่นมีการปรับเปลี่ยนเจตคติเมื่อรับรู้ภาวะเสี่ยงของแสงแดดและประโยชน์ของการใช้โลชั่น
กันแดดและมีความตั้งใจในการใช้โลชั่นกันแดดเพิ่มขึ้น (Olson, Gaffney, Starr, & Diethich, 2008)
และการบรรยายควรใช้ในระยะเวลาสั้นๆ อาจใช้อุปกรณ์หรือสื่อประกอบการบรรยาย แต่ถ้าใช้เวลามาก
ควรใช้การบรรยายร่วมกับวิธีการให้ความรู้อื่นร่วมด้วย (วิศนา เขมมณี, 2545; อภรณ์ ใจเที่ยง, 2540)

2. การสาธิต (demonstration) เป็นการแสดงให้เห็นให้ผู้เข้าร่วมได้เห็นกระบวนการ หรือการ
ปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างถูกต้องเป็นการแสดงให้เห็นของจริง ซึ่งอาจเป็น
กระบวนการ หรือขั้นตอนของการปฏิบัติงาน การใช้เครื่องมือทดลองต่างๆ เป็นต้น เหมาะที่จะใช้
กับกลุ่มเล็กๆ ไม่เกิน 25 คน (วรลักษณ์ ไชยทัต, 2544) โดยทั่วไปการสาธิตนี้จะใช้ร่วมกับวิธีการอื่นๆ

เช่น การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การอภิปราย เป็นต้น การสาธิตเป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมมากในการอบรมให้ความรู้ผู้ใหญ่ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547) เพื่อให้ความรู้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เนื่องจากการสาธิตเป็นการแสดงความเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและปฏิบัติเข้าด้วยกัน ทำให้ผู้เรียนเข้าใจได้ยิ่งขึ้นเพราะเป็นประสบการณ์ตรง (วรลักษณ์ ไชยทัพ, 2544) ดังการศึกษาของสุพรรณ ปาลรัมย์ (2537) เกี่ยวกับผลของกระบวนการทางสุศึกษาต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ โดยการใช้เทปโทรทัศน์ เอกสารประกอบ คู่มือ การถามตอบ และการสาธิตและการฝึกปฏิบัติการใช้ถุงยางอนามัย พบว่านักเรียนมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ มีเจตคติที่เหมาะสมต่อโรคเอดส์ ถุงยางอนามัย และมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของคุษฎี สินธวานนท์ (2549) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการบรรยาย ร่วมกับการฉายวีดิทัศน์ เอกสารแผ่นพับ การสาธิตการจัดยาและการบันทึกหลังการรับประทานยา และการสาธิตการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้หายป่วยจากวัณโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองเพื่อให้หายป่วยจากวัณโรค และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. การอภิปราย เป็นการให้ความรู้ที่มุ่งให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ทั้งจากผู้ที่ทำให้ความรู้และผู้เรียนด้วยกันเอง เป็นการให้ความรู้ที่ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น จะทำให้เกิดการพัฒนาปัญญา และส่งเสริมให้ผู้เรียนคิดเป็น ช่วยให้ค้นตัวในกิจกรรมการเรียนรู้การสอน (ดรุณี รุจกรกานต์, 2541; วิไลรัตน์ แสงศรี, 2548)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความรู้ในลักษณะการบรรยายร่วมกับการสาธิต โดยบรรยายความรู้เรื่องวัณโรคเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรคปอด ภาวะแทรกซ้อนขณะป่วยเป็นวัณโรค ความรุนแรงขณะป่วยเป็นวัณโรค และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ประกอบสื่อภาพพลิกและคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสำหรับผู้ป่วย วัณโรคปอด และสาธิตเกี่ยวกับการสวมและถอดหน้ากากอนามัย และการทำความสะอาดมือ 6 ขั้นตอน และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการสวมและถอดหน้ากากอนามัย และการทำความสะอาดมือ 6 ขั้นตอนที่ถูกวิธี และทดสอบประสิทธิภาพการทำความสะอาดมือด้วยเครื่องทดสอบการทำความสะอาดมือ

นอกจากการให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยายและการสาธิตแล้วจำเป็นต้องมีสื่อในการให้ความรู้ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการรับรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยเร้าความสนใจทำให้ผู้เรียนเห็น

สิ่งที่เรียนรู้ได้เป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ เกิดการเรียนรู้และสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ (กิดานนท์ มลิทอง, 2536; วุฒิชัย ประสารสอย, 2545; โสภา กรรณสูต, 2542) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการใช้สื่อประกอบด้วยภาพพลิกประกอบการให้ความรู้ และการแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด

1. ภาพพลิก เป็นโสตทัศนูปกรณ์ (audio visual media) ชนิดหนึ่งที่ใช้ประกอบในการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย (บุญชม ศรีสะอาด, 2537) ทำให้เนื้อหาวิชาการความรู้มีความหมายมากขึ้น ทำให้ผู้เรียนเกิดมโนภาพที่ต้องสมบูรณ์ สามารถเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นนามธรรมไปสู่รูปธรรม ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องกับสิ่งนั้นๆ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมได้ (กรองกาญจน์ อรุณรัตน์, 2536) ดังการศึกษาของสุปราณี โมพิชาติ, สุภาพ รอนสีก, ฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, และสุภรัตน์ บุญนาค (2547) เกี่ยวกับการพัฒนาการใช้สื่อสุขศึกษาวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคและที่เลี้ยงดูแลการกินยา พบว่าภาพพลิกประกอบการให้ความรู้เรื่องวัณโรคแก่ผู้ป่วย วัณโรค ทำให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการปฏิบัติของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของนุชนางค์ มหาสิริวิทย์ (2550) เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในคลินิก วัณโรค โดยการบรรยายประกอบคู่มือ และภาพพลิกเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นวัณโรค หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มีความรู้สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุม

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยจัดทำภาพพลิก ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัณโรคปอด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และขั้นตอนการสวมและการถอดหน้ากากอนามัย และขั้นตอนการทำความสะอาดมือ 6 ขั้นตอน

2. คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัณโรคปอด การปฏิบัติตนที่ต้องขณะป่วยและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดนำไปอ่าน ศึกษา ทบทวน ภายหลังการสอนหลายๆ ครั้งตามต้องการ คู่มือเป็นการเรียนรู้ที่ดีที่สุด (จันทร์ฉาย เตมียาการ, 2533) ทำให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น ผู้เรียนสามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง (วิจิตร ภักดีรัตน์, 2541) ดังการศึกษาของเพ็ญศรี ปัญญาตั้งสกุล และพรศักดิ์ โคตรวงษ์ (2545) เกี่ยวกับประสิทธิผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่เน้นการให้กำลังใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะเข้มข้นของการรักษา โดยใช้สื่อพัฒนากำลังใจในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการให้กำลังใจ วิดีทัศน์ ภาพพลิก และเอกสารแผ่นพับการรักษาผู้ป่วยวัณโรค หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในด้านการปฏิบัติ

ตามแผนการรักษาถูกต้องครบถ้วนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของวิตาเกอร์และคณะ (Whitaker et al., 2008) เกี่ยวกับความรู้และเจตคติของวัยรุ่นและผู้ใหญ่เพศหญิงต่อการใช้ห่วงอนามัย โดยวิธีการบรรยายร่วมกับการสาธิตการใช้ห่วงอนามัย และคู่มือการใช้ห่วงอนามัย พบว่าหลังการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีเจตคติที่ถูกต้องต่อการใช้ห่วงอนามัย

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดทำคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัน โรคปอด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของเอจเซน และฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) เพื่อให้เกิดความตั้งใจและส่งผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยใช้กระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้ เน้นเจตคติต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์ของพฤติกรรม ซึ่งกระบวนการกลุ่มประกอบด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์พฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาวัณโรค การปิดปากและจมูกด้วยผ้าสะอาด เวลาไอหรือจาม การทำลายเชื้อวัณโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในเสมหะของผู้ป่วยและอุปกรณ์อื่นๆ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและผลลัพธ์ของพฤติกรรมดังกล่าว และมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่มหาวิธีแก้ปัญหาาร่วมกันและมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมอันเป็นผลลัพธ์ของพฤติกรรมดังกล่าว และการให้ความรู้โดยการบรรยาย ภาพพลิก คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการสวมและถอดหน้ากากอนามัยและการทำความสะอาดมือ อันจะส่งผลให้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของเอจเซนและฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) ซึ่งทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ ปัจจัยที่จะกำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม มี 2 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เจตคติต่อพฤติกรรม (attitudes toward the behavioral) 2) ปัจจัยด้านสังคม คือบรรทัดฐานของอ้างอิงกลุ่ม (subjective norm) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเจตคติต่อพฤติกรรมมีผลต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมมากกว่าบรรทัดฐานของอ้างอิงกลุ่ม ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงเน้นที่การปรับเปลี่ยนเจตคติต่อพฤติกรรมโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์พฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาวัณโรค การปิดปากและจมูกด้วยผ้าสะอาดเวลาไอหรือจาม การทำลายเชื้อวัณโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในเสมหะของผู้ป่วยและอุปกรณ์อื่นๆ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ และผลลัพธ์ของพฤติกรรมดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าเมื่อบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม บุคคลจะตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมโดยการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างถูกต้องและเหมาะสม การปรับเปลี่ยนเจตคติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการใช้กระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้ ซึ่งกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความรู้สึกต่อกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว เพิ่มความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดเจตคติในทางที่ดี นำไปสู่การวิเคราะห์และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และการให้ความรู้มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้ป่วยในด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความเชื่อว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคจะนำสู่ผลการกระทำทางบวก และประเมินว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเป็นสิ่งที่ดี ผู้ป่วยวัณโรคปอดก็จะมีเจตคติที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้มีความตั้งใจในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในที่สุด