

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัณโรค เป็นโรคติดเชื้อที่กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย และประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ดังนั้นการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะประกอบด้วยแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ซึ่งจะได้นำเสนอตามลำดับ คือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค
2. กลยุทธ์ DOTS – แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค

สาเหตุของวัณโรค⁽¹⁰⁾

วัณโรคเกิดจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ซึ่งค้นพบโดย Robert Koch ในปี 2425 เชื้อ Mycobacterium แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ Mycobacterium tuberculosis complex, Non-tuberculosis mycobacterium (NTM), Mycobacterium Leprae โดยเชื้อวัณโรคจัดอยู่ในกลุ่ม M. tuberculosis complex สามารถตรวจหาเชื้อวัณโรคในสิ่งส่งตรวจได้ 2 วิธี คือ การย้อมสี (staining) และการเพาะเชื้อ (culture)

ประเภทของวัณโรค⁽¹¹⁾

วัณโรคในมนุษย์แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ตามตำแหน่งอวัยวะที่เป็นโรค ดังนี้

1. วัณโรคในปอด (Pulmonary tuberculosis) เกิดกับปอดข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง พบได้มากกว่า 80% ของวัณโรคทั้งหมด และก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน
2. วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary tuberculosis) วัณโรคของอวัยวะอื่นๆ เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง ช่องท้อง ผิวหนัง กระดูกและข้อ เยื่อหุ้มสมอง ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ

การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค^(4,11)

เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายจากปอดของผู้ป่วยวัณโรค เมื่อผู้ป่วย ไอ จาม หรือบ้วนเสมหะ โดยเชื้อจะปนออกมากับละอองเสมหะ หรือน้ำลาย (droplet nuclei) ละอองขนาดเล็ก 1-5 ไมครอน จะสามารถถูกสูดเข้าไปจนถึงถุงลมเล็กในปอด(alveoli) และฝังตัวอยู่ในบริเวณนั้น เรียกว่า primary focus เมื่อแบ่งตัวจะแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น และเกิดปฏิกิริยาของวัณโรคขึ้น อย่างไรก็ตามมีเพียง 10% ของผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคที่จะป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งอาจเกิดภายหลังการติดเชื้อในไม่กี่สัปดาห์ หรืออีก 20-30 ปีให้หลังก็ได้

อาการของผู้ป่วยวัณโรค⁽¹¹⁾

ผู้ป่วยวัณโรคมีอาการที่พบบ่อยๆ คือ อาการไอ ซึ่งมักจะไอนานกว่า 3 สัปดาห์ อาการอื่นที่อาจพบได้คือ ไข้(มักเป็นตอนบ่าย เย็น หรือกลางคืน) ไอมีเลือดปน (Haemoptysis) น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก และหายใจขัด

การควบคุมวัณโรค⁽¹¹⁾

วัณโรคควบคุมได้โดย

- 1) ให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีเคเอ็ม (DOTS)
- 2) การให้วัคซีน BCG
- 3) การใช้ยาป้องกันวัณโรค(Preventive therapy)
- 4) การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล

2. กลยุทธ์ DOTS – แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

บทบาทของ รพช./รพท./รพศ.⁽⁴⁾

1. ด้านการค้นหาผู้ป่วย

ค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรคที่มารับการตรวจ โดยตรวจเสมหะอย่างน้อย 3 ครั้ง เป็นศูนย์กลางสำหรับการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคในระยะไม่แพร่เชื้อ(โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก) และวัณโรคนอกปอด

2. ด้านการรักษา

ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทุกด้าน รักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาที่เหมาะสม(ตามคู่มือ) ด้วยวิธี

DOTS โอนผู้ป่วยในรายที่เห็นควรไปรักษาที่สถานีนามัยใกล้บ้าน บันทึกผลการรักษาในบัตรบันทึกผลการรักษา และ DOTS CARD สำหรับผู้ป่วยที่รักษาที่โรงพยาบาล ตรวจสอบระหว่างการรักษา ติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาให้เร็วที่สุด และรักษาผู้ป่วยที่โอนจากสถานีนามัย เพราะแพ้ยาหรือมีอาการแทรกซ้อน

3. ประสานและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในระดับอำเภอ กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

บทบาทของผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ⁽⁴⁾

1. ด้านการนิเทศและฝึกอบรม

จัดแผนการฝึกอบรมงานควบคุมวัณโรคสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอ นิเทศสถานีนามัยอย่างน้อยทุก 4 เดือนต่อครั้ง ให้การฝึกสอนบุคลากรสาธารณสุขในขณะทำงาน (on the spot training)

2. ด้านการค้นหารายป่วย

ติดตามวิธีการค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และวิธีการเก็บเสมหะให้เป็นไปตามแนวทางของแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

3. ด้านการรักษา

ติดตามและชี้แนะให้หน่วยบริการสาธารณสุขที่รักษาผู้ป่วยวัณโรคดำเนินการ จัดหาที่เลี้ยงในการรักษาสำหรับผู้ป่วยทุกราย ให้ความรู้ที่พอเพียงแก่ผู้ป่วย ค้นหาผู้ป่วยและรักษาผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อ ตรวจสอบระหว่างการรักษา และติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษา

4. ด้านบันทึกและรายงาน

จัดทำทะเบียนกลางวัณโรคระดับอำเภอ จัดทำรายงานรอบ 4 เดือน 3 รายงาน คือ รายงานการค้นหาผู้ป่วย รายงานผลเสมหะปราศจากเชื้อเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นและรายงานผลการรักษาของอำเภอและจัดส่งให้ผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัด

บทบาทของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย⁽⁴⁾

1. ด้านการค้นหารายป่วย

ค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรคที่มาที่สถานีนามัย และดำเนินการส่งตัวผู้ป่วยพร้อมเก็บเสมหะตอนเข้าไปตรวจที่ รพช./รพท./รพศ. หรือส่งเสมหะไปตรวจ หรือทำการป้ายสไลด์เสมหะส่งตรวจต่อไป

2. ด้านการรักษา

รักษาผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคตามระบบยาที่ รพช. แนะนำ บันทึกการรักษาและบัตร DOTS CARD สำหรับผู้ป่วยที่รักษาที่ สอ. จัดให้มีพี่เลี้ยงตลอดการรักษา เก็บเสมหะผู้ป่วยในระหว่างการ รักษาส่งตรวจ ติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษา และส่งผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยาไปรักษาต่อที่ รพช./รพท./รพศ.

3. ด้านการป้องกัน

ให้วัคซีน BCG แก่ทารกแรกเกิดทุกราย และเด็กนักเรียน ป.1 ที่ไม่มีแผลเป็น BCG

4. ด้านสุขศึกษา

ให้ความรู้วัณโรคแก่ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน

5. ด้านการนิเทศและฝึกอบรม

นิเทศและฝึกอบรมเรื่องวัณโรคให้แก่ อสม. และผู้นำชุมชน

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค⁽⁴⁾

นโยบายหลักของประเทศไทยในการค้นหาผู้ป่วยคือ การค้นหาแบบตั้งรับ(Passive case finding) ซึ่งก็คือพยายามตรวจหาวัณโรคในผู้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขซึ่งผู้ให้บริการต้องตระหนักถึงอาการของวัณโรค และดำเนินการให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคได้รับการตรวจวินิจฉัย ส่วนการค้นหาเชิงรุกนั้น(Active case finding) เจ้าหน้าที่จะต้องไปตรวจหาผู้ป่วยในที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ทำงาน ซึ่งเป็นการยากและสิ้นเปลืองยังไม่สมควรที่จะดำเนินการในพื้นที่ที่มีอัตราการรักษาหายขาดต่ำกว่า 85% กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อให้ได้อย่างน้อย 70% ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่มีอยู่

การวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค⁽⁴⁾

การตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอด ควรตรวจอย่างน้อย 3 ครั้ง ถ้าสไลด์เสมหะอย่างน้อย 2 สไลด์ ให้ผลบวก จะถูกจำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีเสมหะบวก จะต้องติดตามและเริ่มการรักษาทันที การถ่ายภาพรังสีทรวงอก มีประโยชน์ไม่มากนัก ต้องมีการตรวจเสมหะ ควบคู่ไปด้วย การเพาะเชื้อจากเสมหะ มีความไวกว่าการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ แต่ใช้เวลานานและ สิ้นเปลือง การทดสอบทูเบอร์คูลิน ก็มีประโยชน์น้อยมากในการวินิจฉัยโรคเช่นกัน

การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค⁽⁴⁾

WHO (1994) แบ่งประเภทของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ดังนี้

1. ใหม่ (New) ได้แก่ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนหรือผู้ที่เคยได้ยาต้านวัณโรคมาไม่เกิน 4 สัปดาห์
2. กลับเป็นซ้ำ (Relapse) ได้แก่ผู้ป่วยที่มีประวัติว่ารักษาหาย แต่กลับมาเป็นวัณโรคอีกโดยมีเสมหะพบเชื้อวัณโรค
3. ล้มเหลว (Failure) ได้แก่ผู้ป่วยที่รักษาไปแล้ว 4 เดือนผลเสมหะยังคงบวกหรือกลับเป็นบวกในเดือนที่ 5
4. ขาดยาแล้วกลับมารักษา (Treatment after default) ได้แก่ผู้ป่วยซึ่งขาดการรักษาไปมากกว่า 2 เดือน ติดต่อกัน แล้วกลับมารักษาอีก
5. รับโอน (Transfer in) ได้แก่ผู้ป่วยซึ่งรับโอนโดยเริ่มการรักษาและขึ้นทะเบียนจากหน่วยงานอื่นแล้ว
6. อื่นๆ (Other) ได้แก่ผู้ป่วยซึ่งไม่เข้ากับประเภทใดประเภทหนึ่ง ข้างต้น เช่น ผู้ป่วยที่เคยรักษาจากหน่วยงานเอกชนมากกว่า 4 สัปดาห์ ฯลฯ หรือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยกลับเป็นซ้ำโดยมีผลตรวจเสมหะ (Bacteriological) เป็นลบ

การรักษาผู้ป่วยวัณโรค⁽⁴⁾

การรักษาผู้ป่วยโดยใช้ระบบยาระยะสั้น (Short Course Chemotherapy) ตามแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ และตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกมีระบบยาที่ใช้รักษาอยู่ 4 ระบบ คือ

- CAT.1 2HRZE(S)/4HR สำหรับผู้ป่วยวัณโรคใหม่เสมหะบวกหรือผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมาก
- CAT.2 2SHRZE/1HRZE/5HRE ใช้กับผู้ป่วย Relapse(กลับเป็นซ้ำ), Failure(ล้มเหลว) หรือ Return after default (ขาดยาแล้วกลับมารักษา) ที่มีผลเสมหะบวก
- CAT.3 2HRZ/4HR สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเสมหะลบหรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด
- CAT.4 H alone หรือ Second line drug สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะการล้มเหลวจาก CAT.2 ร่วมด้วย

(H= Isoniazid, R= Rifampicin, Z= Pyrazinamide, S= Streptomycin, E= Ethambutol, ตัวเลขหน้าตัวย่อของชื่อยา หมายถึงจำนวนเดือนที่ต้องรับประทานยาติดต่อกัน)

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ระบบยาระยะสั้น ควรทำร่วมกับการสังเกตโดยตรง(Directly Observed Treatment, Short course : DOTS) หรือมีพี่เลี้ยงกำกับกับการรับประทานยา พี่เลี้ยงจะได้รับการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย อาจเป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติผู้ป่วย หรือผู้นำชุมชนที่เชื่อถือได้ ซึ่งพี่เลี้ยง ต้องเข้าใจในประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ระยะเวลา และขนาดของยาที่ใช้ในการรักษา
- 2) วิธีการกรอกบัตร DOTS เมื่อผู้ป่วยรับประทานยา
- 3) กำหนดการรับยาจากสถานบริการที่ให้การรักษา
- 4) การแจ้งต่อสถานบริการที่ให้การรักษาหากผู้ป่วยมีปัญหาในการรับประทานยา

การติดตามกำกับกับการรักษาผู้ป่วยวัณโรค⁽⁴⁾

1. การนัดผู้ป่วยมาตรวจ

ในระยะเข้มข้น(2 เดือนแรกของการรักษา) ควรมอบยาให้พี่เลี้ยง อาทิตย์ละ 1 ครั้ง สำหรับระยะต่อเนื่องอาจนัดผู้ป่วยมาตรวจ 1 ครั้ง / เดือน

2. สิ่งที่ต้องปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมารับยา

บันทึกข้อมูลที่สำคัญลงในบัตรบันทึกการรักษาและบัตรผู้ป่วย, ถามอาการผู้ป่วย, ตรวจร่างกายผู้ป่วย เช่น ชั่งน้ำหนัก ตรวจดูอาการเหลือง ซีด, จ่ายยาให้เพียงพอสำหรับนัดครั้งต่อไป, ตรวจสอบการรับประทานยา เช่น ถามพี่เลี้ยง ตรวจสอบยา ตรวจสอบบัตร DOTS และดูสีปัสสาวะ

3. การตรวจเสมหะเพื่อติดตามผลการรักษา

ควรตรวจเมื่อ รับประทาน 2 เดือน(หรือ 3 หรือ 4) ในเดือนที่ 5 ของการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา

4. เมื่อผู้ป่วยขาดยาเกิน 2 วันในระยะเข้มข้น หรือ 1 อาทิตย์ในระยะต่อเนื่อง

ควรเยี่ยมบ้านทันที และพยายามโน้มน้าวให้ผู้ป่วยกลับมารักษาต่อ

การประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค⁽⁴⁾

1. รักษาหายขาด(Cured) คือ ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกตอนแรก ซึ่งเมื่อรักษาครบแล้วมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย อัตราการรักษาหายขาดไม่ควรต่ำกว่า 85%

2. รักษาครบ(Completed) คือ ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกในตอนแรก และมีผลเสมหะเป็นลบเมื่อรักษาครบ ในช่วงเข้มข้น แต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา หรือ ผู้ป่วยที่มีเสมหะลบเมื่อเริ่มรักษาและรักษาครบ

3. ล้มเหลว(Failure) คือ ผู้ป่วยเสมหะบวกในตอนแรกที่มีผลเสมหะยังคงหรือกลับเป็นบวกในเดือนที่ 5 ของการรักษาหรือหลังจากนั้น หรือ ผู้ป่วยเสมหะลบในตอนแรกแต่กลับมีผลเสมหะเป็นบวกหลังจากรักษาได้ 2 เดือน อัตราล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยใหม่เสมหะพบเชื้อควรไม่เกิน 3%

4. สูญหาย(Default) ผู้ป่วยที่ขาดยานานเกิน 2 เดือนติดต่อกัน

5. ตาย(Died) ผู้ป่วยที่ตายขณะยังคงรักษาวัณโรค (ไม่คำนึงถึงสาเหตุของการตาย แต่ควรพยายามระบุถึงเหตุตายด้วย)

6. โอนออก(Transfer out) ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลของการรักษา

เนื้อหาในการอบรมงานควบคุมวัณโรคตามแนวทางใหม่⁽¹²⁾

หลักสูตรแพทย์ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค ผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ

- หลักการดำเนินงานของ DOTS
- การจัดรูปองค์กร และการควบคุมกำกับในระดับอำเภอ
- ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัย และส่งการรักษา
- บทบาทหน้าที่ของผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ
- ระเบียบรายงานต่าง ๆ ที่ต้องการ กำหนดเวลาที่จะต้องมีการส่งรายงาน และขั้นตอนในการส่งรายงานตามลำดับ

ตอนในการส่งรายงานตามลำดับ

- ความต้องการในการนิเทศงาน และการฝึกอบรมในระดับอำเภอ

หลักสูตรเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

- อาการของวัณโรค
- กลวิธีในการส่งผู้มีอาการสงสัยวัณโรคไปรับการตรวจวินิจฉัย และวิธีการเก็บ

เสมหะ

- หลักการของการดำเนินการ DOTS
- เนื้อหาและความหมายของแผ่นประวัติการรักษา
- วิธีการมารับยาของจากสถานีอนามัยของผู้ทำหน้าที่กำกับดูแล DOTS
- ช่วงเวลาที่กำหนดให้มีการตรวจเสมหะเพื่อติดตามผลการรักษา และกลวิธีในการดำเนินการ

การดำเนินการ

- การร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับอำเภอ

3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ความหมายของความรู้

Bloom⁽¹³⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธีการ กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเน้นความจำ

Good⁽¹⁴⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมไว้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมายข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎโครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เป็นต้น

วิชัย วงษ์ใหญ่⁽¹⁶⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมเบื้องต้นที่ผู้เรียนสามารถจำได้ หรือระลึกได้ โดยการมองเห็น ได้ยิน ความรู้ในขั้นนี้คือ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ คำจำกัดความ เป็นต้น

จากความหมายของความรู้ดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการระลึกได้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกต ทฤษฎี กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ แล้วรวบรวมเป็นความจำสะสมไว้ แล้วแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่เรียกเอาสิ่งที่จำได้ ออกมาให้สังเกตได้ และวัดได้

ความหมายของเจตคติ

Good⁽¹⁴⁾ กล่าวไว้ในพจนานุกรมทางการศึกษา(Dictionary of Education) ว่า เจตคติ คือ ความพร้อมที่จะแสดงออกทางใดทางหนึ่ง โดยสนับสนุนหรือต่อต้านสภาพการณ์ บุคคล หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

Rokeach⁽¹⁷⁾ กล่าวว่า เจตคติเป็นการผสมผสาน หรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบ หรือไม่ชอบ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ⁽¹⁵⁾ ให้ความหมายว่า เจตคติ เป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีแสดงออก ที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

จากความหมายต่าง ๆ ข้างต้น พอจะสรุปได้ว่าเจตคติ หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นภาพรวมของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ บุคคล หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งนั้น ๆ ในลักษณะที่สนับสนุน หรือต่อต้านการเกิดเจตคติ

ความหมายของพฤติกรรมการปฏิบัติ

พัฒน์ สุจำนงค์⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของคนที่แสดงออกมา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ⁽¹⁵⁾ ให้ความหมายว่า พฤติกรรม เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้ หรือไม่ได้ เช่นการทำงานของหัวใจ กล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์⁽¹⁹⁾ ให้ความหมายว่า พฤติกรรม คือ ปฏิกริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม ซึ่งทั้งที่มีอยู่ภายใน หรือแสดงออกมามีภายนอก

เอื้อมพร ทองกระจาย⁽²⁰⁾ ให้ความหมายว่า พฤติกรรม เป็นกิจกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่สังเกตเห็นได้ โดยพื้นฐานทางจิตวิทยามีความเชื่อว่าพฤติกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำย่อมมีสาเหตุ มีจุดมุ่งหมาย และขณะเดียวกันก็มีแรงกระตุ้นหรือแรงจูงใจให้กระทำด้วยเพื่อเป็นการสนองต่อความต้องการของมนุษย์ เมื่อมนุษย์ได้แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความต้องการหรือจุดมุ่งหมายแล้ว พฤติกรรมก็จะสิ้นสุดลง มนุษย์จะอยู่ในภาวะสมดุล(Homeostasis)

จากความหมายดังกล่าว พอที่จะสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ ปฏิกริยา หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ที่ปรากฏออกมาภายนอก และที่มีอยู่ภายใน เพื่อสนองต่อความต้องการ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

Schwartz⁽²¹⁾ ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไว้ 4 รูปแบบคือ

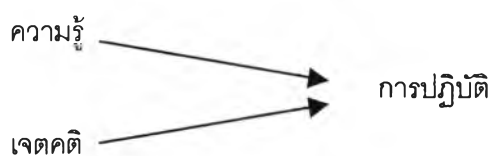
1. ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ



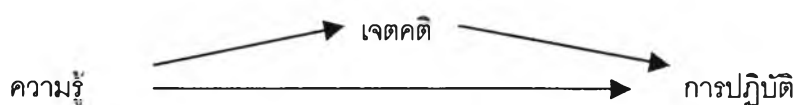
2. ความรู้กับเจตคติมีความสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



3. ความรู้และเจตคติ ต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมมีเจตคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



สรุปได้ว่า ความรู้ เจตคติ เป็นตัวทำนายพฤติกรรม การที่จะทำให้คนเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนความรู้ และเจตคติของเขาก่อน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตามกลยุทธ์ DOTS – แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ในบุคลากรสาธารณสุขนั้นมีผู้ศึกษาไว้น้อยมาก อาจจะเป็นเนื่องจาก DOTS – แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เพิ่งจะเริ่มต้นนำมาใช้ ส่วนรายงานการวิจัยอื่น ๆ ที่ใกล้เคียงกันซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้ามีรายละเอียดพอที่จะสรุปได้ดังนี้

ศิริพร วัชรารกร⁽²²⁾ ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคโดยการเก็บเสมหะส่งตรวจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ในกลุ่มที่มีอัตราการเก็บเสมหะส่งตรวจต่ำสุด จำนวน 123 คน และกลุ่มที่มีอัตราการเก็บเสมหะส่งตรวจสูงสุด 91 คน พบว่าความรู้เรื่องวัณโรค ความรู้เรื่องการเก็บเสมหะส่งตรวจ และความพึงพอใจในการเก็บเสมหะส่งตรวจ ไม่แตกต่างกันและไม่มีผลต่อการเก็บเสมหะส่งตรวจ แต่พบว่าการได้รับนโยบายด้านการควบคุมวัณโรคจากผู้บังคับบัญชา การฝึกอบรมเรื่องวัณโรค การนิเทศงานวัณโรค และการสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรค เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล

เพ็ญศรี ปัญญาตั้งสกุล และคณะ⁽²³⁾ ได้ทำการประเมินผลการฝึกอบรมหลักสูตร ผู้ประสานงานควบคุมวัณโรคระดับจังหวัด เพื่อรองรับงานวัณโรคตามแนวทางใหม่ประเทศไทย ในผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 122 คน ซึ่งเข้ารับการอบรมระหว่างปีงบประมาณ 2540 – 2541 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนการอบรม และหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ประสิทธิภาพการทำงานด้านวัณโรค และ ระดับการศึกษาของผู้เข้ารับการอบรมไม่มีผลต่อความรู้ภายหลังการอบรม ($p > 0.05$) แต่พบว่าการเข้ารับการอบรมในแต่ละรุ่น ประวัติการได้รับการอบรมตามแนวทางใหม่(DOTS) มีผลต่อความรู้ภายหลังการอบรม($p < 0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าควรมีการจัดการอบรมซ้ำ จะช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น

DeRiemer K. Daley CL. และ Reingold⁽²⁴⁾ ได้ศึกษาความรู้ และการปฏิบัติของแพทย์ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV โดยสำรวจความรู้ของแพทย์ใน San Francisco 630 คน ที่ให้การรักษวัณโรคในผู้ติดเชื้อ HIV ผลการศึกษาพบว่า มีแพทย์ ร้อยละ 56 ที่ให้การรักษผู้ติดเชื้อ HIV ที่ตอบแบบสอบถาม ในจำนวนนี้ ร้อยละ 34 เคยเห็นแนวทางปัจจุบันสำหรับการป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 65 เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ร้อยละ 39 เคยทดสอบทูเบอร์คูลิน แก่ผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไม่เคยมีประวัติว่าติดเชื้อวัณโรคมาก่อน นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์เฉพาะทางและประสบการณ์ที่มีต่อผู้ติดเชื้อ HIV ไม่มีความสัมพันธ์กัน ประสบการณ์เป็นตัวทำนายความรู้และ

การปฏิบัติได้ดีกว่า แพทย์หลายคนไม่ทราบมาตรฐานการป้องกันโรคในผู้ติดเชื้อ HIV ถึงแม้ว่าจะอยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของโรค และ HIV สูงก็ตาม

Messmer PR. และคณะ⁽²⁵⁾ ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของพยาบาลต่อผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อประเมินโปรแกรมการศึกษาว่าสามารถพัฒนา เจตคติ ระดับความรู้ และความร่วมมือของพยาบาล ต่อการใช้มาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อโรค ในผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค โดยการสำรวจความรู้และเจตคติของพยาบาลประจำการกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ผู้วิจัยสังเกตอย่างมีส่วนร่วมถึงการดำเนินการตามมาตรฐานการควบคุมโรคทั้งก่อนและหลังทดลอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .001$ ซึ่งไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการศึกษา กลุ่มทดลองมีการพัฒนาด้านการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < .05$ ซึ่งสังเกตได้จากการแยกใช้เครื่องช่วยหายใจ และการใช้เครื่องป้องกันอันตราย อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับเอดส์ เจตคติ หรือความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยยังเพิ่มขึ้นไม่ชัดเจนนัก