

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 ความร่วมมือในการรักษาและความสำคัญของความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง
- 2.2 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความร่วมมือในการรักษาและความสำคัญของความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง

2.1.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา

Dracup และ Meleis (1982) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่จะปฏิบัติให้สอดคล้องกับแบบแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ

Hens (อ้างถึงใน Klinger , 1984) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจงไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

McCord (1986) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า หมายถึง การที่บุคคลเห็นพ้องกับคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ในเรื่องพฤติกรรมต่างๆ เช่น การใช้ยา การควบคุมอาหาร และการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง จึงหมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ ซึ่งการปฏิบัตินั้นจะต้องถูกต้องในเรื่องของการรับประทานยา การหยอดยา และการมาตรวจตามนัด

2.1.2 ความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา

โรคต้อหินชนิดเรื้อรัง เกิดจากความผิดปกติของการไหลออกของน้ำหล่อลูกตา (aqueous humor) บริเวณ trabecular meshwork และ Schlem's canal ไม่สะดวกจึงทำให้ความดันในลูกตาสูงขึ้น สาเหตุของการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าความเสื่อมของร่างกายจะทำให้เกิดพยาธิสภาพของมุมม่านตา (trabecular meshwork) เกิด Fibrosis อุดกั้นการไหลเวียนของน้ำหล่อลูกตา (aqueous humor) หรือเกิดการสร้างน้ำหล่อลูกตามากกว่าปกติ ความดันในลูกตาจึงสูง อาการที่พบผู้ป่วยมักไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ปวดลูกตา ปวดศีรษะ เนื่องจากความดันลูกตาจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ผู้ป่วยมักไม่ค่อยทราบความผิดปกติจนกระทั่งตามัวมากแล้ว (Leske, 1983)

วัตถุประสงค์หลักของการรักษา คือ การลดระดับความดันในลูกตาและส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปยังขั้วประสาทตา (John and Andrew, 1990) การรักษามี 3 แนวทาง คือ การรักษาโดยการใส่ยา การรักษาโดยใช้แสงเลเซอร์ การรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งการรักษาโดยการใส่ยาจะเป็นการรักษาอันดับแรกก่อนซึ่งไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก และแพทย์จะพิจารณาใช้ก่อนวิธีอื่นและไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก เพราะเป็นการรักษาที่ได้ผลดีในการควบคุมความดันในลูกตา แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการรักษา โดยใส่ยาอย่างสม่ำเสมอ และไปรับการตรวจตามแพทย์นัด เพื่อประเมินผลการรักษาและปรับขนาดของยา ให้สามารถควบคุมระดับความดันในลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการใส่ยาในขนาดสูงสุดที่ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (Maximum tolerate medical therapy) แล้ว แต่ความดันในลูกตายังไม่ลด และมีการเสื่อมของขั้วประสาทตาและสูญเสียลานสายตามากขึ้น จักษุแพทย์จะพิจารณาการรักษาวิธีอื่น เช่น การใช้แสงเลเซอร์ หรือการทำการผ่าตัด ซึ่งภายหลังการรักษาทั้งสองวิธีนี้ยังมียาผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ยา เช่นเดียวกับก่อนได้รับการรักษาโดยใช้แสงเลเซอร์ หรือการทำการผ่าตัด (Tumulty and Resler, 1985) จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมีความสำคัญมาก จากการศึกษาวิจัยพบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยโรคต้อหินสูญเสียการมองเห็นหรือตาบอดได้ (Ashburn, 1980)

ความไม่ร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียลานสายตา เช่น ในผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง มีการใช้ยาหยอดในปริมาณที่สูงเฉพาะในวันก่อนหน้าที่จะมาพบแพทย์ (Kass, 1982 อ้างถึงใน Goldberg, 1996) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดระดับความดันในลูกตาจะพบว่าอยู่ในระดับที่ปลอดภัย จึงได้รับการรักษาเหมือนเดิมทั้งๆ ที่ขนาดของยาที่แพทย์ให้นั้นอาจไม่เพียงพอ (Zimmerman and Zalta, 1983) ดังนั้น ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสนี้

จะได้รับอันตรายจากผลข้างเคียงของยา ทั้งจากการใช้ยาในปริมาณที่มากเกินไป หรือจากการไม่สามารถควบคุมความดันในลูกตาด้วยการใช้ยาได้ ในที่สุดผู้ป่วยจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาโดยวิธีการรักษาวิธีอื่น หรือต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Kass , 1982 อ้างถึงใน Goldberg , 1996)

2.1.3 ประเภทของความไม่ร่วมมือในการรักษา

Goldberg (1996) ได้จำแนกพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการให้ยา (Medical therapy) พบพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา จำแนกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

2.1.3.1 มีความล้มเหลวในการใช้ยา (Failure to take medications) การใช้ยาไม่ตรงตามเวลา ไม่ได้ตามขนาดที่กำหนด ได้ไม่ครบตามเวลาที่กำหนด และมีรูปแบบการใช้ยาด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยที่มีการรักษาโดยการให้ยาหยอดตา

2.1.3.2.มีการใช้ยาในปริมาณที่มากกว่าที่กำหนดให้(Excessive use of medications) ผู้ป่วยบางรายมีความคาดหวังว่า ประสิทธิภาพของยาจะเพิ่มมากขึ้นถ้ามีการใช้ในปริมาณมาก ๆ หรือมีจำนวนครั้งในการใช้ยามากกว่าที่แพทย์กำหนดไว้

2.1.3.3 มีการใช้ยาด้วยตนเอง ด้วยเหตุผลที่ไม่ถูกต้อง (Self-administration of a medication for the wrong reason) พบในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาหลาย ๆ ชนิด จะทำให้ผู้ป่วยสับสนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการใช้ยาแต่ละตัว ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเพิ่มขนาดของยาปฏิชีวนะเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ

2.1.3.4 มีการใช้ยาด้วยตนเอง โดยไม่มีคำสั่งการรักษาจากแพทย์ (Self-administration of nonprescribed medication) ผู้ป่วยจัดหาด้วยตนเองก่อนรับการตรวจรักษา หรือปรึกษาแพทย์ โดยอาจได้รับยาจากเพื่อนที่ผู้ป่วยคิดว่ามีอาการของโรคคล้ายคลึงกัน

2.1.3.5 มีการใช้ยาไม่ตรงตามเวลา หรือไม่เป็นไปตามจำนวนครั้งที่กำหนดไว้ในแผนการรักษา (Improper timing or sequencing of drug administration) พบในกรณีที่แผนการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องมีการใช้ยาหลายชนิด และมีจำนวนครั้งในการใช้ยาในแต่ละวันหลายครั้ง ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารการใช้ยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาได้

2.1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความไม่ร่วมมือในการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งจำแนกได้เป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ลักษณะของโรคที่เป็น ข้อกำหนดในการรักษา สัมพันธภาพระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.4.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (The patients)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการไม่มาตรวจตามนัด ได้แก่ ความไม่พอใจกับแผนการรักษาที่ได้รับ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ซึ่งมีรายงานการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะไม่สามารถอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นอยู่ได้ (Speaeth, 1972 อ้างถึงใน Goldberg, 1996) ในขณะที่ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ดังการศึกษาในผู้ป่วยโรคคอตีบที่มารับการรักษาที่คลินิกคอตีบที่ทราบว่าโรคคอตีบมีความสัมพันธ์กับระดับความดันในลูกตา และโรคคอตีบเป็นสาเหตุที่ทำให้ตาบอดได้ จะหยอดยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อที่จะป้องกันการเกิดตาบอด (Vincent, 1971)

2.1.4.2 ลักษณะของโรคที่เป็นอยู่ (The disease)

ลักษณะของโรคที่ก่อให้เกิดอาการรุนแรงหรือก่อให้เกิดความพิการ มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา แต่โรคเรื้อรังเช่นโรคคอตีบชนิดเรื้อรังไม่ปรากฏความผิดปกติที่เด่นชัด ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Zimmerman and Zalta, 1983) จนกระทั่งในระยะต่อมาเกิดความผิดปกติที่บ่งชี้ถึงความพิการ เช่น มีการสูญเสียลานสายตาเพิ่มมากขึ้น และความสามารถในการมองเห็นลดลง ผู้ป่วยจึงกลับมาให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น

2.1.4.3 ข้อกำหนดในการรักษา (The medical regimen)

ข้อกำหนดในการรักษาที่ยุกยากซับซ้อน เช่น มีการใช้ยาจำนวนมาก และใช้หลายครั้งในแต่ละวัน ซึ่งบางครั้งอาจมากจนรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Ashburn, 1980; Zimmerman and Zalta, 1983) เช่น รายงานการศึกษาของ Mackean และ Elkington (1983) ซึ่งได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรังและพบว่าผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษา เนื่องจากหมดความอดทนที่จะใช้ยาต่อไปเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของยา นอกจากนี้ ระยะเวลาในการรักษา ยังมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยมักจะพึงพอใจในการรักษาที่ต้องใช้ยาเพียงระยะเวลาสั้นๆ เมื่อใดก็ตามที่การรักษายาวนานออกไปโดยไม่มียาที่กำหนดแน่นอน ก็จะก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา (Davidson, 1972 อ้างถึงใน Goldberg, 1996)

2.1.4.4 สัมพันธภาพระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้ป่วย (The doctor-patients relationship)

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ จะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยที่รับรู้แพทย์ผู้ทำการรักษาให้การต้อนรับอย่างอบอุ่น ด้วยความสนิทสนมเป็นกันเอง ให้ความสนใจในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย จะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ผู้ให้การรักษา (Bloch , 1977)

นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้เวลารอคอยแพทย์นาน การมาพบแพทย์ในแต่ละครั้งไม่ได้พบแพทย์คนเดิม และรอคอยในการรับยานาน เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2.1.5 การประเมินความร่วมมือในการรักษา

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยา มีวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาหลายวิธี ดังนี้ (Eraker , 1984)

2.1.5.1 ประเมินจากการมารับยาและตรวจตามนัด เป็นวิธีที่ง่ายในการประเมินโดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับยาและตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับยาและตรวจรักษาตามนัด เป็นผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2.1.5.2 ประเมินจากการวัดระดับยาในร่างกายผู้ป่วย ทำได้โดยการตรวจระดับยาในปัสสาวะ หรือในเลือด แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณเท่าใด ครอบคลุมแผนการรักษาหรือไม่ และมีความยุ่งยากสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการวัด

2.1.5.3 ประเมินจากคำบอกเล่าโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อดีของวิธีนี้ก็คือสามารถศึกษาได้ข้อมูลอย่างละเอียดลึกซึ้ง แต่มีจุดอ่อน คือ อาจไม่ได้ข้อมูลตามจริง ในกรณีที่ผู้ป่วยลืมหรือกลัวที่จะบอกความจริง แต่ก็อาจแก้ไขได้โดยการปรับปรุงความเที่ยงตรงของการสัมภาษณ์ และใช้คำถามที่เฉพาะเจาะจงที่ไม่แสดงคำพูดหรือท่าทางให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นการจับผิด

2.1.5.4 ประเมินจากการนับจำนวนเม็ดยา โดยการให้ยาแก่ผู้ป่วยในจำนวนที่แน่นอน แล้วนับจำนวนที่เหลือหลังจากที่ให้ยาผู้ป่วยไปแล้วระยะหนึ่ง ถ้าพบว่ามีมากกว่าที่ควรจะเป็น แสดงว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แต่ก็มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจจะนำยาไปทิ้งหรือซ่อนไว้ หรือให้ผู้อื่นรับประทานยาของตนเอง

2.1.5.5 ประเมินจากการบันทึกการใช้ยา เป็นวิธีประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยการให้ผู้ป่วยบันทึกการใช้ยาของตนเอง แล้วประเมินความร่วมมือในการรักษาจากการบันทึก

นั้น วิธีนี้เป็นวิธีที่ดีในกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะยอมตาม และมีส่วนร่วมในการรักษาอยู่แล้ว แต่ก็อาจมีข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ป่วยบันทึกไม่ถูกต้อง

2.1.5.6 ประเมินจากผลการรักษา โดยพิจารณาจากผลการรักษาว่าได้ผลดีหรือไม่เพียงใด รวมทั้งการพิจารณาว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ วิธีนี้อาจจะไม่เที่ยงตรงนักเนื่องจากอาจมีปัจจัยอื่นอีกหลายอย่างที่มีผลต่อการรักษานอกเหนือไปจากความร่วมมือในการรักษา

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงพฤติกรรมการหยอดยา และวิธีการประเมินจากความสม่ำเสมอของการมาตรวจตามนัด โดยศึกษาจากการรายงานประวัติของผู้ป่วย ถ้าหากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นไปในทางที่สอดคล้องกับแผนการรักษาซึ่งมีพฤติกรรมการหยอดยาที่ถูกต้องและมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แสดงว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา แสดงว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

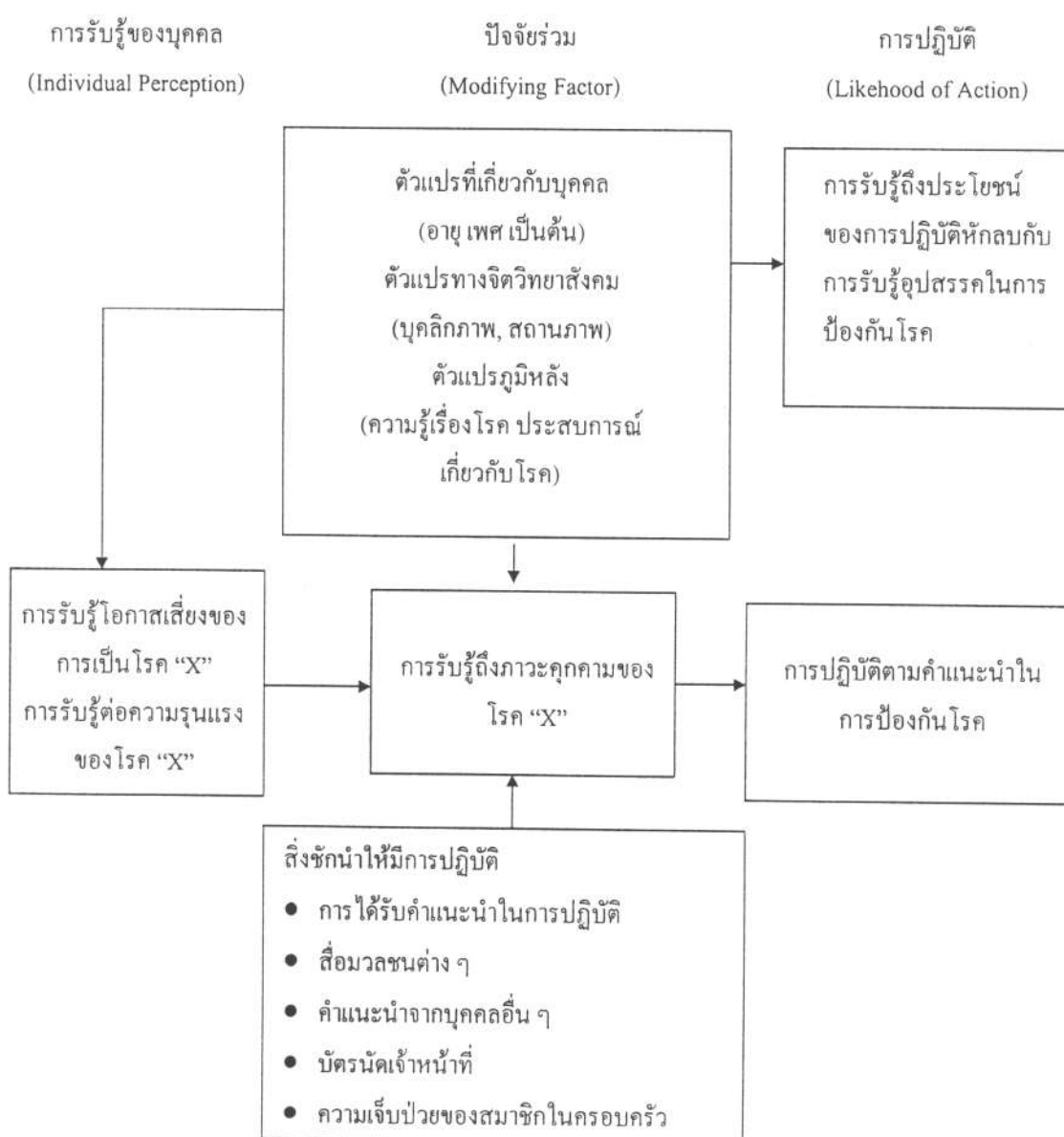
จากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยทางจิตสังคมซึ่งแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเป็นแบบจำลองที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุดแบบหนึ่งโดยการนำตัวแปรทางจิตสังคมมาอธิบายความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น เพื่อให้การศึกษามีปรากฏการณ์ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังเป็นไปอย่างมีระบบระเบียบและครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ผู้วิจัยจึงได้เลือกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังจะกล่าวโดยละเอียดในหัวข้อต่อไป

2.2 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคม คือ Hochbaum , Kegeles , Leventhal และ Rosenstock พื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสถาน (Field theory) และทฤษฎีแรงจูงใจของ Kurt Lewin ต่อมา Rosenstock (1966 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ , 2532) ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาดัดแปลงและเผยแพร่ โดย Rosenstock เชื่อว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อดังต่อไปนี้ คือ 1) เชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น 2) เชื่อว่าเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรงและกระทบต่อวิถีการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน และ 3) เชื่อว่าพฤติกรรมที่เขาจะกระทำมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ โดยที่การกระทำนั้นจะต้องไม่เกิดผลเสียหรือผลลบต่อเขา เช่นความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด ความอาย หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงเกินไป (Rosenstock, 1974)

นอกจากนี้ในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น ยังประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ที่เป็นสิ่งชักนำให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และตัวแปรทางด้านประชากร ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพดังกล่าวมีส่วนประกอบสำคัญ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1



แผนภูมิที่ 2.1 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
(Becker, 1974)

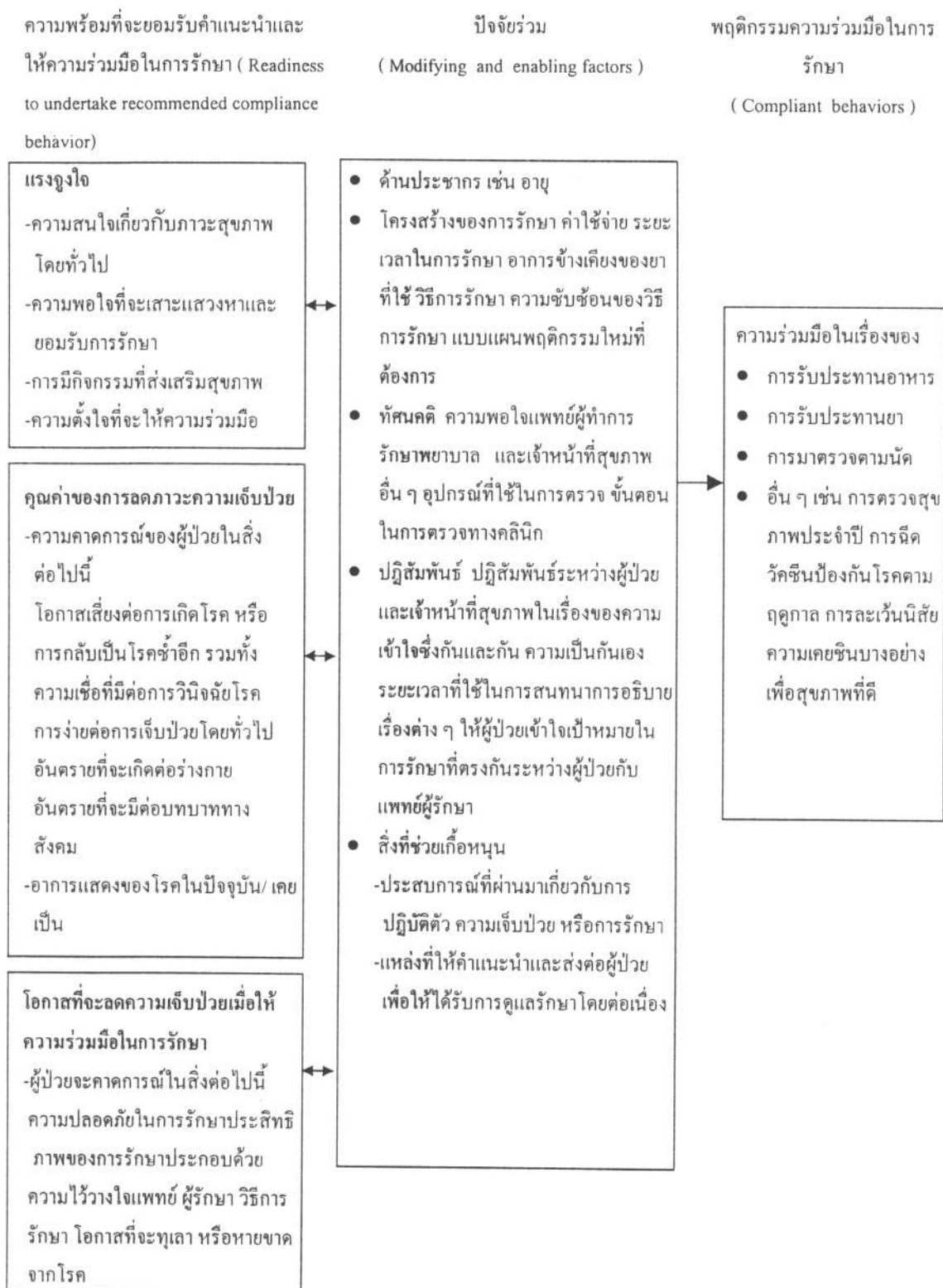
เนื่องจากแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ในระยะแรกใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล เฉพาะในเรื่องการป้องกันโรคเท่านั้น Karl และ Cobb (1966) จึงได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้ 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Behaviors) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behaviors) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นั้น มีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้นได้ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น

เมื่อแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้ระยะเวลาหนึ่ง ได้มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านที่พยายามศึกษาวิจัยและได้เสนอแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป แต่ผลการวิจัยที่ได้ก็ยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และบางครั้งผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน Becker จึงได้พัฒนาปรับปรุงแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นใหม่เพิ่มเติมจากที่ Rosenstock ได้ศึกษาไว้ โดยเพิ่มตัวแปรและอธิบายตัวแปรเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมในด้านต่างๆ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.2



แผนภูมิที่ 2.2 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Becker and Maiman ,1975 : 13 - 20)

จากแผนภูมิที่ 2.2 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. ตัวแปรที่แสดงถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1.1 แรงจูงใจ (Motivation) เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือความแตกต่างของอารมณ์ของผู้ป่วยอันมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่แตกต่างกัน เช่น ข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ โดยแรงจูงใจนี้จะทำให้เกิดความตระหนัก หรือความสนใจต่อสุขภาพโดยทั่วไป ความพอใจที่จะเสาะแสวงหา และความพร้อมที่จะยอมรับการรักษา ความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจร่วมกับการรับรู้ด้านต่าง ๆ และปัจจัยร่วมจะมีส่วนผลักดันให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้

1.2 การรับรู้ถึงคุณค่าของการลดภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ดังมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโอกาสในการกลับเป็นโรคซ้ำอีก หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และความง่ายที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ

1.2.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

เป็นการรับรู้ หรือความเชื่อที่ผู้ป่วยประเมินเองถึงผลกระทบของโรคที่มีอันตรายต่อร่างกายทำให้ไม่สุขสบาย ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน และอันตรายที่เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากการประเมินด้วยตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นอาจเป็นความวิตกกังวลของผู้ป่วยมากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา คือแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ถ้าไม่มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรง ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย และมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

1.3 การรับรู้ถึงโอกาสที่จะลดภาวะความเจ็บป่วยจากการให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (Perceived benefits) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อความปลอดภัยในการรักษา และประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วยความไว้วางใจแพทย์ผู้ทำการรักษา วิธีการรักษา หรือโอกาสที่จะทุเลา หรือหายขาดจากโรค

นอกจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นที่เป็นตัวแปรที่อธิบายถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติแล้ว ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมที่ปฏิบัติ นั่นคือ ปัจจัยที่สนับสนุน หรือเอื้ออำนวยในการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแผนการรักษา มีรายละเอียดดังนี้คือ

2. ปัจจัยร่วมและสนับสนุน (Modifying and enabling factors)

เป็นปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่

2.1 ด้านประชากร (Demographic) เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา เช่น การศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่าเพศหญิงมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปและไปรับการตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย (Cockerham , 1982)

2.2 ด้านโครงสร้างการรักษา (Structural) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความต้องการเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา ความซับซ้อนของวิธีการรักษา อาการข้างเคียงของยาที่ใช้

2.3 ด้านทัศนคติ (Attitudes) เป็นความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา ได้แก่ ความพึงพอใจต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ความพอใจต่อขั้นตอนการมารับบริการ ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา

2.4 ด้านปฏิสัมพันธ์ (Interaction) เป็นลักษณะ ชนิด และความสม่ำเสมอของปฏิสัมพันธ์ ตลอดจนความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความเป็นกันเอง และวิธีการอธิบายเรื่องราวต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจเป้าหมายในการรักษาให้ตรงกัน

2.5 ด้านการสนับสนุน (Enabling) เป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจแนวทางปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ซึ่งได้แก่ ประสพการณ์ต่าง ๆ จากการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยหรือจากแผนการรักษา รวมทั้งแหล่งที่ให้คำแนะนำ และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ เพศ การสนับสนุนจากกลุ่มสมรส ความซับซ้อนของการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของยาที่ได้รับ และความพึงพอใจต่อการให้บริการ ร่วมในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ในครั้งนี้

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมที่ใช้ตัวแปรในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคข้อหินชนิดเรื้อรังมาก่อน มีเพียงการศึกษาที่ใกล้เคียงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 การศึกษาวิจัยในประเทศ

พวงพยอม การภิญโญ (2526) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จากจำนวนผู้ป่วย 120 คน ที่มีระยะเวลาการรักษาอย่างน้อย 1 ปี โดยผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจากข้อมูล 4 อย่างคือ 1) ข้อมูลการรับประทานยา 2) ข้อมูลการติดตามการรักษา 3) ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า 4) ข้อมูลการควบคุมน้ำหนัก ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการรักษาโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ในรายละเอียดเป็นรายคู่ กลับพบว่า มีความสัมพันธ์เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเพียงบางคู่เท่านั้น เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหาร แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอื่น อาทิ การควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น รวมทั้งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา กับความร่วมมือในการรักษารายข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยได้เสนอแนวคิดว่า น่าจะมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ความพร้อม หรือความพึงพอใจของผู้ป่วย ความตั้งใจและความพยายาม เป็นต้น

ดวงกมล อัครอนุสรณ์ (2527) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษา แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารัตน์ จากจำนวนผู้ป่วย 150 คน ที่มีระยะเวลาการรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี โดยผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจากข้อมูล 6 อย่าง คือ 1) การควบคุมอาหาร 2) การใช้อาหารเบาหวาน 3) การออกกำลังกาย 4) การดูแลเท้า 5) การรักษาสุขภาพทั่วไป 6) ความสม่ำเสมอของการมา



พบแพทย์ตามนัด ส่วนแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพนั้น ผู้วิจัยประเมินจากแบบวัดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ของพวงพยอม การภิญโญ และแบบวัดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งดัดแปลงโดย Given และคณะ ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเอง สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.01)

สุภาพ ไบแก้ว (2528) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 100 คน ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจากข้อมูล 1) การรับประทานอาหาร รวมถึงการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ 2) การรับประทานยา 3) การออกกำลังกาย 4) การพักผ่อน 5) การควบคุมน้ำหนัก 6) การมาตรวจตามนัด ส่วนแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพนั้น ผู้วิจัยประเมินจากแบบวัดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงและเรียบเรียงจากแบบวัดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของ Maiman และคณะ ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.5) ส่วนแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน ปัจจัยร่วม และความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยส่วนรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) นอกจากนี้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เป็นโรคต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า มีความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษามาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรักษาจากข้อมูล 1) การออกกำลังกาย 2) การรับประทานยา 3) การงดสูบบุหรี่ 4) การรับประทานอาหาร ส่วนแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประเมินจากแบบวัดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของ Hijack ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ ทั้ง 5 ด้านคือ การรับรู้

ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ปัจจัยร่วม และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (0.01) ส่วนความเชื่อการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

ภิรมย์ลักษณ์ มีสัจยานันท์ (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มารับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ณ ศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา จำนวน 92 คน ผู้วิจัยได้นำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมาเป็นแนวคิดในการอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ในส่วนของพฤติกรรมการรับประทานยา ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ ความพึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (0.05) ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา

พิรพร ดวงแก้ว (2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มารับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ณ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 146 คน ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรักษาจากข้อมูล 1) พฤติกรรมการรับประทานยา 2) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 3) การมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด ส่วนแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประเมินจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวคิดของ Becker เป็นพื้นฐาน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.001) การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการมารับยาและมาตรวจตามนัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.001) การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจต่อการให้บริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยา การมารับยาและมาตรวจตามแพทย์นัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.001)

จากการศึกษาดังกล่าว มีข้อสรุปที่คล้ายกันว่า แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ส่วนองค์ประกอบย่อยของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพนั้น พบทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และ วัณโรคปอด

2.3.2 การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ

Becker et al., (1977) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษา โดยการดูแลให้บุตรรับประทานยาโรคหอบหืดในมารดาที่บุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลฮอบกินส์ จำนวน 111 ราย โดยประเมินความร่วมมือในการรักษาจากบันทึกการใช้ยาด้วยตนเอง กับการตรวจเลือด ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการรับประทานยา การรับรู้ผลเสียของการรับประทานยา ต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาจากบันทึกการใช้ยาด้วยตนเอง กับการตรวจเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) และพบว่า ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสของมารดา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Becker et al., (1977) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาตามโปรแกรมลดความอ้วนในมารดาที่บุตรมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเด็ก จำนวน 111 ราย โดยผลของความร่วมมือในการรักษานั้น จะวัดจากน้ำหนักที่ลดลง และการมาตามนัดหมายของคลินิกทุกครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของโปรแกรมลดความอ้วน การรับรู้อุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรมลดความอ้วน และแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วนและแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการมาตามนัดหมายของคลินิกทุกครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุของบุตรและสถานภาพสมรสของมารดา มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

Kirscht และ Rosenstock (1977) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 ราย โดยทำการประเมินความร่วมมือในการรักษา 3 ด้านคือ บันทึกการรับประทานยาของตนเอง (Self reported medication) บันทึกการรับประทานอาหารของตนเอง (Self reported diet) และบันทึกการมารับยา (Pharmacy record) ปัจจัยที่ทำการศึกษาคือ แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ร่วมกับบันทึกของผู้ป่วยและรายงานประวัติของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบันทึกการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) แต่มีความสัมพันธ์กับบันทึกการมารับยา และบันทึกการรับประทานอาหารอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบันทึกการรับประทานยา และบันทึกการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) แต่มีความสัมพันธ์กับบันทึกการมารับยา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ มีความสัมพันธ์กับการบันทึกการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับการบันทึกการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

Catanzaro และ Dai (1987) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาในการดูแลรักษาสุขภาพผิวของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต และได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งชาติไต้หวัน จำนวน 20 คน แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ประเมินโดยแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ การรับรู้ความรุนแรงของแผลกดทับ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลรักษาสุขภาพผิว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในการดูแลรักษาสุขภาพผิว และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลรักษาสุขภาพผิว มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความร่วมมือในการรักษาในการดูแลรักษาสุขภาพผิว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.01)

Kison (1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นตัวแปรในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจ พร้อมกับศึกษาระดับของความร่วมมือในการรักษาในเรื่องของ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การรับประทานยา 4) การหลีกเลี่ยงจากความเครียด และ 5) การงดสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ จำนวน 33 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าการมาตรวจตามนัดให้ประโยชน์มากกว่าเป็นอุปสรรค จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.01) สำหรับการเปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการรักษานั้น พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาในเรื่องการรับประทานยา อยู่ในระดับสูงสุดถึงร้อยละ 76 โดยผู้วิจัยอธิบายผลไว้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อในประสิทธิภาพของยาที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยของเขาได้ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาในเรื่องของการงดสูบบุหรี่น้อยที่สุด เพียงร้อยละ 7.2 และผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ จะมีการรับรู้ว่าการมาตรวจตามนัดเป็นอุปสรรคมากกว่าประโยชน์จากการมาตรวจตามนัด

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่า ได้มีการนำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในภาพรวม สรุปได้ว่าปัจจัยทางจิตสังคมโดยใช้กรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายย่อยในแต่ละด้าน ผลการศึกษาในผู้ป่วยแต่ละโรคจะมีความแตกต่างกันไป ซึ่งมีทั้งพบความสัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กัน เนื่องจากโรคเรื้อรังในแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรัง โดยตัวแปรที่ผู้วิจัยเลือกนำมาศึกษาในครั้งนี้ ประยุกต์มาจากแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ปรับปรุงโดย Becker (1975) ตัวแปรมีดังนี้ คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรังในครั้งนี้ได้ ผลการวิจัยที่ได้นี้ผู้วิจัยเชื่อว่าจะสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาให้กับผู้ป่วยต่อไป ส่วนในการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา จะมีการประเมินแตกต่างกันไปตามแผนการรักษาที่มีความจำเป็นสำหรับในแต่ละโรค ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษา โดยใช้พฤติกรรมการหยอดยาและการมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับการรักษาโรคคอตีบชนิดเรื้อรัง