

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเห็นมา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคและการรักษาที่ต้องใช้เวลาแรมปี อีกทั้งทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากมาย ถึงแม้ว่า ปัจจุบันจะมียารักษาวัณโรคหลายขนาน และมีวิธีป้องกันที่ได้ผลดี แต่วัณโรคก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางการสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่ยากจนหรือประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งการบริการสาธารณสุขยังไม่ทั่วถึงประชาชนในชุมชนแออัดและประชาชนในชนบท จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2528 กล่าวว่า มีผู้ป่วยใหม่ในระยะติดต่อประมาณ 4.5 ล้านรายต่อปี ส่วนมากพบในประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (บัญญัติ, 2523) ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ยังมีปัญหาในการควบคุมและป้องกันวัณโรค จากสถิติสาเหตุการตายในประเทศไทย 10 อันดับแรก วัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดต่อ โดยมีอัตราการตายจากวัณโรคปอด 8.1, 7.5 , 6.8 และ 6.3 ต่อแสนประชากรใน ปี พ.ศ. 2531, 2532 , 2533 และ 2534 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการตายจากวัณโรคปอด 10.5, 10.0, 8.4 และ 6.8 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2531, 2532, 2533 และ 2534 ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข, 2534) และในปี พ.ศ. 2534 กองระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 20,036 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 35.4 ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 262 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ 1.2 นอกจากนี้ จากข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับวัณโรคว่า วัณโรคจะไม่เป็นปัญหาการสาธารณสุขของประเทศใด ๆ ก็ต่อเมื่ออัตราการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มอายุ 0-14 ปี ต้องไม่เกินร้อยละ 2 แต่อัตราการติดเชื้อของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2534 พบอัตราป่วยในกลุ่มอายุ 0-4 ปี มีอัตรา 5.0 ต่อแสนประชากร อายุ 5-9 ปี มีอัตรา 4.3 ต่อแสนประชากร และอายุ 10-14 ปี มีอัตรา 3.6 ต่อแสนประชากร (กองระบาดวิทยา, 2534) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึง 2 เท่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคจากเสมหะโดยการตรวจจากกล้องจุลทรรศน์ จะทำให้เกิดการติดต่อของโรคได้สูงมาก โดยพบว่า

ผู้ป่วย 1 คน จะทำให้เกิดการติดต่อไปยังบุคคลรอบข้างได้ 10-14 คน ภายในเวลา 1 ปี (สมพงษ์และคณะ, 2536) คนที่ติดเชื้อวัณโรคแล้วจะค่อย ๆ ทะขอยกันเป็นวัณโรคขึ้นมาเรื่อย ๆ ทุกปี ประมาณ 5 % ของผู้ที่ติดเชื้อจะเป็นวัณโรคใน 2-3 ปี แรกหลังติดเชื้อ อีก 5 % จะเป็นวัณโรคหลังจากนั้น จะเห็นว่าทุก ๆ ปีจะมีผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้นใหม่เสมอ ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะทุ่มเทงบประมาณในด้านการค้นหาผู้ป่วย และในด้านการรักษามากมายเพียงใด วัณโรคก็ยังไม่หมดไปในระยะเวลานาน (วัลลภและคณะ, 2535) นอกจากนี้ผู้ที่ติดเชื้อที่เหลืออีก 90 % จะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย สามารถกักขัง หรือจำกัดบริเวณของเชื้อวัณโรคไว้ได้ ทำให้ไม่สามารถเพิ่มจำนวนและแพร่กระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ เชื้อวัณโรคจำนวนหนึ่งจะอยู่ในสภาวะคล้ายกับนอนหลับ หรือจำศีลอยู่ในร่างกายของผู้ติดเชื้อนั้น ทำให้เกิดภาวะสมดุลขึ้นระหว่างภูมิคุ้มกันของร่างกายกับเชื้อวัณโรค ผู้ติดเชื้อจึงไม่รู้สึกรู้ว่ามีการผิดปกติใด ๆ แต่ในปัจจุบันนี้ สภาวะสมดุลระหว่างภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์กับเชื้อวัณโรคได้ถูกทำให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม เนื่องจากเชื้อโรคเอดส์แพร่ระบาดอย่างกว้างขวางไปทั่วโลก ซึ่งทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง การติดเชื้อโรคเอดส์จะทำให้ผู้ที่เคยติดเชื้อวัณโรคอยู่เดิม เปลี่ยนไปเป็นผู้ป่วยวัณโรคมากขึ้น และผู้ที่ได้รับเชื้อวัณโรคเข้าไปใหม่ก็จะล้มป่วยเป็นวัณโรคได้เร็วขึ้น บ่อยขึ้นและรุนแรงมากขึ้นจึงทำให้มีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในชุมชนกว้างขึ้น และในที่สุดคนปกติทั่ว ๆ ไป ก็จะมีโอกาสได้รับเชื้อ ติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคมากขึ้นไปด้วยเช่นกัน (กองวัณโรค, มปป.) ข้อมูลดังกล่าวได้ชี้ให้เห็นว่า วัณโรคปอดยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย การลดปัญหาของโรคนี้จำเป็นต้องตัดวงจรของการแพร่เชื้อลงในพื้นที่ไหนใด ซึ่งกลวิธีที่ดีที่สุดคือการรักษา โดยจะตัดวงจรการแพร่เชื้อ ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคไม่แพร่เชื้อในชุมชนต่อไป ซึ่งผลการรักษาจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการให้ยารักษาวัณโรคที่ถูกต้องและความร่วมมือของผู้ป่วย โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ปัจจุบันการรักษาวัณโรคผู้ป่วยไม่ต้องการรักษาตัวในโรงพยาบาล ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ไอเป็นเลือดจำนวนมากและบ่อย ๆ มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง และวัณโรคระยะแพร่กระจาย (Miliary T.B.) ซึ่งการรักษาแบบผู้ป่วยนอกนี้มีข้อดี คือ ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นทางด้านจิตใจ จากการที่ได้อยู่กับครอบครัว ซึ่งการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวจะทำให้การเจ็บป่วยนั้นเข้าสู่สภาวะปกติโดยเร็ว สำหรับโอกาสแพร่เชื้อในผู้สัมผัสในครอบครัวมีพอ ๆ กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากการแพร่เชื้อเกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นวัณโรคปอดเรียบร้อยแล้ว แต่การรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการใช้

ยาด้วยตนเอง บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถติดตามไปควบคุมการรับประทานยาอย่างใกล้ชิดได้ ทำให้มีโอกาสดูผู้ป่วยจะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาได้มาก รวมทั้งไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในด้านอื่น ๆ ด้วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้การรักษาไม่ได้ผล โรคไม่หายขาดกลับเป็นขึ้นมาใหม่ และเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะดื้อยาได้ ทั้งยังเป็นแหล่งในการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิดและชุมชนโดยไม่รู้ตัว ทำให้การควบคุมโรคเป็นไปได้ยากในผู้ป่วยที่โรคกลับเป็นขึ้นมาใหม่ เมื่อทำการรักษาซ้ำ ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าการรักษาครั้งแรกอย่างมากมาย การรักษาที่ยั่งยืนยากกว่าและผลการรักษาซ้ำได้ผลการรักษาไม่ดีหรืออาจจะไม่ได้ผลเลย ปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าว จะส่งผลให้วัณโรคเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของชาติต่อไปไม่มีวันสิ้นสุด (ประกิจและคณะ, 2528)

โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการสาธารณสุข ที่ใกล้ชิดกับประชาชน โดยมีความพร้อมทั้งทางด้าน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค ซึ่งนับว่าเป็นที่พึ่งของประชาชนที่สำคัญยิ่ง กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีบทบาทเกี่ยวกับงานควบคุมวัณโรคอย่างจริงจังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ทั้งนี้เพื่อเป็นการจัดระบบบริการให้มีสมรรถภาพ หรือให้มีความสะดวกแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ การตรวจรักษา ซึ่งสอดคล้องกับหลักการบริการสาธารณสุขผสมผสานและแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน ในปี พ.ศ. 2528 ได้มีการประเมินความมีส่วนร่วมในงานควบคุมวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชน ปรากฏว่าโดยภาพรวมแล้ว อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจมากและมีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ (บัณฑิตและคณะ, 2530) นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับความสม่ำเสมอของการใช้บริการที่คลินิกของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่โรงพยาบาลชุมชนในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เปรียบเทียบกับความสม่ำเสมอของการใช้บริการที่คลินิก ของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ศูนย์วัณโรคเขตต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีความสม่ำเสมอ ของการใช้บริการ ดีกว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขตต่าง ๆ ร้อยละ 10.0 และมีอัตราความต่อเนื่องดีกว่าร้อยละ 20.0 (ลินดา, 2530) แต่อย่างไรก็ตาม จากสรุปผลการปฏิบัติงานควบคุมวัณโรคของจังหวัดขอนแก่นพบว่า ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรกล่าวคือ ในปีงบประมาณ 2535 และ 2536 ผู้ป่วยวัณโรคขาดความสม่ำเสมอ และต่อเนื่องของการรักษา โดยมีอัตราการขาดยาเกิน 1 เดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี คิด เป็นร้อยละ 69.5 และ 64.8 ตามลำดับ และมีอัตราการขาดยาเกิน 1 ปี แล้วกลับมารักษาใหม่คิดเป็นร้อยละ 1.5 และ 1.8 ตามลำดับ (สรุปรายงานประจำปี ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2535 และปีงบประมาณ 2536)

การรักษาวัณโรคในปัจจุบันได้นำระบบยาระยะสั้นที่ใช้เวลารักษาเพียง 4-9 เดือน ซึ่ง เป็นระบบยาที่มีคุณภาพดี ใช้ระยะเวลาในการรักษาสั้น จึงน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ในการรักษาดีขึ้น แต่จากการรายงานข้อมูลเบื้องต้นของสถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2529 ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับยาระบบยาระยะสั้น 8 เดือนและ 6 เดือน มีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง กล่าวคือ รับประทานยาไม่ครบตามขนาดที่ถูกต้องร้อยละ 42.4, 35.1 ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ทุกครั้งร้อยละ 23.2, 40.0 ขาดการติดต่อร้อยละ 8.4, 8.3 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าไม่มี ความแตกต่างระหว่างระบบยา 8 เดือนและ 6 เดือนมากนัก และจากการศึกษาของยูทิสซี และคณะ (2533) พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ขาดยาแยกตามระบบยามาตรฐาน ระบบยาระยะสั้นและ ระบบยาอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 20.5, 18.7 และ 25.6 ตามลำดับ หลังจากติดตามด้วยจดหมาย ผู้ป่วยกลับมารับยาร้อยละ 20.9, 18.1 และ 20.5 ตามลำดับ จะเห็นว่าระบบยาที่ใช้รักษา ไม่มี ผลต่อการทำให้มารับยาชัดเจนเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงปัจจัยทางด้านสังคมหรือ ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับวัณโรคและปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษาของนางรัตน์และ สมจิต (2530) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มาับการรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ หลังจากได้ รับการสอนสุขศึกษาและได้รับการช่วยเหลือทางสังคมสงเคราะห์แล้ว ให้ความร่วมมือในการรักษา ร้อยละ 86.8 และรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่ไม่สุศึกษาอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ บานเย็นและอนุชา (2528) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช หลังจากได้รับการสอนสุขศึกษา และติดตามรวมกับการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ แล้วมีความสม่ำเสมอในการรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.8 แต่ตรงข้ามกับการศึกษาของสมทรง (2529) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาดังกล่าว 2 ครั้ง หรือ 3 ครั้ง ไม่มีผลทำให้ความสม่ำเสมอในการรักษาเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด และจากการ ศึกษาของยูวดี (2532) พบว่าหลังจากทำการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษา 3 ครั้งแล้ว ไม่พบความ แตกต่างของพฤติกรรมมารับยาและตรวจตามนัด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยากับ กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า วิธีการช่วยเหลือ ทางด้านสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนการให้สุศึกษาสามารถแก้ไขปัญหาคความไม่ร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยวัณโรคปอดได้เพียงบางส่วนเท่านั้น จึงจำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขวิธีอื่นต่อไป

การศึกษาคความสัมพันธ์ ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการ รักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้วิจัยคาดว่า จะใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงาน เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น เนื่องจากวัณโรคปอดเป็นโรค

ติดต่อเรื้อรัง การรักษาต้องใช้เวลานานจึงจะหายขาด ถ้าผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจทำให้โรคตื้อยา การรักษาจะใช้ระยะเวลานานยิ่งขึ้น ซึ่งการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา Hankey (1981 อ้างถึงในภริมย์ลักษณ์ ,2534) กล่าวว่า ต้องขึ้นอยู่กับทัศนคติที่มีต่อการรักษา การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ตลอดจนการมีทัศนคติต่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ โดยเชื่อว่า ความเชื่อหรือทัศนคติมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งความเชื่อดังกล่าวถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นส่วนประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ซึ่ง Becker (1974) ได้เสนอไว้ว่า แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ เป็นส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามแผนการรักษา การทราบองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ จะช่วยให้แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถจัดกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม ตามความจำเป็นของผู้ป่วย หรือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาซึ่งจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมโรคปอด ให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคปอดต่อไป

1.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) กับความร่วมมือในการรักษา (Compliance) ของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่ใช้อธิบายหรือทำนายความร่วมมือในการรักษา ของ Becker (1974) ซึ่งแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพนี้ เป็นการใช้ตัวแปรทางจิตวิทยาและการตัดสินใจเลือกกระทำของบุคคลมาอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของบุคคล โดยมีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับ การให้คุณค่าสถานการณ์ของการเจ็บป่วย และการคาดคะเนผลของการปฏิบัติ การที่พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมา เป็นผลจากความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคล กล่าวคือถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือความเชื่อในสิ่งใดก็จะส่งผลให้ บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ในลักษณะเดียวกัน เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาที่จะมีผลดีต่อตนเอง ผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตามแผนการรักษานั้น ในการอธิบายหรือทำนายความร่วมมือในการรักษานั้น นอกจาก

การรับรู้ด้านต่าง ๆ แล้ว ยังมีตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ ซึ่งแรงจูงใจจะรวมถึงความใส่ใจในเรื่องสุขภาพ ความตั้งใจของบุคคลในการแสวงหาการรักษา นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบที่สำคัญที่เรียกว่า ปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (Modifying and Enabling factors) ซึ่งจะรวมทั้งตัวแปรทางด้านประชากรด้วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 แรงจูงใจ (Motivation) เป็นความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ ความตระหนักเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพโดยทั่วไป (Health matters in general) ความต้องการหรือความพอใจในการที่จะเสาะแสวงหาและยอมรับการรักษา ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น ข่าวสาร เอกสาร คำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ โดยเชื่อว่า แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ ร่วมกับการรับรู้ด้านต่าง ๆ และปัจจัยอื่น ๆ มีส่วนผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ บุคคลที่มีแรงจูงใจทางด้านสุขภาพจะกระทำทุกอย่างตามแผนการรักษา ถ้าปราศจากแรงจูงใจแล้วแม้ว่าจะมีความเชื่อ หรือมีการรับรู้ที่ถูกต้องเพียงใด ก็ไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้

1.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ หรือความเชื่อของผู้ป่วย ต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสกลับเป็นโรคซ้ำหรือเกิดอาการของโรคขึ้นมาอีก และความรู้สึกต่อการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคแทรกซ้อนหรือโรคอื่นๆ ร่วมด้วย โดยเชื่อว่า เมื่อบุคคลใดมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูง บุคคลนั้นจะมีความต้องการในการรักษาหรือป้องกันโรค มากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ต่ำกว่า

1.2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การที่ผู้ป่วยเห็นโรคของตนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคอย่างเดี่ยว อาจจะยังไม่เพียงพอที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม แต่ต้องเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงของโรคด้วย ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินด้วยตนเอง หรือความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ทำให้ไม่สุขสบายหรือผลกระทบต่อฐานะและบทบาททางสังคมของผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้ ไม่สามารถทำงานได้หรือการที่จะต้องหยุดพักงาน และการที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน ซึ่งเป็นผลกระทบที่เคยได้รับหรืออาการของการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ทั้งนี้ อาจเป็นความวิตกกังวล มากกว่าจะเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ๆ ตามอาการของโรคหรือตาม

ความคิดเห็นของแพทย์

1.2.4 การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ (Perceived benefits) การที่ผู้ป่วยวัดโรคปอด จะยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่หรือไม่ จะเป็นผลของความเชื่อว่า วิธีการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี สามารถรักษาหรือลดความรุนแรงของโรค ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น ทั้งนี้จะเป็นการคาดคะเนของผู้ป่วย ต่อความปลอดภัยของแผนการรักษา (regimen's safety) และประสิทธิภาพของการรักษา (regimen's efficacy) ซึ่งการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ จะเป็นผลจากความเชื่อถือต่อแพทย์ และวิธีการดูแลรักษา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของโรคในทางที่ดีขึ้น

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น เป็นตัวแปรที่อธิบายถึงความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการรักษามากน้อยเพียงใด ส่วนการที่จะปฏิบัติหรือไม่นั้น จะมีปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุนได้แก่ ลักษณะประชากร ลักษณะโครงสร้างซึ่งเป็นความต้องการเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทักษะที่มีต่อการรักษา การให้บริการ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ ประสบการณ์ต่าง ๆ การได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำ เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาเฉพาะความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ เนื่องจากการรักษาวัณโรคปอดต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องมารับบริการเป็นประจำตามแพทย์นัด จนกว่าจะครบการรักษา ดังนั้นความพึงพอใจต่อการให้บริการ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาไม่ชัดเจนนัก จึงไม่นำมาศึกษา

1.2.5 ความพึงพอใจต่อการให้บริการ (Satisfaction with health care personnel) เป็นปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุนด้านทัศนคติ ซึ่งเชื่อว่า การที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อลักษณะและระบบการให้บริการของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ จะมีผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

ความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษา เป็นพฤติกรรมหรือกลุ่มพฤติกรรมที่ผู้ป่วยยอมตามหรือเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา หรือคำแนะนำทางด้านสุขภาพ (Haynes et al., 1979; Sbarbaro, 1985; Given and Given, 1989) ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันจากพฤติกรรมเดิมเป็นพฤติกรรมใหม่ เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (Dracup and Meleis, 1982; Kontz,

1989) โดยจะเป็นความหมายที่แสดงถึงความสำคัญของการตกลงใจระหว่างผู้ให้การดูแลรักษา กับผู้ป่วย ที่วางแผนร่วมกันเพื่อกฎเกณฑ์ของการปฏิบัตินั้น ผู้ให้การดูแลรักษาจะคอยควบคุมให้ผู้ป่วย มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบรรลุถึงเป้าหมายในการรักษา โดยจะต้องอาศัยองค์- ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลรักษา กับผู้ป่วย ความพยายามของ ผู้ป่วย การบังคับบัญชา การใช้อำนาจบังคับ การเรียกร้อง ตลอดจนการใช้วาจาต่อรองของผู้ให้ การดูแลรักษา (McCord, 1986; Quigley and Giovinco, 1988) การศึกษาความร่วมมือใน การรักษาเป็นการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่จะบรรลุถึงเป้าหมาย ในการรักษาหรือค้นหาความไม่ตรงกัน ตามบทบาทของผู้ให้การดูแลรักษาและผู้ป่วย ซึ่งความไม่ร่วมมือในการรักษาจะเป็น 2 กรณี คือ ไม่ปฏิบัติตาม (Omission) หรือปฏิบัตินอกเหนือคำสั่งหรือนอกเหนือแผนการรักษา (Commission) ในการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ประเมินตามแผนการรักษาของแพทย์ และ คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งในปัจจุบันมีแนวทางในการรักษาที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจะต้องมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด รับประทานยาในขนาดและระยะเวลาที่เพียงพอ อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เป็นการปฏิบัติที่มีผลต่อการรักษาวัณโรคปอด และจะต้องมีการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น ส่วนการปฏิบัติตัวทั่วๆ ไป เช่น การพักผ่อน การรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ การรักษาอนามัยส่วนบุคคล แม้ว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หายจากการเจ็บป่วยเร็วขึ้น แต่เป็นการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันของคนปกติโดยทั่วไป ไม่มี ลักษณะเฉพาะโรคหรือมีลักษณะพิเศษแต่อย่างใด (สัทนา, 2526; Fox, 1968 อ้างถึงในจารุวรรณ, 2528) ดังนั้นในการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดครั้งนี้ จึงพิจารณาจาก การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังนี้

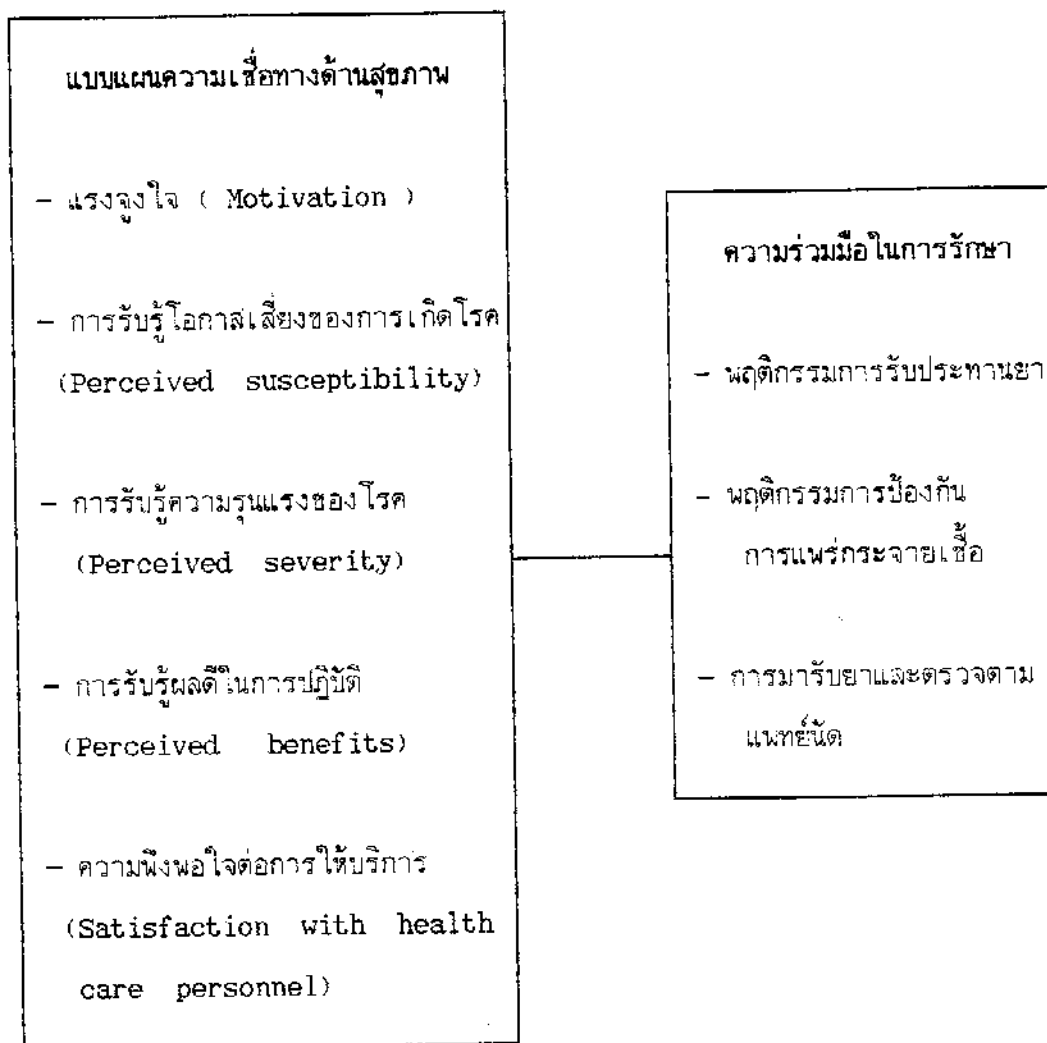
1) พฤติกรรมการรับประทานยา ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องตามชนิด ขนาดและจำนวนครั้ง หรือเวลาที่รับประทาน ตามแพทย์สั่งจนครบการรักษา โดย ในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอด ไม่ควรขาดยาติดต่อกันเกิน 7 วัน

2) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยวัณโรคปอดจะต้องมี การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นโดยการปิดปาก ปิดจมูกเมื่อมีอาการไอหรือจาม ชาก เสมหะลงในกระโถนที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อหรือภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด แล้วทำลายโดยการเผา หรือเทลง ในโถส้วมแล้วล้างให้สะอาด หลีกเลี่ยงที่จะใกล้ชิดหรือดูแลเด็กเล็กและหลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปในที่ ที่มีชุมชนแออัด

3) การมารับยาและตรวจตามนัด ได้แก่ การมารับการตรวจและรับการ

รักษา ตามวัน เวลา ที่แพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75 ของการรักษา (บัณฑิตและสุริยา, 2527; บัณฑิตและคณะ, 2530)

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นแนวคิดในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ดังนี้

- 1.4.1 แรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา
- 1.4.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา
- 1.4.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา
- 1.4.4 การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา
- 1.4.5 ความพึงพอใจต่อการให้บริการ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะองค์ประกอบ ของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด และได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น มาแล้วอย่างน้อย 4 เดือน ที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านไผ่ โรงพยาบาลพล โรงพยาบาลมัญจาคีรี โรงพยาบาลภูเวียง โรงพยาบาลสีชมพู โรงพยาบาลชนบท โรงพยาบาลแวงใหญ่ โรงพยาบาลพระยืน โรงพยาบาลเขาสวนกวาง และโรงพยาบาลบ้านฝาง

1.6 คำจำกัดความในการวิจัย

1.6.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นวัณโรคปอดจากผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค และ/หรือมีผล x-rays ปอด พบเงาผิดปกติหรือแผลโพรงเข้ากันได้กับวัณโรค ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น มาแล้วไม่น้อยกว่า 4 เดือน โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเอดส์ โรคหัวใจหรือวัณโรคที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

1.6.2 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย วัณโรคปอด ต่อการให้คุณค่าของสถานการณ์ และการคาดคะเนผลของการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ต่อไป แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1.6.2.1 แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้แก่ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ความตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ความต้องการหรือความพอใจในการเสาะแสวงหาและยอมรับการรักษา

1.6.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด การคาดคะเนถึงโอกาสกลับเป็นโรคซ้ำหรืออาการของโรคขึ้นมาอีก และความรู้สึกต่อการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคอื่น ๆ หรือเกิดโรคแทรกซ้อนได้ ซึ่งได้แก่ โรคปอดบวม ไอเป็นเลือด ปอดทะลุ มีลมเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด มีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง

1.6.2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกนึกคิดที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีต่อผลกระทบหรืออันตรายต่าง ๆ ที่มีต่อร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย หรือเสียชีวิต มีผลกระทบต่ฐานะและบทบาททางสังคมของเขาและครอบครัว ตลอดจนความยากลำบากและการใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา รวมทั้งการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจในการรักษา จากอาการและการแสดงของการเจ็บป่วยที่เคยมี หรืออาการของโรคในปัจจุบัน

1.6.2.4 การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติ หมายถึง ความคิดเห็น หรือความรู้สึกนึกคิดที่ผู้ป่วยวัณโรคปอด มีต่อแผนการรักษาของแพทย์ หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการที่จะสามารถทำให้หายจากการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคไม่ให้เกิดอาการเป็นซ้ำ และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อถือของผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อแพทย์และแผนการรักษา ตลอดจนการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของโรคในทางที่ดีขึ้น

1.6.2.5 ความพึงพอใจต่อการให้บริการ หมายถึง ความคิดเห็น หรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ที่มีต่อการให้บริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในการให้คำแนะนำ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับความเข้าใจและให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย ให้ความเป็นกันเอง ให้ความสนใจและตั้งใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหา ตลอดจนการได้รับความสะดวกตามขั้นตอนการให้บริการ ซึ่งได้แก่ การขึ้นบัตร การตรวจและการรับยา

1.6.3 ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1.6.3.1 พฤติกรรมการรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ชนิดของยา ขนาดและจำนวนครั้ง เวลาในการรับประทานยา ความสม่ำเสมอ และต่อเนื่องในการรับประทานยา ตลอดจนการรับประทานยาอื่น ที่แพทย์ไม่ได้แนะนำให้รับประทาน

1.6.3.2 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่น ได้แก่ การปฏิบัติเมื่อมีอาการ ไอ จาม หรือการขากเสมหะ ตลอดจนการทำลายเชื้อหรือการทำลายกระดาดชำระ วัสดุเหลือใช้ที่ปนเปื้อนเสมหะ การหลีกเลี่ยงที่จะใกล้ชิดหรือดูแลเด็กเล็ก และการเข้าไปในที่ที่มีชุมชนแออัด

1.6.3.3 การมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด หมายถึง การมารับยาและตรวจรักษาตามวัน เวลา ที่แพทย์นัดมารับบริการตรวจหรือรับยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ตั้งแต่เริ่มรับการรักษา โดยการศึกษาทะเบียนประวัติการรักษาที่โรงพยาบาล

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 เพื่อให้ผู้บริหารหรือบุคลากรสาธารณสุขใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประกอบการตัดสินใจ และการวางแผนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด อันจะเป็นผลให้การดำเนินงานควบคุมและป้องกันวัณโรคปอดประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

1.7.2 เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรคปอดประเด็นอื่น ๆ หรือผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีสภาพปัญหาคล้ายคลึงกับผู้ป่วยวัณโรคปอดในโอกาสต่อไป