

## วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรม และนำเสนอวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา
- 2.3 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่กลุ่มนักวิจัยทางสาธารณสุขได้พยายามสร้างขึ้นเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยอาศัยตัวแปรทางด้านจิตวิทยาและการตัดสินใจ ในปี ค.ศ. 1950-1960 โดยเริ่มจากแนวคิดของ Kurt Lewin (1951 อ้างถึงใน Davidhizar, 1983) ซึ่งมีสมมติฐานว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอะไรนั้น ขึ้นอยู่กับค่านิยม สิ่งที่ตนปรารถนา และการรับรู้ถึงความเป็นไปได้ โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้สิ่งที่ตนพอใจ คิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบ ไม่ปรารถนา แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพให้ระยะแรกจึงมีสมมติฐานอยู่ 2 ประการ คือ การให้คุณค่าสถานการณ์ของบุคคลบนพื้นฐานการมีส่วนร่วม และการคาดคะเนผล การปฏิบัติ ซึ่งในระยะแรกจะให้นิยามพฤติกรรมของบุคคลในด้านการป้องกันโรค มีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ หมายถึงความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความพร้อมทางด้านความรู้สึกรับผิดชอบของบุคคลที่พร้อมที่จะปฏิบัติ โดยมีสิ่งที่กำหนดความพร้อมดังกล่าวได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หมายถึง การที่บุคคลพิจารณาถึง

ความสะดวก และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และผลที่ได้จากการปฏิบัติว่า มีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือลดความรุนแรงของโรค ทั้งนี้จะพิจารณาเปรียบเทียบกับอุปสรรคของการปฏิบัตินั้น เช่น การใช้เวลาในการปฏิบัติ และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ

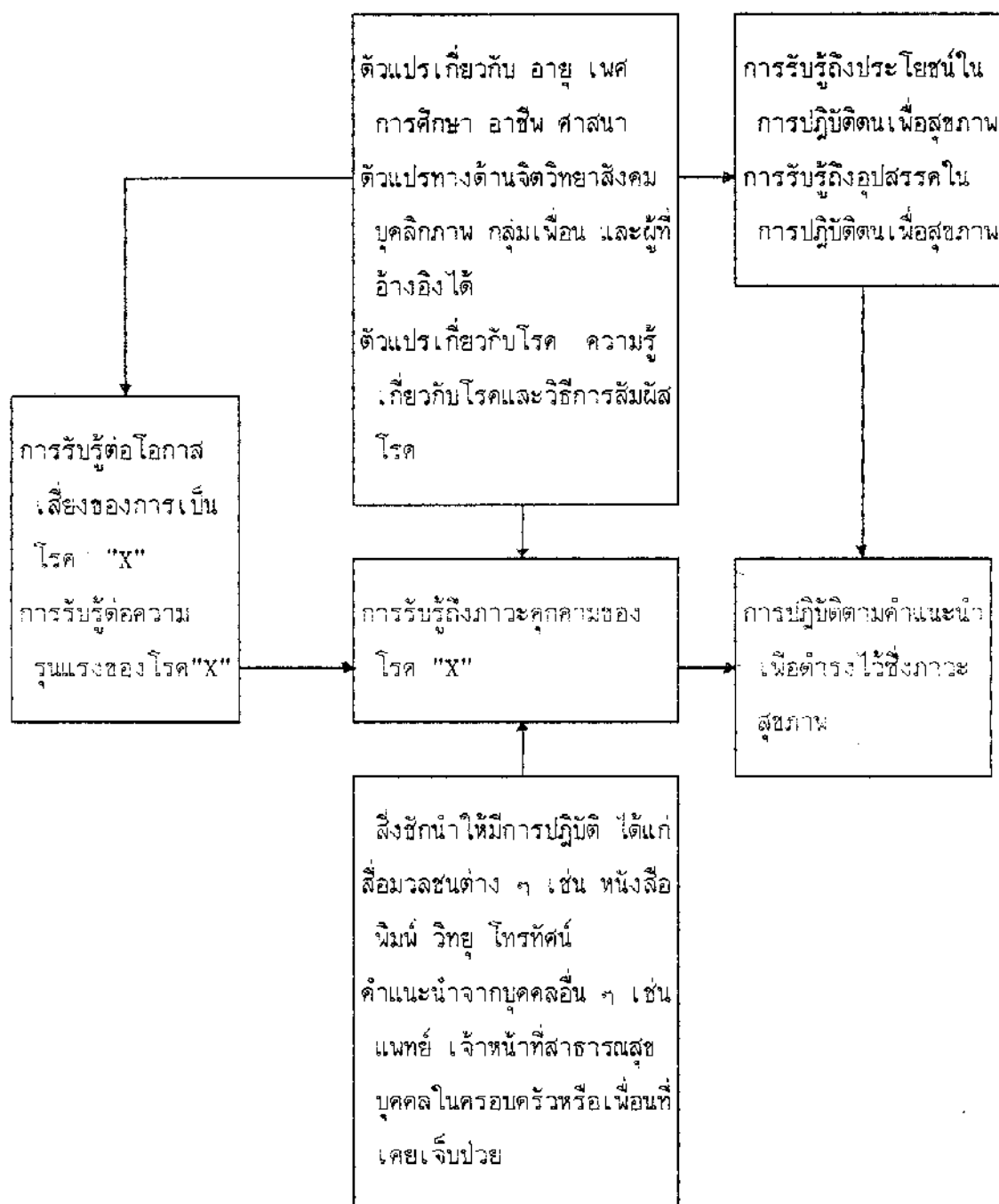
3. ปัจจัยที่สนับสนุน หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายใน เช่น อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสื่อมวลชนต่าง ๆ เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่สร้างขึ้นในระยะแรกนี้ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังภาพที่ 2

## การรับรู้ของบุคคล

## ปัจจัยร่วม

## การปฏิบัติ



ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค  
ที่มา: Becker (1974)

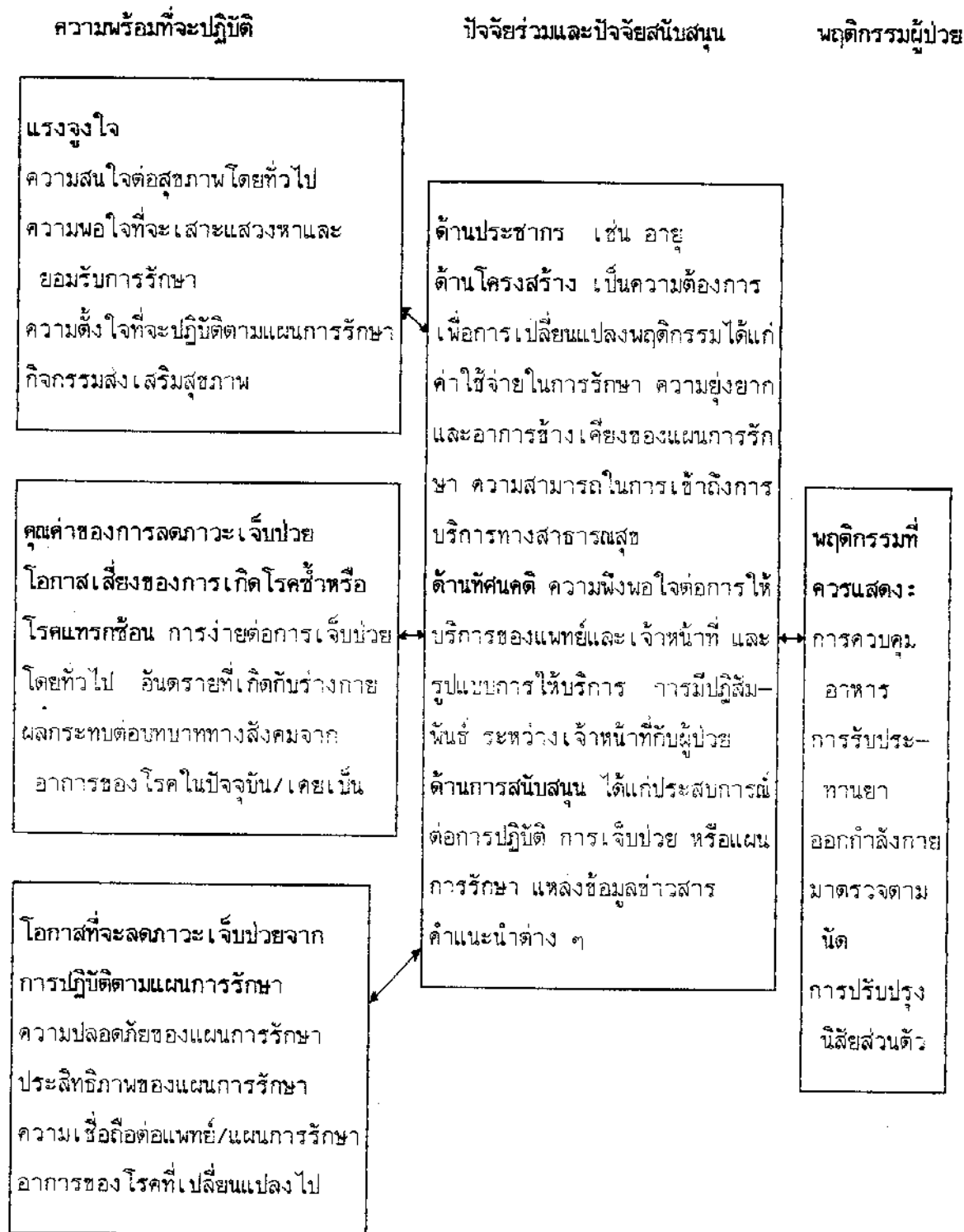
การนำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในระยะแรกดังกล่าว มาใช้อธิบายหรือทำนาย พฤติกรรมของบุคคล ครอบคลุมไม่เพียงพอ กล่าวคือ สามารถอธิบายได้ชัดเจนเฉพาะพฤติกรรม การป้องกันโรค ในระยะต่อมาได้มีการแบ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ ( Health behavior ) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะ แรกที่ยัง ไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย ( Illness behavior ) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคล ปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อนและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ เพื่อประเมิน ความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย ( Sick role behavior ) หมายถึง กิจกรรมเมื่อเกิด ความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพื่อลดการเจ็บป่วยหรือให้หายจากโรค เช่น การให้ความร่วมมือในการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น

จากการนำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมาใช้ ในแต่ละลักษณะของพฤติกรรมทางด้าน สุขภาพพบว่า สามารถอธิบายได้ชัดเจนเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรค ส่วนการอธิบายพฤติกรรม อื่น ๆ ยังไม่ได้มีการพัฒนาเท่าที่ควร Becker (1974) เป็นบุคคลหนึ่งที่ได้มีการนำแบบแผน ความเชื่อทางด้านสุขภาพในระยะแรกมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมความเจ็บป่วยของ บุคคล โดยเพิ่มตัวแปร และอธิบายตัวแปรเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเน้นความ สนใจไปที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความใส่ใจในเรื่องสุขภาพ ความตั้งใจของบุคคล ในการแสวงหาการรักษา นอกจากนี้ยังได้เพิ่มองค์ประกอบที่สำคัญที่เรียกว่า องค์ประกอบร่วม และปัจจัยสนับสนุน (Modifying and Enabling factors) ซึ่งจะรวมทั้งตัวแปรด้าน ประชากรด้วย โดยได้อธิบายองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย  
 ที่มา : Becker (1974)

1. ตัวแปรที่แสดงถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1.1 แรงจูงใจ (Motivation) เป็นความรู้สึกนึกคิด หรืออารมณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่มีสาเหตุ จากการกระตุ้นของสิ่งเร้า เช่น ข่าวสาร เอกสาร คำแนะนำต่าง ๆ แรงจูงใจจะทำให้เกิดความตระหนักหรือความสนใจต่อสุขภาพโดยทั่วไป ความพอใจในการที่จะแสวงหาและพร้อมที่จะยอมรับการรักษา ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา ตลอดจนการที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แรงจูงใจจะรวมกับการรับรู้ด้านต่าง ๆ และปัจจัยร่วม มีส่วนผลักดันให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาล่าช้าคือ ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจจะกระทำทุกอย่างตามแผนการรักษา แต่ ถ้าปราศจากแรงจูงใจ แม้ว่าจะมีการรับรู้ที่ถูกต้องเพียงใด ก็ไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้

1.2 การรับรู้ถึงคุณค่าของการลดความเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งได้ 2 ตัวแปร คือ

1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อ ความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดอาการหรือโรคแทรกซ้อนและการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการง่ายที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ตามมา จากการที่มีสุขภาพร่างกายอ่อนแอ ความเชื่อหรือการรับรู้เหล่านี้ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่แตกต่างกัน

1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อผลกระทบของโรคที่มีต่อร่างกาย ทำให้ไม่สบาย ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน มีโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคมจากการที่ต้องหยุดงาน สูญเสียรายได้ การได้รับความรังเกียจจากสังคม ซึ่งความรุนแรงนี้เป็นการประเมินตัวเองของผู้ป่วย ดังนั้นอาจจะเป็นความวิตกกังวลของผู้ป่วยมากกว่าจะเป็นความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงตามการประเมินอาการของโรคหรือตามความคิดเห็นของแพทย์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา คือ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ ถ้าไม่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือมีผลกระทบต่อฐานะและบทบาททางสังคม ผู้ป่วยอาจจะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

1.3 การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ (Perceived benefits) การที่ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติสิ่งใดนั้น เป็นผลของความเชื่อว่า วิธีการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดีมี

ประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ที่จะหายจากโรคนั้น ๆ ช่วยลดภาวะความเจ็บป่วย ควบคุมโรคหรือ ป้องกันอาการหรือโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยที่ผู้ป่วยจะคาดคะเนถึงความปลอดภัย ของแผนการรักษา ประสิทธิภาพของการรักษา ทั้งนี้เป็นผลจากความเชื่อถือที่มีต่อแพทย์และแผน การรักษา ตลอดจนอาการของ โรคหลังจากได้รับการรักษา มีการเปลี่ยนแปลง ในทางที่ดีขึ้น

นอกจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นที่เป็นตัวแปรที่อธิบายถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติแล้วยัง มีปัจจัยที่สนับสนุนหรือเอื้ออำนวยในการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีผลต่อความพร้อม ที่จะปฏิบัติด้วย

2. ปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (Modifying and Enabling factors) เป็นปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และนำไปสู่การ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่

2.1 ตัวแปรทางด้านประชากร (Demographic) เช่น เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ซึ่งจะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา เช่น การที่ผู้ป่วยมีอายุมาก หรือน้อยเกินไป จะทำให้ไม่สามารถจดจำคำแนะนำ หรือไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ ตามแผนการรักษาได้ด้วย ตนเอง

2.2 ด้านโครงสร้าง (Structural) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความต้องการเพื่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา ความยุ่งยากและอาการ ข้างเคียงของแผนการรักษา ความสามารถในการเข้าถึงการบริการ ปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อ ความร่วมมือในการรักษา โดยจะเป็นอุปสรรค ขัดขวางไม่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา

2.3 ด้านทัศนคติ (Attitudes) เป็นความรู้สึก นึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการให้การบริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่ และรูปแบบการให้การบริการ การที่ผู้ป่วยพึงพอใจต่อระบบและคุณภาพการให้บริการ จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตามแผนการ รักษา

2.4 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) เป็นลักษณะ ชนิด และความ สม่่าเสมอของความสัมพันธ์ ตลอดจนความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เช่นการ เปิดโอกาสให้มีการเจรจาต่อรองหรือมีการตกลงร่วมกันจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถปฏิบัติ ตามแผนการรักษาได้มากขึ้น

2.5 ด้านการสนับสนุน (Enabling) เป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความ เข้าใจแนวทางปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ซึ่งได้แก่ ประสบการณ์ต่าง ๆ จากการปฏิบัติ จาก

การเจ็บป่วย หรือจากแผนการรักษา ที่ได้จากแหล่งให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำ ต่าง ๆ

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษา (Compliance) เป็นพฤติกรรมหรือกลุ่มพฤติกรรมที่ผู้ป่วยยอมปฏิบัติตามหรือเลือกปฏิบัติตัว ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ หรือคำแนะนำทางด้านสุขภาพ (Haynes et al., 1979; Sbarbaro, 1985; Given and Given, 1989) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันหรือเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตจากพฤติกรรมเดิมเป็นพฤติกรรมใหม่ เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร (Dracup and Meleis, 1982; Kontz, 1989) ดังนั้นผู้ให้การดูแลสุขภาพ และผู้ป่วยจะมีการตกลงใจร่วมกันที่จะวางแผนหรือวางแผนกฎเกณฑ์ของการปฏิบัตินั้น และผู้ให้การดูแลสุขภาพจะเป็นผู้คอยควบคุมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบรรลุถึงเป้าหมายในการรักษา ดังนั้นจะเห็นว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจะต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพกับผู้ป่วย ความพยายามของผู้ป่วย การบังคับอยู่จริง การใช้อำนาจบังคับ การเรียกร้อง ตลอดจนการใช้จากตอรองของผู้ให้การดูแลสุขภาพ (McCord, 1986; Quigley and Giovinco, 1988) การศึกษาความร่วมมือในการรักษา เป็นการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่จะบรรลุถึงเป้าหมายในการรักษา ความไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-Compliance) จะแบ่งไป 2 กรณี คือ ไม่ปฏิบัติตาม (Omission) หรือปฏิบัตินอกเหนือคำสั่ง หรือแผนการรักษา (Commission) (Dracup and Meleis, 1982)

2.2.1 การประเมินความร่วมมือในการรักษา มีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อจำกัด ดังนั้นจึงมักใช้หลายวิธีร่วมกัน ซึ่งมีวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษา ดังนี้ (Eraker, 1984)

1) การมารับยาและตรวจตามนัด เป็นวิธีที่ง่ายในการประเมินและง่ายในการแก้ไขความร่วมมือในการรักษา โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดเป็นผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2) การวัดระดับยาในร่างกายผู้ป่วย เป็นวิธีที่บอกได้ว่าผู้ป่วยได้รับยาหรือไม่ โดยการตรวจระดับยาในปัสสาวะหรือในเลือด แต่ไม่สามารถบอกได้ว่า ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณเท่าใด ครบตามแผนการรักษาหรือไม่ รวมทั้งไม่สามารถบอกได้ในรายที่มีการดูดซึมของยาไม่ดี นอกจากนี้ ยังมีความยุ่งยากในการวัด ต้องทำการตรวจวิเคราะห์เป็นระยะ ๆ จึงไม่สามารถ

นำมาใช้ได้ในทุกกรณี ถึงแม้ว่าจะเป็นวิธีการที่ดีก็ตาม

3) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงหรือสัมภาษณ์ญาติ ผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยก็ได้ ข้อดีของการสัมภาษณ์คือสามารถศึกษาได้ข้อมูลละเอียดลึกซึ้ง แต่มีจุดอ่อนในกรณีที่ผู้ป่วยลืม หรือผู้ป่วยกลัวที่จะบอกความจริง ทั้งนี้สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงความเที่ยงตรงของการสัมภาษณ์คือ การใช้คำถามที่แจ่มแจ้งและระมัดระวังคำพูดหรือท่าทาง ที่จะแสดงให้เห็นผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นการจับผิด

4) การนับจำนวนเม็ดยา เป็นการประเมินความร่วมมือในการรักษา โดยการให้ยาแก่ผู้ป่วยในจำนวนที่แน่นอน แล้วนับจำนวนที่เหลือหลังจากที่ให้ผู้ป่วยไปแล้วระยะหนึ่ง ถ้าพบว่ามียามากกว่าที่ควรจะเป็น แสดงว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แต่ก็มีข้อจำกัดคือ อาจจะมีบางครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาของคนอื่น หรือให้คนอื่นรับประทานยาของตนเอง ตลอดจนนำเม็ดยาไปทิ้งหรือซ่อนไว้ เป็นต้น

5) การบันทึกการใช้ยา เป็นวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษา โดยการให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกการใช้ยาของตนเอง แล้วประเมินความร่วมมือในการรักษาจากการบันทึกนั้น เป็นวิธีที่ดี ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะยอมตาม และมีส่วนร่วมในการรักษาอยู่แล้ว แต่ก็มีข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ป่วยบันทึกไม่ถูกต้อง

6) ประเมินจากผลการรักษา ซึ่งอาจจะไม่เที่ยงตรงนัก เนื่องจากผลการรักษาอาจมีปัจจัยหลายอย่าง ที่มีผลต่อการรักษา โดยไม่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

### 2.2.2 แนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษาเป็นเรื่องของอารมณ์ และความอิสระในการตัดสินใจเลือกกระทำของบุคคล เป็นการเผชิญกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ในการที่จะเอาชนะใจของผู้ป่วยให้ยอมปฏิบัติตาม โดยทั่วไปบุคคลจะช่วยเหลือตัวเองก่อน ถ้ารู้สึกว่าจะจริงจะยอมปฏิบัติตาม ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องช่วยให้เกิดความสะดวก สุขสบาย สนับสนุนให้เกิดการยอมตาม แต่ไม่ใช้การออกคำสั่ง ( Beshop, 1987 ) การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาผู้ให้บริการจะต้องเป็นผู้ให้เขาเกี่ยวกับความรู้และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือก เขาอาจจะไม่เห็นด้วยกับการเลือกแต่ผู้ให้บริการ จะต้องช่วยให้เขามีชีวิตอยู่กับการเลือกนั้น ให้ความสะดวกเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลและแหล่งสนับสนุน ที่จะให้เขาเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง ( Charonko, 1992 ) การเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เวลานาน โดยคำนึงถึงกิจวัตรประจำวัน แบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และปรัชญาชีวิต ( Sbarbaro,

1986 ; Beshop, 1987 ) ได้มีผู้เสนอแนวทางส่งเสริม หรือเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

1. การให้บริการ ผู้ให้บริการจะต้องวางแผนการให้บริการที่ชัดเจน รวมทั้งให้การบริการที่สะดวกสบาย ให้เวลาในการพบกับผู้ป่วยให้มากขึ้น ลดระยะเวลาในการรอคอยรับบริการ มีตารางในการให้ผู้ป่วยมารับบริการที่ชัดเจน ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเป้าหมายการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ให้มีโอกาสเลือกหรือตกลงร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ( Young, 1986 ; Bennett, 1986 ; Kosnar, 1987 ) การรักษาในระยะเวลานั้น ๆ จะให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่า การรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน และถ้าแผนการรักษาซับซ้อน ควรมีคู่มือ หรือมีปฏิทิน ในการรักษาให้ผู้ป่วยได้พกติดตัว เลือกวิธีการรักษาที่สะดวก และง่ายต่อการปฏิบัติให้มากที่สุด ( Bennett, 1986 )

2. การให้ความรู้ การที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือ ในการรักษาได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการแจ้งข้อมูลข่าวสาร หรือได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติ ตลอดจนการให้สุศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ แนวทางการรักษาหรือป้องกันโรค ( Haynes et al., 1976 ; Coy , 1989 ) ซึ่ง Young ( 1986 ) กล่าวว่า ข้อมูลที่จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษานั้น จะต้องเน้นข้อมูลที่ก่อให้เกิดความตระหนัก มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ข้อความชัดเจน มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับคำแนะนำหรือแผนการรักษาที่ต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Kosnar ( 1987 ) ที่กล่าวว่า วิธีการให้สุศึกษาหรือการให้คำแนะนำเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ การใช้วิธีการเจาะลึกถึงการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง Brown et al. ( 1987 ) พบว่า การให้ข้อมูลในลักษณะเป็นทางการและไม่เป็นทางการควบคู่กัน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงของยามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเฉพาะแบบเป็นทางการ การเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยาและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ( Rapoff et al., 1988 ) การให้คำแนะนำที่คลินิกและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติที่ได้รับคำแนะนำเฉพาะที่คลินิก ( Jones et al., 1988 ) การเน้นการสื่อสารที่เข้าใจกันสามารถประเมินได้ มีการซักถามถึงปัญหาในการปฏิบัติตามแผนการรักษา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ลักษณะการให้ความรู้อาจเป็นรายบุคคล หรือให้ผู้ป่วยอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาต่าง ๆ และแนวทางแก้ไข ผู้ให้บริการเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาและติดตาม นิเทศการ

ปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นระยะ ๆ จากการศึกษาของพรนิมล (2530) ที่ศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาที่คลินิก และติดตามสอนอีกในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 8 มีความรู้ ทักษะ การรับรู้เกี่ยวกับโรค และให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ ตรงข้ามกับการศึกษาของ ชูวดี (2532) ที่ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาที่สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน 54 ราย และกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มารับยาและตรวจตามนัด มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน

3. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการต้องมีความเข้าใจผู้รับบริการ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก มีทัศนคติที่ดีต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา (Ballard, 1986)

4. การติดตามประเมินผล ผู้ให้บริการจะต้องมีความเคร่งครัด ในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วย หรือการยอมรับแผนการรักษา กรณีที่ไม่มาตามนัด อาจใช้วิธีการติดตาม โดยใช้จดหมายหรือโทรศัพท์ การให้ยาที่มีลักษณะพิเศษเพื่อช่วยในการเตือนผู้ป่วยหรือมีปฏิทินการกินยา การวัดระดับยาที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตาม ก็ควรจะมีรางวัลให้แก่ผู้ป่วย (Sbarbaro, 1985; Bennett, 1986)

5. การสนับสนุนทางสังคม บุคคลในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา (Ballard, 1986) ดังนั้นในการให้การดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องให้ความรู้ และแนวทางปฏิบัติแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

6. การช่วยเหลือทางด้านสังคมสงเคราะห์ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย จะช่วยลดปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา Haynes et al. (1979) กล่าวว่า การให้ยาฟรีแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอจนครบการรักษา

### 2.2.3 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

การรักษาวัณโรคปอดเป็นกลวิธี ที่ได้ผลดีที่สุดวิธีหนึ่งในการควบคุมวัณโรค โดยจะตัดวงจรการแพร่เชื้อลงในทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคไม่แพร่เชื้อในชุมชนต่อไป ซึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรักษาวัณโรคปอดได้แก่ วิธีการใช้ยารักษาวัณโรคที่ถูกต้อง การจัดการบริการและความร่วมมือของผู้ป่วย ให้ได้รับยาโดยถูกต้อง และสม่ำเสมอจนครบระยะเวลาของการรักษา ปัจจุบันการรักษาวัณโรคปอดผู้ป่วยไม่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อน



รุนแรง ได้แก่ ไอเป็นเลือดจำนวนมาก และไอบ่อย ๆ มีลมร่วในช่องเยื่อหุ้มปอด วัณโรคเยื่อหุ้มสมองและวัณโรคระยะแพร่กระจาย (Miliary TB) การรักษาแบบผู้ป่วยนอกและการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่ข้อดีผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นทางจิตใจได้อยู่กับครอบครัว สำหรับโอกาสแพร่เชื้อให้ผู้สัมผัสในครอบครัว มีพอ ๆ กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากการแพร่เชื้อเกิดก่อน ที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคเรียบร้อยแล้ว โดยมีแผนการรักษาของแพทย์หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่จะต้องให้ความร่วมมือที่สำคัญ ดังนี้

### 2.2.3.1 พฤติกรรมการรับประทานยา

ปัจจุบันนี้ยารักษาโรคปอดหลายชนิด ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงขึ้นเรื่อย ๆ ยาเหล่านี้จะทำให้หน้าที่ทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรคอย่างรวดเร็ว ต่อมาความต้านทานของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น และวัณโรคจะค่อย ๆ หายไป ดังนั้นการเพิ่มพูนความต้านทานของผู้ป่วย โดยการรับประทานอาหารและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ จำกัดการออกกำลังกายและการให้อยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ จึงมีความสำคัญเป็นรองจากการรักษาวัณโรค (Fox, 1968 อ้างถึงในยุวดี, 2532) การใช้ยาที่ถูกต้องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรคในปัจจุบัน ซึ่งการรักษาที่ดีและใช้ขนาดยาที่ถูกต้องในการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนจะทำให้ผลการรักษาดี โดยมีสมมติฐานปราศจากเชื้อถึงร้อยละ 95-100 นอกจากนี้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษา เช่น มารับยาสม่ำเสมอและรับประทานยาจนครบกำหนด ก็จะมีผลสำคัญมากเช่นกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องได้ยาครบทุกชนิด ขนาด ระยะเวลาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ถ้าหากการรักษาไม่ได้ผลดี ไม่ควรเพิ่มหรือเปลี่ยนยาที่ละขนาน ถ้าพบว่าเกิดการดื้อยา ต้องเปลี่ยนใช้ยาใหม่ ใช้ 2-3 ขนานแทน ไม่ควรใช้ยาขนานเดียวรักษวัณโรค และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ ถ้าจำเป็นต้องรับประทานยาอื่นที่ไม่ใช่ยารักษาวัณโรคปอด ควรปรึกษาก่อนทุกครั้ง เพราะการรับประทานยาอื่น อาจเป็นการเสริมฤทธิ์ หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อต้านระหว่างยารักษาวัณโรคกับยาอื่น ดังนั้นแพทย์ผู้รักษาหรือเจ้าหน้าที่จะต้องมีเวลาแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเป็นไปของวัณโรค วิธีการใช้ยาให้ถูกต้อง และสม่ำเสมอ ติดต่อกันจนครบกำหนดเวลาของการรักษา และอาการแพ้ยาที่อาจจะเกิดขึ้น

### 2.2.3.2 การมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด

แม้ว่าการรักษาวัณโรคปอดที่ใช้ยาที่มีคุณภาพ รักษาในระยะเวลาสั้น โดยใช้อาหารร่วมกัน 2-3 ขนาน ระยะเวลาในการรักษาสั้นเพียง 4-6 เดือน แต่ก็ยังพบปัญหาความล้มเหลวใน

การรักษา คือ การดื้อยา การเกิดโรคซ้ำ ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาที่กำหนดไว้ว่า จะสามารถทำลายเชื้อวัณโรคให้หมด ภายใน 6 เดือน ร้อยละ 95-100 อัตราการกำเริบใหม่ ไม่เกินร้อยละ 5 หลังหยุดยา 2 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ วิธีการให้ยารักษาวัณโรคที่ถูกต้อง และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยในการรับประทานยาและตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งปัญหาที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยเบื่อหน่ายการรักษา แล้วหยุดการรับประทานยา เนื่องจากการแพ้ยาไม่มารับยาและตรวจตามแพทย์นัดเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีค่ารถ ค่าเช่า ไม่มีเวลา เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและแก้ไข สิ่งสำคัญที่สุดในการรักษา ไม่ได้อยู่ที่ชนิดของยาที่ใช้แต่อยู่ที่วิธีการบริหารยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาสม่ำเสมอครบขนาดและระยะเวลาที่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้เสมหะปราศจากเชื้อเร็ว ทำให้การแพร่กระจายเชื้อลดลงภายใน 1-2 เดือน นั่นคือผู้ป่วยจะต้องมารับยาและตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องจนครบการรักษา

### 2.2.3.3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

นอกจากวิธีการให้ยารักษาวัณโรคที่ถูกต้องและการจัดการบริการและความร่วมมือของผู้ป่วยในการมารับยาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอครบระยะเวลาของการรักษาแล้ว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ก็มีความสำคัญต่อการควบคุมและป้องกันวัณโรคปอดเช่นเดียวกัน เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่ แพร่กระจายทางละอองอากาศ (Air borne infection) ดังนั้นการติดเชื้อมีวัณโรคเกือบทั้งหมด จึงเกิดจากการที่ผู้ป่วย ไอ จาม หัวเราะ ร้องเพลง หรือการพูดดัง ๆ แต่ที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา มากที่สุดคือ การไอ เนื่องจากมากับละอองความชื้นเมื่อน้ำระเหยไป เชื้อก็ยังคงลอยอยู่ในอากาศ และถ้าไปอยู่ในสภาพที่เหมาะสมก็จะมีชีวิตอยู่ได้นาน เสมหะแห้งบนพื้นที่มีแสงแดด เชื้อจะตายภายใน 2 ชั่วโมง แต่ถ้าเป็นเสมหะเปียกต้องใช้เวลานานถึง 20-30 ชั่วโมง และเชื้อจากเสมหะแห้ง ซึ่งเป็นละอองเชื้อปลิวอยู่ในอากาศ ในที่มีแสงแดดส่องไม่ถึง เชื้ออาจมีชีวิตอยู่ได้นาน 8-10 วัน (กองวัณโรค , มปป.) ถ้าเชื้อวัณโรคถูกแสงแดดโดยตรงจะตายภายใน 5 นาที แต่ถ้าอยู่ในที่มืด ไม่มีแสงแดดส่องถึงเช่น ภายในบ้านหรือกระท่อม เชื้อจะอยู่ได้เป็นปี (Crofton et al., 1992) ในการไอหรือจามครั้งหนึ่ง จะมีละอองเสมหะออกมาในขนาดอนุภาคต่าง ๆ กัน อนุภาคใหญ่มากมักตกลงสู่พื้นดินส่วนอนุภาคเล็กจะแขวนตัวลอยอยู่ในอากาศ ทำให้บุคคลที่ใกล้ชิดหรือผู้ที่คลุกคลีกับผู้ป่วย มีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายได้มากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาในการควบคุมและป้องกันวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไม่มีวันสิ้นสุด(กองวัณโรค, มปป.) ดังนั้นจึงควรมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยมีหลักการ

### ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดังนี้

1. การค้นหาผู้ป่วยโดยเร็ว โดยเฉพาะผู้ที่มีเชื้ออยู่ในเสมหะ แล้วทำการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้จำนวนเชื้อลดลงอย่างรวดเร็ว โดยปกติภายหลังจากการรักษา 2 สัปดาห์ อาการ ไอ จะลดลงมาก และความสามารถในการแพร่เชื้อโรคก็จะลดลงอย่างมากด้วย Toman (1979) กล่าวว่า ควรตรวจไม่พบเชื้อจากเสมหะภายใน 3-4 สัปดาห์ ส่วน Crofton et al. (1992) กล่าวว่า ตรวจไม่พบเชื้อจากเสมหะภายใน 2-3 สัปดาห์ หลังจากรับการรักษา

2. แนะนำหรือควบคุมให้ผู้ป่วยปิดปากด้วยกระดาษชำระ หรือสิ่งอื่น ๆ ทุกครั้งที่ ไอ หรือจามและชากเสมหะใส่ภาชนะที่เก็บมิดชิด เป็นข้อปฏิบัติที่มีความสำคัญกว่า การให้ผู้สัมผัสโรคสวมหน้ากาก ปิดจมูก

3. การปรับสภาพแวดล้อมให้ดี เช่น ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ปริมาณแสงแดดเพียงพอ

4. การให้วัคซีน บีซีจี เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเกิดใหม่ หรือให้ยาป้องกัน (Chemoprophylaxis) สำหรับผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำเป็นพิเศษ เนื่องจากคนไทยส่วนใหญ่มีผล Tuberculin test เป็นบวก ซึ่งหมายความว่าเคยได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้ว การติดต่อระหว่างผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ จึงเป็นไปได้โดยยาก โรคที่เกิดขึ้นกับผู้ใหญ่ เชื่อว่าเป็นการกำเริบของเชื้อวัณโรคที่มีอยู่เดิม ตั้งแต่ได้รับเชื้อเมื่อครั้งยังเป็นเด็กอยู่

### 2.3. แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการที่วัณโรคปอด เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง และเป็นโรคที่สังคมรังเกียจแม้แต่ญาติพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเอง ประกอบกับการรักษาวัณโรคจำเป็นต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวัง ท้อแท้ มีปมด้อยและขาดกำลังใจที่จะรักษาต่อไปจนครบกำหนดรักษา นอกจากนี้จากอาการข้างเคียงของยาที่รับประทานอาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรับประทานยานอกจากไม่ช่วยทำให้หายขาดจากโรคแล้ว ยังทำให้มีอาการของโรคมากขึ้น จากความรู้สึกดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาและไม่มารับการตรวจรักษาอีก ดังนั้นจะเห็นว่าในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หรือการเป็นผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ต้องอาศัยปัจจัยหรือตัวแปรหลาย ๆ ตัว มาประกอบกัน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

การศึกษาของดวงกมล(2527) ที่ศึกษาเรื่อง การควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อทางด้านสุขภาพและความเชื่อในอำนาจในตน-นอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน รับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารัตติ จำนวน 150 รายพบว่า แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้ ( $P=0.01$ )

การศึกษาของพวงพยอม(2527) ที่ศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 126 ราย โดยการสัมภาษณ์ และศึกษารายงานประวัติ พบว่า แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา โดยการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ( $P < 0.05$ )

การศึกษาของ Miller et al. (1989) ที่ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังจากป่วยมาแล้ว 1 ปี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 81 ราย พบว่า แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การปฏิบัติกิจกรรม การงดสูบบุหรี่ การเผชิญปัญหาได้

นอกจากนี้ยังมีการศึกษา ตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพดังนี้

2.3.1 แรงจูงใจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของประลัมภ์และคณะ (2524) ที่วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มารับการรักษาตามนัดของศูนย์วัณโรคเขต 7 อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และสุรินทร์ จำนวน 196 ราย พบว่า ผู้ป่วยล้มวันนัดร้อยละ 12.32 แสดงว่า ผู้ป่วยไม่สนใจหรือตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษาเท่าที่ควร หรือขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา(2529) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา( $P= 0.01$ )

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาความร่วมมือในการรักษาเป็นรายด้าน ที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว

คือ การศึกษาของภิมย์ลักษณ์(2534) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษา ที่ศูนย์วัณโรคปอดเขต 5 นครราชสีมา จำนวน 92 รายพบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ( $r = 2.973, P=0.004$ ) และการศึกษาของพวงพยอม(2527) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลวชิรพยาบาลจำนวน 126 ราย โดยการสัมภาษณ์และศึกษารายงานประวัติ พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความร่วมมือในการมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด แต่การศึกษาดังกล่าวได้ผลตรงข้ามกับการศึกษาของยุวดี(2532) ที่ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาที่สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ จำนวน 102 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมสุขศึกษา 54 ราย และกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ 48 ราย พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีแรงจูงใจไม่สัมพันธ์กับการมารับการรักษาตามนัด ( $P=0.004$ ) และพฤติกรรมการมารับยาและตรวจตามนัดในกลุ่มที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมของผู้วิจัย มีความถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ แต่เมื่อทดสอบความแตกต่าง ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ และพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาตามนัดของผู้ป่วยวัณโรคปอด

2.3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนความรู้ลึกซึ้งของผู้ป่วยต่อการถ่ายทอดการจะเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ตามมาจากการที่มีสุขภาพร่างกายอ่อนแอ จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น โดยมีผลการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว คือ การศึกษาของนิตยา ( 2529 ) ศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ( $P=0.001$ ) แต่ตรงข้ามกับการศึกษาขององค์ทิพย์(2533) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาแบบกลุ่มวิชาชีพ ตามแนวความคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ แก่พระภิกษุที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างคือ พระภิกษุป่วยเป็นวัณโรคปอดที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรีจำนวน 67 รูป พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ ( $P=0.001$ )

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาความร่วมมือในการรักษาเป็นรายด้านที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว

คือ การศึกษาของภิมย์ลักษณ์ (2534) พบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็ง สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยา ( $r=0.3055, p=0.003$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Miller et al. (1989) ที่ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังจากป่วยมาแล้ว 1 ปี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ Midwestern Hospital 3 แห่ง ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 81 ราย ศึกษา โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สามารถทำนายความร่วมมือในการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการปฏิบัติตามกิจกรรมได้ และการศึกษาของ Jones et al. (1987) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มความร่วมมือในการมารับการตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลเอกชนขนาด 500 เตียง ในรัฐ Ohio ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 72 ราย พบว่า การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดเพิ่มมากขึ้น

**2.3.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค** เป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะหมายถึงความรุนแรงตามความรู้สึนึกคิดของผู้ป่วยมากกว่าจะหมายถึง ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ๆ ตามการประเมินอาการแสดงของโรคตามแนวความคิดของแพทย์ การรับรู้ของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคเป็นผลกระทบที่เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนต่อฐานะ บทบาททางสังคมของเขาและครอบครัว ซึ่งระดับความคุกคามของโรคจะเริ่มต้นจากความไม่สุขสบายเพียงเล็กน้อยไปจนถึงความรุนแรงขั้นพิการหรือเสียชีวิต โดยการประเมินจากอาการที่ปรากฏให้เห็น หรือเกิดจากการตัดสินใจจากผลกระทบที่มีต่อบทบาทการประกอบอาชีพและต่อครอบครัว ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยทำให้เกิดความรุนแรงต่ออวัยวะ และมีผลเสียต่อสถานภาพทางสังคมของตนแล้วบุคคล ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคนั้น หรือเมื่อบุคคลรับรู้ว่าโรคที่ตนเป็นอยู่ไม่มีความรุนแรงมักจะไม่น่าสนใจต่อสุขภาพของตนเองและไม่เชื่อในแผนการรักษา แต่มีผลการศึกษาที่ตรงข้ามกับแนวคิดดังกล่าว คือ การศึกษาของอนงค์ทิพย์ (2533) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา (2529) ที่พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญ ( $P=0.05$ )

แต่อย่างไรก็ตาม มีผลการศึกษาความร่วมมือในการรักษาเป็นรายด้าน ที่สนับสนุนแนวคิด

ดังกล่าวคือ การศึกษาของภิมย์ลักษณ์ (2534) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการรับประทานยา ( $r = 0.3169, P = .002$ ) และมีการศึกษาของ Becker et al. (1990) ที่ศึกษาการทำนายความร่วมมือของมารดาตามแผนการรักษาของบุตร กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหุ้้นกลางอกเส่นรับการรักษที่ John Hopkin Hospital จำนวน 125 ราย โดยการสัมภาษณ์มารดา พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาและการมารับการ ตรวจตามนัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความไม่สุขสบายของเด็ก ( $P < 0.05$ ) ทั้งนี้ Becker (1979 อ้างถึงในประภาณี, 2534) ได้ให้ความเห็นว่า งานวิจัยบางเรื่องที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคกับการตรวจรักษาและป้องกันโรค พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ระหว่างสองตัวแปรนี้ อาจจะเนื่องมาจากการที่บุคคลมีความเชื่อที่สูงหรือต่ำเกินไป ซึ่งจะสัมพันธ์ กับระดับความกังวลใจที่สูงหรือต่ำก็ได้ แล้วระดับความกังวลใจนี้ จะมีผลต่อการแสวงหาและปฏิบัติ ตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล

**2.3.4 การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติ** เป็นความเชื่อของผู้ป่วยต่อความปลอดภัยของแผน การรักษา และประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งสามารถประเมินได้จาก ความเชื่อถือศรัทธาต่อ แพทย์และแผนการรักษา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของโรคในทางที่ดีขึ้น ผลการรักษาและอาการ ช้างเคียงของยาที่รับประทานที่อาจจะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สำคัญที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วย มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษาหรือรับการตรวจรักษา ไม่ครบ เนื่องจาก ผู้ป่วยเชื่อว่าเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้วไม่จำเป็นต้องรับการรักษาท่อไป และไม่ยอมรับรู้ ว่าการหยุดยาก่อนกำหนดมีผลเสียต่อผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด และเมื่อเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผู้ป่วยมักเกิดความคิดว่ายาที่กำลังรับประทานอยู่ไม่ถูกกับโรค เพราะฉะนั้นผู้ป่วยจะหยุดรับประทาน ยา หรือพยายามเสาะหาแหล่งรักษาอื่นต่อไป ( สุริยะและอรุรินทร์ , 2528 ; เสาวรสและคณะ , 2531; ยุทธิชัยและคณะ , 2533 ) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับการรักษ ไม่ครบเนื่องจากไม่แน่ใจว่าการรักษาจะสามารถทำให้หายจากโรคได้ มีทัศนคติไม่ดีต่อการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา ( ประกิตและคณะ, 2528; เสาวรสและคณะ, 2531; Becker, 1974 ; Rutledge and Davis, 1988) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิ- สภาพของโรค ตลอดจนแนวทางการรักษาของแพทย์ ทำให้มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการ รักษา(จริยาวัตร, 2532; Goodspeed et al., 1988) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมอย่างใดนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลต่อเป้าหมายนั้นว่าจะมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด ซึ่งการที่บุคคลได้ รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้การสนับสนุนให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดด้วย

ความมุ่งหวังว่า จะสามารถป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงของโรค ตลอดจนส่งเสริมให้มีสุขภาพดี วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อเรื้อรังและการรักษาจำเป็นต้องใช้ระยะเวลา ยาวนาน การที่ผู้ป่วยขาดยาหรือรับการรักษาไม่ครบเนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่า เมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว ไม่จำเป็นต้องรับการรักษาต่อไปและไม่ยอมรับรู้ว่าการหยุดยาก่อนกำหนด จะมีผลเสียต่อผู้ป่วยมาก น้อยเพียงใด และเมื่อเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผู้ป่วยมักเกิดความคิดว่ายาที่กำลังรับประทานอยู่ ไม่ถูกต้องกับโรค เพราะฉะนั้นผู้ป่วยจะหยุดรับประทานยาหรือพยายามเสาะหาแหล่งรักษาอื่นต่อไป (สุริยะ และอุรินทร์, 2528 ; เสาวรสและคณะ, 2531; ยุทธิชัย, 2533) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เพราะไม่แน่ใจว่าการรักษาจะสามารถทำให้หายจากโรคได้ มีทัศนคติไม่ดีต่อการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา (ประกิตและคณะ, 2528; เสาวรสและคณะ, 2531; Becker, 1974; Rutledge and Davis, 1988) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการ รักษา จะต้องมององค์ประกอบที่สำคัญคือ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ มีการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิด ดังกล่าวคือ การศึกษาของ นิตยา (2529) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ( $P = 0.01$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ทิพย์ (2533) ที่พบว่า การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ ทางบวก กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ( $P = 0.01$ ) และการศึกษาของ Klinger (1984) ที่ศึกษาเรื่อง ความร่วมมือในการรักษาหลังจากป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่รับการรักษาที่สถานบริการ เขตเมือง 3 แห่ง จำนวน 60 ราย เป็นชาย 40 ราย เป็นหญิง 20 ราย โดยการสัมภาษณ์ หลังจากจำหน่ายไป 4-6 เดือน พบว่า ความร่วมมือในการรักษามีปัจจัยเอื้ออำนวยที่สำคัญ คือ ร้อยละ 70.0 เป็นความรู้สึกถึงผลของความร่วมมือในการรักษา และร้อยละ 28.0 เป็นการรับรู้ เกี่ยวกับแผนการรักษา ซึ่งได้แก่ การรับรู้ผลของแผนการรักษาและความยุ่งยากของแผนการรักษา และการศึกษาของ Jones et al. (1987) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ มีผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Becker et al. (1990) ที่พบว่า ทัศนคติต่อความสามารถของแพทย์หรือยาที่ใช้ในการรักษา มีความสัมพันธ์กับการ ให้นุตรรับประทานยาและการพาบุตรมารับการตรวจตามนัด แต่การศึกษาดังกล่าวตรงข้ามกับการ ศึกษาของ ดวงกมล (2527) ที่พบว่า วิธีการรักษาของแพทย์ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการ รักษาได้

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความร่วมมือในการรักษาเป็นรายด้าน ที่สนับสนุนแนวคิดข้างต้นคือ

การศึกษาของกริมม์ลักษณะ (2534) พบว่า การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา ( $r=0.3169, P=0.002$ )

**2.3.5 ปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน** นอกจากการรับรู้ด้านต่าง ๆ และแรงจูงใจ ที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับความร่วมมือในการรักษาแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ดังนี้

**2.3.5.1 ลักษณะประชากร** ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โดยมีการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ตามตัวแปรของลักษณะประชากร คือ

**เพศ :** การศึกษาของ Jones et al. (1988) ที่ศึกษาเรื่อง การเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโดยการส่งต่อจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเอกชน ขนาด 500 เตียง ที่รัฐ Northeastern Ohio จำนวน 842 ราย พบว่า ความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดไม่มีความสัมพันธ์กับเพศของผู้ป่วยการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาของพวงพยอม (2527) ที่พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา การมารับการตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมน้ำหนัก ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศของผู้ป่วย และการศึกษาของประกิตและคณะ (2528) ที่ศึกษาเรื่องการจัดบริการ การรักษาผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดที่ได้รับการรักษา ที่โรงพยาบาลรามาริบัติในช่วงเดือนพฤษภาคม 2521-เมษายน 2524 จำนวน 160 ราย พบว่าเพศไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดหายจากการรักษาก่อนครบกำหนดการรักษา กล่าวคือ ไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนครบกับผู้ป่วยที่ขาดการรักษาไปก่อนครบการรักษา

**อายุ :** การศึกษาของ Jones et al. (1988) พบว่า อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ( $P<0.05$ ) โดยที่กลุ่มอายุมากกว่า 30 ปี ให้ความร่วมมือในการรักษา มากกว่ากลุ่มอายุอื่น การศึกษาดังกล่าวตรงข้ามกับการศึกษาของ Ice (1985) ที่ศึกษาความร่วมมือในการรักษาในระยะยาว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจรั่ว (Coronary Heart Disease) พบว่า อายุของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันโรค การลดน้ำหนักและการฟื้นฟูสภาพ การศึกษาของกริมม์ลักษณะ (2534) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา และการศึกษาของประกิตและคณะ (2528) พบว่า อายุของผู้ป่วยไม่ใช่ปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยขาดหายจากการรักษาก่อนครบกำหนด กล่าวคือ ไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนครบกับผู้ป่วยที่ขาดการรักษาไปก่อนครบกำหนด

สถานภาพสมรส : การศึกษาของ Jones et al. (1988) พบว่า ความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ( $P < 0.05$ ) โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด แต่ตรงข้ามกับการศึกษาของประกิตและคณะ (2528) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดหายไปจากการรักษา

ระดับการศึกษา : การศึกษาของ Jones et al. (1988) พบว่า ความร่วมมือในการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของประกิตและคณะ (2528) ที่พบว่า การศึกษาไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดหายไปจากการรักษา และการศึกษาของยวดี (2532) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาตามนัด

2.3.5.2 ปัจจัยด้านโครงสร้าง ซึ่งเป็นความต้องการต่าง ๆ เพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ระยะเวลาในการรักษา ความยุ่งยากและอาการข้างเคียงของการรักษา ความสามารถในการเข้าถึงบริการ มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยขาดการรักษา เนื่องจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการรักษา ปัญหาเกี่ยวกับการเดินทาง เช่น เดินทางมารับการรักษาลำบาก ระยะทางไกล ต้องใช้เวลาในการเดินทางนาน ไม่มีเวลามารับหรือตรวจตามแพทย์นัด ตลอดจนปัญหาเกี่ยวกับโปรแกรมหรือแผนการรักษา ที่มีความหลากหลายและยุ่งยากในการปฏิบัติตาม ( ประถมภ์และคณะ, 2524; ประกิตและคณะ, 2528; พวงรัตน์, 2530; ยวดี, 2532; จูรี, 2534; Connelly, 1984; Klinger, 1984; Ice, 1985; Goodspeed et al., 1988; Winfield et al., 1990) ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ และหาทางแก้ไขเพื่อเป็นการสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาของบานเย็นและอนุชา (2528) ที่ศึกษาเรื่อง การให้สุขศึกษาและติดตามการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 1 นครศรีธรรมราช จำนวน 100 ราย โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม กลุ่มได้รับการสอนสุขศึกษาและติดตามโดยจดหมาย กลุ่มได้รับการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจซึ่งได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าขาดรายได้ ให้รับบริการฟรี และกลุ่มสุดท้ายเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษา มีการติดตามโดยจดหมายพร้อมทั้งให้การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ ผลการศึกษา พบว่า ความสม่ำเสมอในการรักษามีดังนี้ กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.0 กลุ่มให้สุขศึกษาและติดตามโดยจดหมายร้อยละ 76.7 กลุ่มช่วยเหลือทางเศรษฐกิจร้อยละ 67.4

กลุ่มให้ทั้งสุขศึกษาและติดตามโดยจดหมาย ร่วมกับการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 63.8 และผลการทดสอบความแตกต่าง ของความสม่ำเสมอในการรักษา ของกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P=0.001$ ,  $P=0.02$  และ  $P=0.001$  ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงรัตน์และสมจิต (2530) ที่ศึกษาเรื่อง การสำรวจและวิเคราะห์ความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค หลังจากช่วยเหลือทางสังคมสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาที่สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ พ.ศ. 2526 - 2528 จำนวน 400 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาร่วมกับการช่วยเหลือทางสังคมสงเคราะห์ คือได้รับการช่วยเหลือในการ ลดค่าตรวจรักษา จ่ายยาฟรี จ่ายค่าพาหนะ ค่าอาหาร ค่าเสื้อผ้าและจ่ายค่าครองชีพเป็นรายเดือน จ่ายค่าเล่าเรียนบุตร และจัดหางานให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย กับกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาอย่างเดียว พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาร่วมกับการช่วยเหลือทางสังคมสงเคราะห์ให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาอย่างเดียว ( $P<0.05$ ) แต่การศึกษาของ พวงรัตน์ (2530) ที่ศึกษาเรื่อง การศึกษาปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอและแนวทางแก้ไข กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาที่สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ และมาพบนักสังคมสงเคราะห์ในปี พ.ศ. 2522 - 2527 จำนวน 200 ราย พบว่า สาเหตุของการได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 38.5 ปัญหาการเดินทางคือ มาเองไม่ถูก ไม่มีใครพามา ร้อยละ 15.0 ไปทำงานต่างจังหวัดมารับยาล้างบากร้อยละ 16.5 ทางลำบากมาไม่ได้ร้อยละ 1.0 นักสังคมสงเคราะห์ได้ให้ความช่วยเหลือ โดยการให้สุขศึกษา พร้อมทั้งส่งต่อให้ไปรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ลดหรือลดเว้นค่ายา ช่วยเหลือด้านค่าอาหาร ค่าครองชีพ ช่วยการศึกษาบุตร ตลอดจนการให้อาหารเสริม โดยพิจารณาช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย แต่หลังจากการให้การช่วยเหลือดังกล่าวแล้ว พบว่า ยังมีผู้ป่วยรับยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 29.5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการช่วยเหลือทางสังคมสงเคราะห์ ไม่สามารถแก้ปัญหาการไม่มารับยาอย่างสม่ำเสมอ หรือการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้มากนัก จึงจำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขต่อไป

2.3.5.3 ปัจจัยด้านทัศนคติ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่ และรูปแบบการให้บริการที่คลินิก ซึ่งมีผลการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว คือ การศึกษาของอนงค์ทิพย์ (2533) พบว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ( $P=0.01$ )

สอดคล้องกับการศึกษาของจูลี (2534) ที่ศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ที่โรงพยาบาลโรคทรวงอกในปี พ.ศ. 2533 จำนวน 2,205 ราย พบว่า สาเหตุของการขาดการรักษาเนื่องจากไม่ประทับใจในการบริการ

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาความร่วมมือในการรักษาเป็นรายด้าน ที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว คือการศึกษาของภิมย์ลักษณ์ (2534) พบว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยา ( $r=0.2311, P=0.027$ ) การศึกษาดังกล่าวให้ผลตรงข้ามกับการศึกษาของยุวดี (2532) ที่พบว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับยาและตรวจตามนัด

2.3.5.4 ปัจจัยด้านการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ความสม่ำเสมอและลักษณะการมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างแพทย์กับเจ้าหน้าที่ จะมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย จากการที่มีผลทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่

2.3.5.5 ปัจจัยด้านการสนับสนุน ได้แก่ ประสิทธิภาพต่าง ๆ จากการปฏิบัติ การเจ็บป่วย หรือแผนการรักษา ที่ได้จากแหล่งให้ข้อมูลหรือให้คำแนะนำ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยนี้ คือการศึกษาของประกิจและคณะ (2528) พบว่า ปัจจัยที่แตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครบ และรับการรักษาไม่ครบ ได้แก่ ประสิทธิภาพเจ็บป่วยในครอบครัว กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับประสิทธิภาพเกี่ยวกับการเกิดโรค และการรักษาจากการเจ็บป่วยเป็นวัณโรคปอดของสมาชิกในครอบครัว ให้ความร่วมมือในการมารับการรักษาจนครบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Klinger (1984) พบว่า ปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ร้อยละ 28.0 เป็นปัจจัยเกี่ยวกับแผนการรักษา คือ มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติตามแผนการรักษามาก่อน นอกนั้นเป็นปัจจัยด้านอื่น ๆ แต่การศึกษาดังกล่าวให้ผลตรงข้ามกับการศึกษาของยุวดี (2532) ที่พบว่า ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการเกิดโรคและการรักษาวัณโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับยาและตรวจตามนัด

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ซึ่งได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ผลดีในการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุนด้านต่าง ๆ ในการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งแผนการรักษาต้องใช้

ระยะเวลายาวนาน และวัณโรคปอดมีลักษณะเฉพาะกล่าวคือ เป็นโรคเรื้อรัง เป็นที่รังเกียจของบุคคลอื่นหรือแม้แต่ญาติ พี่ น้องของผู้ป่วยเอง ดังนั้นในการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีแรงจูงใจ มีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ได้แก่ รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรคและรับรู้ผลดีในการปฏิบัติ นอกจากนี้จากการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ให้ผู้ป่วยมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด อย่างต่อเนื่อง เดือนละครั้ง จนกว่าจะครบการรักษา ดังนั้นความประทับใจหรือความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่ จึงเป็นปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้วิจัยจึงได้เลือกตัวแปรต่าง ๆ เหล่านี้ มาศึกษาหาความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ เช่น ลักษณะประชากร ประสบการณ์ต่อการปฏิบัตินั้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนนักว่าเป็นปัจจัยที่มีผลหรือสามารถทำนายการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ กล่าวคือมีทั้งการศึกษาที่สนับสนุนและคัดค้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึง ไม่ได้ระบุเป็นตัวแปรในการศึกษา แต่นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับ อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น