

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ผู้วิจัยได้
ทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กลอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. วัณโรคและการรักษา

2. ความร่วมมือในการรักษา

ความหมายของความร่วมมือในการรักษา

แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

การประเมินความร่วมมือในการรักษา

3. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค

การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

4. ความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

วัณโรคและการรักษา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากเชื้อมัยโคแบคทีเรีย มีหลายสายพันธุ์แต่ที่พบบ่อยคือ ไมโครแบคทีเรียทิวเบอร์คูโลซิส (*microbacterium tuberculosis*) (Black, & Jacobs, 1993; Scanlan, 1995) เชื้อวัณโรคทำให้เกิดพยาธิสภาพตามอวัยวะเกือบทุกแห่งในร่างกาย แต่ที่พบมากที่สุดคือที่ปอด เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายสู่นกคลข้างเคียงขณะที่ผู้ป่วยวัณโรค ไอ จาม โดยละอองฝอยของเชื้อวัณโรคที่มีขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนจะแขวนลอยอยู่ในอากาศ และอาจถูกสูดหายใจเข้าไปสู่หลอดลมส่วนปลาย ส่วนละอองฝอยขนาดใหญ่จะตกลงสู่พื้นดิน (Boutotte, 1999) หลังจากบุคคลผู้ได้รับเชื้อวัณโรค ประมาณ 2-8 สัปดาห์ จะมีปฏิกิริยาของร่างกายซึ่งเป็นกลไกในการต้านทานเชื้อโรคโดยเม็ดเลือดขาวชนิดมาโครฟาจ (*macrophages*) จะจับและทำลายเชื้อวัณโรค จากนั้นเชื้อก็จะตาย แล้วจะถูกขจัดออกไปทางระบบน้ำเหลือง อย่างไรก็ตามหากภูมิคุ้มกันของ

ร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื้อวัณโรคออกไปได้หมด ภาวะป่วยเป็นวัณโรคจะเกิดขึ้นในเวลาต่อมา ซึ่งลักษณะการเกิดของวัณโรคแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ วัณโรคปฐมภูมิ และวัณโรคหลังปฐมภูมิ (Long, Phipps, & Cassmeyer, 1993)

1. วัณโรคปฐมภูมิ (primary tuberculosis) เป็นการติดเชื้อวัณโรคครั้งแรกในผู้ที่ไม่เคยได้รับเชื้อวัณโรคมาก่อน วัณโรคปฐมภูมิจะมีการอักเสบของเซลล์ปอดเป็นจุด ๆ และมีกลไกการหายเช่นเดียวกับขบวนการหายของการอักเสบ โดยเกิดมีผังผืดขึ้นรอบ ๆ รอยแผล จากกลไกนี้ทำให้เชื้อวัณโรคอยู่ในระยะสงบ ถึงร้อยละ 95 ส่วนอีกร้อยละ 5 จะถูกกลืน และมีการแพร่กระจายได้

2. วัณโรคหลังปฐมภูมิ (post-primary tuberculosis) วัณโรคชนิดนี้เกิดจากการเจริญแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคขึ้นมาใหม่หลังจากที่เชื้อวัณโรคอยู่ในร่างกายอย่างสงบมาระยะหนึ่ง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดวัณโรคหลังปฐมภูมิคือ สภาพร่างกายที่อ่อนแอ สภาพอารมณ์ที่ตึงเครียด ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง

อาการและอาการแสดง

โดยทั่วไปเมื่อมีการติดเชื้อวัณโรค ผู้ป่วยมักแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป จนบางครั้งไม่ทันสังเกตถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาการเหล่านี้ได้แก่ อ่อนเพลีย มีไข้ต่ำ ๆ (Black, & Jacobs, 1993) เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือมีเสียงแหบ (Boutotte, 1999) ในผู้หญิงการมีรอบเดือนอาจไม่ปกติ อาการของวัณโรคอาจแสดงอยู่ยาวนานเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน บางคนอาจมีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ บางครั้งอาจมีเหงื่อออกตอนกลางคืน หากมีอาการและอาการแสดงทางปอด มักพบอาการไอเรื้อรัง ซึ่งเป็นอาการค่อยเป็นค่อยไป หรืออาจมีอาการรุนแรงมาก ปริมาณเสมหะจะมากขึ้น ขึ้นขึ้น จนในที่สุดอาจแสดงอาการมีโลหิตออกเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่หลอดโลหิตในปอด ทำให้มีโลหิตรั่วออกมาในหลอดลม โลหิตที่ออกมาจะมีหลายลักษณะ เช่น โลหิตออกมากับเสมหะ ขณะขากเสมหะ หรือขณะไอ อาเจียนอาจมีโลหิตออกมาเป็นลิ่ม ๆ บางครั้งผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกหรือรู้สึกแน่นๆ ในอก (Cook, 1997) หรืออาจแสดงอาการไข้เฉียบพลัน ร่วมกับอาการไอมีเสมหะมาก ไข้หนาวสั่น ปวดเมื่อยตามตัว และเหงื่อออกคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ (อังกูร เกิดพาณิชย์, 2540) บางรายอาจมีอาการหอบเหนื่อย เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอดรุนแรง เช่น ถุงลมปอดฉีกขาด มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (บัญญัติ ปริชญาณนท์, ดำรงค์ บุญยืน และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2540)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยวัณโรค ประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญดังนี้ (Long, Phipps, & Cassmeyer, 1993)

1. การซักประวัติ พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมักมีประวัติสัมผัสกับวัณโรคในครอบครัว

ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบาย ชูบผอม ไขมันมีเสมหะเรื้อรังเกิน 3 อาทิตย์ และอาจมีไข้ขึ้นเล็กน้อยตอนเย็น บางคนอาจมีน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ได้กำหนดวิธีการตรวจหาเชื้อวัณโรคไว้ 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ

2.1 การตรวจเสมหะโดยการย้อมสี (sputum smear) เป็นการวินิจฉัยโรคได้แน่นอน เป็นวิธีที่ง่าย ได้ผลเร็ว สิ้นค่าใช้จ่ายน้อย นิยมนำเสมหะที่ผู้ป่วยไอออกมาในโอกาสแรกที่พบแพทย์ และวันต่อมารวมเป็น 3 ครั้ง โดยเก็บเสมหะที่ไอออกมาจากส่วนลึกของหลอดลมจากนั้น นำเสมหะป้ายสไลด์แล้วย้อมสีเพื่อตรวจหาเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ การพบเชื้อวัณโรคโดยวิธีนี้จะขึ้นกับปริมาณของเสมหะ ความเข้มข้น หรือปริมาณของเชื้อที่อยู่ในเสมหะ บุคคลที่ถือว่าเป็นวัณโรคคือ ผลตรวจเสมหะพบมีเชื้อวัณโรค 1 ครั้ง ร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด หรือผลการตรวจพบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย 2 ครั้งถึงแม้ว่าภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่พบสิ่งผิดปกติ

2.2 การตรวจเสมหะโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อ (sputum culture) คือการส่งเสมหะ เพาะเลี้ยงเชื้อ นิยมทำในผู้ป่วยที่สงสัยเป็นวัณโรคปอดแต่ตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมสีไม่พบเชื้อวัณโรค การพบเชื้อวัณโรคโดยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ ใช้เวลานานกว่าวิธีย้อมสี ประมาณ 4-8 สัปดาห์ จึงจะทราบผล (ปรีชา วิจิตพันธุ์, เปรม บุรี และวัลลภ สัตยาศัย, 2537)

3. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) วิธีนี้มีประโยชน์ในการตรวจผู้สัมผัสโรค ผู้ที่ได้รับการตรวจเสมหะแล้วไม่พบเชื้อ ผลการตรวจด้วยภาพรังสีทรวงอกในบุคคลที่สงสัยว่าเป็นวัณโรคปอดมากที่สุดอาจพบรอยโรคหลาย ๆ ลักษณะ เช่น เป็นฝ้าหรือเป็นก้อนที่ส่วนบนของปอด ทั้งสองข้าง หรือข้างใดข้างหนึ่ง อาจพบลักษณะปอดเป็นโพรง หรือมีลักษณะเงาสีขาวเป็นจุดๆ บริเวณรอยโรคซึ่งเกิดจากการเกาะของแคลเซียม หรือพบลักษณะโพรงหนองในปอด (Boutotte, 1999) การถ่ายภาพรังสีทรวงอกไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้แน่นอนหากผู้ป่วยมีโรคอื่น ๆ ที่มีลักษณะภาพถ่ายรังสีทรวงอกคล้ายวัณโรค เช่น ปอดบวม โรคมะเร็ง

4. การทดสอบทูเบอร์คิวลิน (tuberculin skin test) เป็นการทดสอบเพื่อค้นหาว่าร่างกายเคยได้รับเชื้อวัณโรคหรือไม่ โดยฉีดน้ำยาทูเบอร์คิวลินเข้าใต้ผิวหนังแล้วดูปฏิกิริยาของผิวหนังหลังจากฉีดยา 12-24 ชั่วโมง หรืออาจใช้เวลาถึง 48 ชั่วโมง หากมีอาการผิวหนังนูนแดงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 10 มิลลิเมตรขึ้นไป จัดว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค (Long, Phipps, & Cassmeyer, 1993) แต่การทดสอบทูเบอร์คิวลินนี้อาจให้ผลลบในรายที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือโรคอื่น ๆ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยกำลังเป็นวัณโรคอยู่ก็ตาม และการทดสอบที่ให้ผลบวกอย่างมากก็เพียงแสดงว่าผู้ป่วยรายนี้เคยได้รับเชื้อวัณโรคมาก่อนแล้วไม่ได้บ่งบอกว่าเป็นวัณโรคชนิดเฉียบพลัน (ปรีชา วิจิตพันธุ์, เปรม บุรี และวัลลภ สัตยาศัย, 2537)

การติดต่อของเชื้อวัณโรค

เชื้อวัณโรคสามารถติดต่อได้หลายทาง (อังกูร เกิดพาณิชย์, 2540) ดังนี้

1. ระบบทางเดินหายใจ เชื้อวัณโรคที่มีขนาด 1-5 ไมครอนจะกระจายอยู่ในอากาศ หลังจากผู้ป่วยไอ จาม พุด หรือร้องเพลง และเชื้อวัณโรคปลิวไปติดกับฝุ่นละออง บุคคลที่สูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคที่ปนในอากาศเข้าไปถึงถุงลมเล็กๆ ในปอดจะมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคสูง ส่วนใหญ่การจามจะมีเชื้อวัณโรคออกมามากที่สุด การติดต่อที่เกิดขึ้นจะพบบริเวณในห้องมากกว่าในบรรยากาศภายนอกที่มีแสงแดดส่องถึง ส่วนการติดต่อจากเสื้อผ้า จาน ชาม เป็นไปได้้น้อยมาก
2. ระบบทางเดินอาหาร เชื้อวัณโรคอาจติดต่อได้จากการรับประทานอาหารที่มีการปนเปื้อนเชื้อวัณโรคเข้าไปเช่น นมวัวที่มีเชื้อวัณโรค
3. ผิวหนัง ได้แก่การผ่านของเชื้อวัณโรคเข้าทางบาดแผลหรือผิวหนังที่ถลอกซึ่งการติดต่อด้วยวิธีนี้พบน้อย

การทำลายเชื้อวัณโรค

การทำลายเชื้อวัณโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในเสมหะ และอุปกรณ์อื่น ๆ มีหลายวิธี คือ (ปรีชา วิจิตพันธุ์, เปรม บุรี และวลลี สัตยาชัย, 2537)

1. การต้ม เป็นการทำลายเชื้อที่ติดอยู่ในเสื้อผ้า ผ้าเช็ดหน้ามูก ภาชนะที่ผู้ป่วยใช้ โดยการต้มทำลายเชื้อใช้เวลานานประมาณ 10-20 นาที
2. การเผา เป็นการทำลายเชื้อที่ดีที่สุด โดยเผากระดาษชำระที่ปนเปื้อนเสมหะ
3. การใช้แสงอาทิตย์ ใช้ทำลายเชื้อที่อยู่ตามพื้นนอน มุ้ง หมอน เสื้อ โดยนำออกมาผึ่งแดด ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ห้องนอน และห้องน้ำควรเปิดให้แสงแดดส่องถึง
4. การใช้สารเคมี ได้แก่ น้ำยาไลโซลเข้มข้นร้อยละ 3-5 หรือใช้แอลกอฮอล์เข้มข้นร้อยละ 70 ใส่กระโถนที่ใช้ขับเสมหะ แช่ไว้นาน 4 ชั่วโมง

การรักษาวัณโรค

การรักษาวัณโรคมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือรักษาผู้ป่วยในระยะติดต่อโดยรีบด่วน การรักษาที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยหายจากวัณโรคร้อยละ 90 -100 และช่วยให้การแพร่เชื้อหมดไปด้วยที่ใช้ในการควบคุมวัณโรคในระบบเก่า ใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 18-24 เดือน และยาที่ใช้คือ ไอโซไนอะซิด สเตรปโตมัยซิน และริบอะซิโตน (สมบุญ ผ่องอักษร, 2524) การใช้ยาแบบเก่าทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยให้

ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย (Black, & Jacobs, 1993) และยาขับอะซิโตน ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้สูง และอาการไม่พึงประสงค์นี้อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ (Spinacci, 1991)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ได้มีการทดลองยาหลายขนาน และยาหลายสูตรที่ให้ประสิทธิผลสูงกว่าระบบเดิมคือ การรักษาแบบระยะสั้น (short-course chemotherapy) ซึ่งการรักษาแบบระยะสั้น เป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลาเพียง 6-8 เดือน (บัญญัติ ปริษานนท์, 2539) ซึ่งสูตรระยะสั้นนี้สามารถให้ผู้ป่วยวัณโรคหายได้ร้อยละ 95 หากรับประทานยาครบ และสม่ำเสมอ

การใช้ยารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพสูงมากนั้น สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ร้อยละ 100 ขึ้นกับการรับประทานยาครบกำหนด การวัดความสำเร็จของการรักษาครบโดยการตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

1. การให้ยาถูกประเภท โดยการให้ยารักษาในระบบที่ถูกต้อง การรักษาวัณโรคแบ่งเป็น 2 ระยะที่สำคัญคือ รักษาในระยะเข้มข้น (intensive phase) จะมียาอย่างน้อย 3 ชนิดที่ใช้ ซึ่งมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว หลังจากนั้นเป็นการรักษาแบบต่อเนื่อง (continuation phase) จะมียาอย่างน้อย 2 ตัว ซึ่งมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อวัณโรคที่หลงเหลืออยู่
2. การให้ยาถูกต้องตามขนาด การให้ยาในขนาดที่ต่ำเกินไป เชื้อวัณโรคจะไม่ตาย และหากให้ยาสูงเกินไปผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
3. การให้ยาระยะยาวเพียงพอ ระบบระยะสั้นมีระยะการให้ยาแตกต่างกันตั้งแต่ 4, 6 และ 8 เดือน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของวัณโรคในผู้ป่วยแต่ละคน
4. การมีความต่อเนื่องของการรักษา จะทำให้เชื้อวัณโรคตายและทำให้ผู้ป่วยรักษาหายขาด

ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค

ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรคในแผนการรักษาวัณโรคแห่งประเทศไทย ใช้ระบบยารักษาวัณโรคตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 1997 ประกอบด้วยยาหลัก 5 ตัว (ปริชา วิจิตพันธ์, เปรม บุรี และวลี สัตยาชัย, 2537; กระทรวงสาธารณสุข, 2541) คือไอโซไนอะไซด์ (isoniazid hydrochloride: H) ไรแฟมปีซิน (rifampicin: R) พัยราซินามิด (pyrazinamide: Z) สเตร็ปโตมัยซิน (streptomycin: S) และอีแทมบูทอล (ethambutol: E) และใช้ยารองกรณีใช้ยาหลักไม่ได้ผล ซึ่งยารองประกอบด้วยยา คานามัยซิน (kanamycin) โซโลเซอร์ริน (cycloserine) และอีธัยโอนาไมด์ (ethionamide) นอกจากนี้มีการกำหนดระบบยาหลักแล้วเพื่อให้ได้ผลในการรักษาจึงกำหนดสูตรยาที่ใช้ให้ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยแบ่งสูตรยารักษาวัณโรคเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. สูตรยาประเภทที่ 1 (2HRZE(S)/4HR) สูตรยาดังกล่าวประกอบด้วยยา 4 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมปีซิน (R) พัยราซิโนไมด์ (Z) และอีแธมบูทอล (E) อาจเพิ่มยา สเตรปโตมัยซินหากผู้ป่วยอยู่ในระยะติดเชื้อวัณโรคที่รุนแรงมาก โดยใช้ยาดังกล่าวในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษาและรักษาแบบต่อเนื่องต่อไปอีกเป็นระยะเวลา 4 เดือนโดยใช้ยา 2 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด (H) และ ไรแฟมปีซิน (R) รวมระยะเวลาการรักษาทั้งหมด 6 เดือน สูตรยาประเภทนี้ใช้กับผู้ป่วยใหม่ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก และไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน หรือใช้กับวัณโรคปอดที่มีเสมหะเป็นลบที่มีผลกั้นเนื้อปอดมาก ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรคทุกเดือนเพื่อประเมินผลการรักษา ในกรณีที่ผลตรวจเสมหะสิ้นสุดเดือนที่ 2 ยังเป็นบวก ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาเหมือนช่วง 2 เดือนแรกต่อไปอีก 1 เดือน จากนั้นให้ยาในระยะต่อเนื่องได้ ไม่ว่าผลของเสมหะจะเป็นบวกหรือลบก็ตาม และหลังจากนั้นตรวจเสมหะทุกเดือน เมื่อครบการรักษาหากเสมหะครั้งใดครั้งหนึ่งเป็นบวกให้ถือว่าการรักษาล้มเหลว ต้องเริ่มรักษาโดยใช้สูตรยาประเภทที่ 2 ต่อไป

2. สูตรยาประเภทที่ 2 (2HRZES/1HRZE/5HRE) สูตรยานี้ประกอบด้วยยา 5 ชนิด โดย 4 ชนิดแรกเหมือนสูตรยาประเภทที่ 1 และเพิ่มยาอีตเตรปโตมัยซินอีกหนึ่งชนิด ในการรักษา ระยะ 2 เดือนแรก ต่อมาอีก 1 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับยารับประทานทุกวัน 4 ชนิดโดยไม่มียา สเตรปโตมัยซิน และในระยะ 5 เดือนสุดท้ายจะได้รับยา 3 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด(H) ไรแฟมปีซิน (R) และอีแธมบูทอล(E) รวมเวลาการรักษาทั้งหมด 8 เดือน สูตรยาประเภทนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาล้มเหลว และผู้ป่วยที่ขาดยาแล้วกลับมาได้รับการรักษาที่มีเสมหะเป็นบวก ถ้าผลการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 เป็นลบเริ่มให้ยาในระยะต่อเนื่อง 5 เดือนหลังแก่ผู้ป่วยต่อ หากผลการตรวจเสมหะเป็นบวก ให้รับประทานยา 4 ชนิดต่ออีก 1 เดือน และตรวจเสมหะ จากนั้นให้ยาในระยะต่อเนื่องได้ หากผลการตรวจเสมหะเมื่อครบเดือนที่ 5 ยังเป็นบวก ให้การรักษาโดยใช้สูตรยาประเภทที่ 4 แก่ผู้ป่วยต่อไป

3. สูตรยาประเภทที่ 3 (2HRZ/4HR) สูตรยาดังกล่าวประกอบด้วยยา 3 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด(H) ไรแฟมปีซิน (R) และพัยราซิโนไมด์ (Z) ในการรักษา ระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก และใช้ยา 2 ชนิดคือ ไอโซไนอะซิด (H) และ ไรแฟมปีซิน (R) ในการรักษาในระยะต่อเนื่องอีก 4 เดือน รวมระยะเวลาในการรักษา 6 เดือน สูตรยาประเภทนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบแต่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด หากผลการตรวจเสมหะเมื่อรักษาครบ 2 เดือนเป็นลบ ให้ยาในระยะต่อเนื่องต่อไป แต่หากผลการตรวจเสมหะเป็นบวกถือว่า การรักษาล้มเหลวต้องเปลี่ยนการรักษาโดยใช้สูตรยาประเภทที่ 2 และต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น

4. สูตรยาประเภทที่ 4 (H alone หรือ second line drug) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นวัณโรคเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะการล้มเหลวจากการรักษาโดยใช้สูตรยาประเภทที่ 2 ยาที่ใช้รักษาในระบบนี้เป็นยาชนิดสำรองที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อนอย่างน้อย 2 ชนิดขึ้นไป เช่น คานามัยซิน (kanamycin: KAN) ไซโคลเซอริน (cycloserine: CYC)

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาผู้ป่วยที่รักษาโดยใช้สูตรยาระยะสั้นในผู้ป่วยใหม่ทุกรายคือใช้สูตรยาประเภทที่ 1 และสูตรยาประเภทที่ 3

ผลกระทบของวัณโรคและการรักษา

วัณโรคเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้าน ร่างกาย จิตสังคม และด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกายที่เห็นเด่นชัดคือ มีอาการไอ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด (สมาคมปราบวัณโรค, 2539) และหากขณะรับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงจากยาที่รักษา ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย อาการข้างเคียงจากยาแต่ละตัวนั้นจะแตกต่างกัน ดังนี้ (ปรีชา วิจิตพันธ์, เปรม บุรี, และวัลลี สัตยาศัย, 2537 ; Phipps, 1995)

1. คัน มีผื่น และไข้ จากผลข้างเคียงของการใช้ยาไอโซไนอะซิด
2. ตาเหลือง ตัวเหลือง เนื่องจากผลของตับอักเสบจากการใช้ยาพวกอีแธมบูทอล ไรแฟมบิซิน ไอโซไนอะซิด และพัยราซิनाไมด์
3. วิงเวียน มึนงง หูอื้อ หรือชารอบปาก จากผลข้างเคียงของสเตรปโตมัยซิน
4. ตามัว ตาบอดสี จากผลข้างเคียงของอีแธมบูทอล
5. คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร และปวดตามข้อ จากผลข้างเคียงของยา พัยราซิनाไมด์
6. หน้าแดง และผิวหนังคัน มีน้ำตาไหล มีอาการคล้ายหัดจากผลข้างเคียงของ ไรแฟมบิซิน

7. อาการอื่น ๆ ที่รุนแรงคือ ชัก โรคนิ่ว นิ่วในไต ไตวาย หลอดลมอักเสบ

อาการทางกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ และยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคมตามมา ได้แก่ เกิดความคับข้องใจ หือแพ้ ซึมเศร้า ไม่มีกำลังใจในการที่จะรักษาวัณโรค อีกประการหนึ่งวัณโรคเป็นโรคติดต่อ ซึ่งมักเป็นที่รังเกียจของผู้ที่อยู่ใกล้ชิด อีกทั้งในระยะแรกของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องแยกตัวเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค สิ่งเหล่านี้ยังส่งผลกระทบกับอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้เพิ่ม

ความเครียดและบั่นทอนกำลังใจในการรักษาวัณโรคมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2541)

สำหรับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจนั้น ผู้ป่วยที่จะรักษาให้หายขาดจากวัณโรค จะต้องใช้ระยะเวลานาน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และมาตรวจตามนัด มีการศึกษาถึงค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2527, 2529 และ 2530 พบว่าค่าใช้จ่ายตั้งแต่เริ่มต้นรักษาจนครบกำหนดมีมูลค่าตั้งแต่ 1,900 บาท ถึง 6,400 บาท (นันทา มาระเนตร์, 2535) ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ส่งผลกระทบกับเศรษฐกิจของครอบครัว และหากผู้ป่วยวัณโรคมีอาการรุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ยิ่งทำให้ครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจมากขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคต้องเผชิญกับอาการทุกข์ทรมานจากโรค และการรักษาด้วยยา รวมทั้งต้องปรับตัวจากภาวะความเครียดด้านจิตใจ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่รักษาไม่ครบ หรือขาดความร่วมมือในการรักษาได้

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ความร่วมมือในการรักษา (compliance) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา หรือพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Dracup, & Meleis, 1982) ผู้ป่วยซึ่งป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายหรือเป็นโรคเรื้อรัง และที่ป่วยด้วยโรคที่หายช้าต้องรับประทานยาเป็นเวลานานหลายปี หรือหลาย ๆ เดือน จะเป็นตัวแปรในการที่ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) ความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญต่อการรักษามาก ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลการรักษาออกมาดี และมีประสิทธิภาพ (พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537) ความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการทำให้การรักษาโรคมีประสิทธิภาพ

ความหมายของความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำ ซึ่งทำตามความปรารถนาหรือขอร้อง (Good, 1973) และยังหมายถึงพฤติกรรม หรือการกระทำที่สอดคล้องตามคำแนะนำตามแผนการรักษาของแพทย์ (Dracup, & Meleis, 1982; Brannon, & Feist, 1997) หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การมาพบแพทย์ตามนัด (Mc Cord, 1986) คอนเวย์ (Conway, 1998) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาว่า เป็นการยินยอมทำตามคำสั่งจากผู้มีอำนาจในการ

รักษาหรือเชื่อฟังตามแผนการรักษา เฮย์เนส (Haynes, 1979) อธิบายถึงความร่วมมือในการรักษาว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับการรักษา หรือคำแนะนำด้านสุขภาพ

จากความหมายของความร่วมมือในการรักษาข้างต้น พบว่าความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาในเรื่อง การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การรับประทานอาหาร การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตในการพักผ่อน การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ส่งผลให้มีการดำเนินแบบแผนชีวิตไปในด้านที่ดี

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

ในปัจจุบันได้มีการอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยอาศัยรูปแบบและทฤษฎีต่าง ๆ ไว้อย่างหลากหลาย ได้แก่ รูปแบบชีวการแพทย์ (biomedical model) รูปแบบพฤติกรรม (behavioral model) ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญา (cognitive learning theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ประสิทธิผลแห่งตน (self-efficacy theories) ทฤษฎีการกระทำโดยใช้เหตุผล (the theory of reasoned action) และ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (Brannon, & Feist, 1997)

1. รูปแบบชีวการแพทย์ ในเรื่องรูปแบบชีวการแพทย์นี้ได้กล่าวถึงปัจจัยทางด้านบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ และพื้นฐานด้านจริยธรรม ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ รูปแบบการใช้ยา อาการข้างเคียงจากยา และความรุนแรง หรืออาการของโรค

2. รูปแบบพฤติกรรม ในรูปแบบพฤติกรรมนี้เชื่อว่า การกระตุ้นหรือส่งเสริมให้บุคคลมีกำลังใจที่เข้มแข็งเป็นกุญแจสำคัญในการมีพฤติกรรมความร่วมมือที่ดี (Wilkinson, 1997) รูปแบบพฤติกรรมที่ใช้กระตุ้นให้มีกำลังใจ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้รางวัล และการทำสัญญาข้อตกลงกันไว้ในเรื่องการรักษาระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย การให้คำแนะนำ มักนิยมใช้วิธีพูดคุยระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยโดยตรง และ อาจใช้วิธีให้คำแนะนำโดยการเขียนบอกทางจดหมาย การแนะนำทางโทรศัพท์ การให้รางวัลกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามเหมาะสม อาจใช้วิธีให้รางวัลเป็นปัจจัยภายนอกคือสิ่งของหรือเงินทอง ส่วนการให้รางวัลที่เป็นปัจจัยภายในของบุคคล คือการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีความสุขเพิ่มขึ้นกว่าเดิม สำหรับการทำสัญญาระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย อาจเป็นลักษณะการให้สัญญาโดยผู้ป่วยเป็นวาจาหรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรถึงความตั้งใจ บ่งบอกจุดมุ่งหมายที่ต้องการรักษาโรคให้หายหรือความต้องการมีสุขภาพที่ดี สำหรับรูปแบบพฤติกรรมกระตุ้น

ให้มีกำลังใจบางรูปแบบอาจก่อให้เกิดความรู้สึกที่เป็นลบแต่มุ่งเน้นเพื่อให้ได้ประโยชน์ในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การพูดชมเชยถึงอันตรายของโรคเมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยา

3. ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญา ทฤษฎีนี้มุ่งอธิบายถึง พื้นฐานการรับรู้ของบุคคล ความสามารถในการปรับตัวต่ออาการของโรค เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาโดยผ่านขบวนการเรียนรู้ วิเคราะห์และเห็นคุณค่าในการที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญานี้มีหลายรูปแบบ ดังนี้

3.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ประสิทธิผลแห่งตน บุคคลที่มีการรับรู้ ใช้สติปัญญาวิเคราะห์ การกระทำที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้องได้จะมีความพึงพอใจ และมีความเชื่อในความสามารถแห่งตน มีความมั่นใจว่าเมื่อตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องนั้นได้ จะทำให้พฤติกรรมนั้นๆ ได้รับผลลัพธ์ตามสิ่งที่คาดหวังไว้ (Bandura, 1977 cited in Brannon, & Feist, 1997) เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถแห่งตนว่าเมื่อปฏิบัติความร่วมมือในการรักษาแล้วผลที่ออกมาคือตนเองจะหายจากโรค

3.2 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ในทฤษฎีนี้กล่าวถึงการที่บุคคลจะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งนั้นต้องผ่านกระบวนการคิดพิจารณาถึงเหตุถึงผลตามข้อมูลที่มีอยู่จริง (Ajzen, & Fishbein, 1980 cited in Brannon, & Feist, 1997) ซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมใดนั้นขึ้นกับทัศนคติของบุคคลนั้นต่อพฤติกรรมดังกล่าวรวมทั้งอิทธิพลทางสังคม หรือความคิดเห็นของบุคคลส่วนใหญ่ในสังคมเห็นว่าบุคคลนั้นควรแสดงพฤติกรรมนั้นมากน้อยเพียงใด เมื่อผู้ป่วยคิดพิจารณาถึงผลของการกระทำตามแผนการรักษาว่าดีต่อตนเอง สิ่งนั้นจะเป็นสาเหตุส่งเสริมให้บุคคลต้องกระทำตามแผนการรักษาอย่างดี

4. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลนั้นเห็นคุณค่าของเป้าหมายการกระทำ หรือพฤติกรรมนั้น ๆ และเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้ พฤติกรรมจะเกิดเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงจากการเป็นโรค รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และรู้ว่าไม่มีอุปสรรคจากการรักษา รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้เป็นพื้นฐานที่จะเพิ่มหรือลดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะมีผลทางบวกต่อความร่วมมือในการรักษา

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่ารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่จะทำนาย พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมากที่สุดเพราะความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์

ของการรักษา ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษานั้น สามารถอธิบายได้ใน 3 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย (Brannon, & Fiest, 1997)

1. ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ ลักษณะของโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาขึ้นกับความรุนแรงของโรคหรืออาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นขณะทำการรักษา แผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งระยะเวลาในการรักษามีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

1.1 ความรุนแรงของโรคหรืออาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยบางรายขณะทำการรักษา โดยการรับประทานยารักษาวันโรคอาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร มีผื่นคัน มีไข้ วิงเวียน หูอื้อ อาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการหยุดรับประทานยา เนื่องจากมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยสบายจากการรับประทานยา ดังการศึกษาของ จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าร้อยละ 4.1 หยุดรับประทานยาเมื่อมีอาการแพ้ยา และร้อยละ 0.6 หยุดรับประทานยาเมื่ออาการไม่ดีขึ้น และการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และประนอม หลิมสมบูรณ์ (2536) ที่ติดตามประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านต่อความสม่ำเสมอของการรักษา และอัตราการรักษาครบของวัณโรคจำนวน 207 คนของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พบว่าผู้ป่วยหนึ่งรายไม่ยอมรับประทานยาต้านวัณโรคต่อหลังจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

1.2 แผนการรักษาของแพทย์ แผนการรักษาของแพทย์ที่มีความสลับซับซ้อน โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา หรือลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสนยุ่งยากหมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป ครามอร์และคณะอ้างในเบรนนอน และฟีสท์ (Cramer, et al, 1989 cited in Brannon, & Feist, 1997) ได้รายงานถึงการรับประทานยาวันซัก 1 เม็ดต่อวัน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 88 ถ้ารับประทาน 2 เม็ดต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเป็นร้อยละ 81 และหากต้องรับประทานยา 4 เม็ดต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 39 นอกจากนี้จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวันก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา หากผู้ป่วยต้องรับประทานยามากถึง 3 หรือ 4 ครั้งต่อวัน ความร่วมมือในการรักษาก็ลดลงมากกว่ารับประทานยาเพียงวันละครั้ง ในการ

รักษาผู้ป่วยวัณโรคเดิมให้ยา ไอโซไนอะซิด ครั้งละ 100 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง พบว่ามีการลดเลของการรักษามากจึงปรับเปลี่ยนการให้ยาเพื่อสะดวกในการรับประทาน โดยการให้รับประทาน 300 มิลลิกรัมครั้งเดียวก่อนนอนแทน (บัญญัติ ปริษณานนท์, 2539) ฉะนั้นการปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานยาให้สัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วย รบกวนการดำเนินวิถีชีวิตน้อยที่สุด จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น

1.3 ระยะเวลาในการรักษา ยิ่งระยะเวลาในการรักษายาวนานมากขึ้น ผู้ป่วยก็จะหยุดการรักษาก่อนครบกำหนดการรักษามากขึ้นเท่านั้น (Taylor, & Littlewood, 1998) ดังการศึกษาของ สุคนธ์ โล่ห์ศิริ (2539) รายงานผลการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบไม่ควบคุมของสถานโรคปอดกรุงเทพฯ จำนวน 1,600 ราย พบว่าในระยะที่รักษา 2 เดือนแรก พบอัตราการขาดการรักษาเพียงร้อยละ 5.88 และในระยะที่รักษาอีก 4 เดือนหลังพบอัตราการขาดการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.51

2. ปัจจัยด้านบุคคล ลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และการสนับสนุนทางสังคม

2.1 อายุ ปัจจัยทางด้านอายุกับความร่วมมือในการรักษามีรายงานทั้งที่มีผลและไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ดังการศึกษาของจารุวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 300 ราย พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อิลินเจอร์และเดียร์ (Ailinger, & Dear, 1998) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้านการมาตรวจตามนัด และการรับประทานยารักษาวัณโรคตลอดระยะเวลา 6 เดือนของการรักษาในผู้ป่วยพหุขาลาติโนที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคระยะแฝง จำนวน 65 ราย พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาวัณโรคให้ครบ 6 เดือน ส่วนการศึกษาของเชอร์เบอร์นและคณะ (Sherbourne, et al, 1992) รายงานผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับประทานยาเป็นเวลานานพบว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี จะมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปี

2.2 เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศมีความแตกต่างกันน้อยมากในการทำนายความร่วมมือในการรักษา แต่อย่างไรก็ตามเพศหญิงให้ความร่วมมือดีกว่าในเรื่องการควบคุมอาหาร และการรับประทานยา ดังการศึกษาของจารุวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 300 คน พบว่าเพศหญิงให้ความร่วมมือดีกว่าเพศชาย แต่รายงานของโมนเนและคณะ (Monane, et al, 1996) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4,068 คน พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านความดันโลหิตสูง

2.3 อาชีพ จากการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดของจารุวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528) พบว่า

อาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรค โดยผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพประจำและมีที่อยู่แน่นอน ไม่ต้องมีภาระเดินทางไปต่างจังหวัดจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัด ส่วนการศึกษาของพัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้ป่วยที่ว่างงานเพราะประกอบอาชีพไม่ไหวให้ความร่วมมือดีกว่าผู้มีภาระประกอบอาชีพ

2.4 ระดับการศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Kison, 1992) จากการศึกษาของ จารุวรรณ ขันติสุวรรณ (2528) ในผู้ป่วยโรคปอด พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา แต่จากการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

2.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ จากรายงานการศึกษาของสาหร่าย ดำนวนิชและคณะ (2533) พบว่าสาเหตุของการขาดการรักษาของผู้ป่วยโรคของโรงพยาบาลทรวงอก พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ ขันติสุวรรณ (2528) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี

2.6 การสนับสนุนทางสังคม พบว่าความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสมาชิกในครอบครัวหรือจากทีมสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนในการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอันตราย และส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานยารักษาโรค จะทำให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (Morisky, et al, 1990; สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ, 2540)

3. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon, & Feist, 1997) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยการพูดคุยกันอย่างน้อย 20 นาที จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Morisky, et al, 1990) ในด้านบุคลิกลักษณะของผู้ให้การรักษาก็เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา แพทย์ที่มีบุคลิกลักษณะที่อบอุ่นน่าศรัทธา และสัมพันธภาพระหว่างแพทย์ผู้หญิงกับผู้ป่วยที่เป็นหญิงจะส่งเสริมให้มีการพูดคุยซักถามมากกว่าแพทย์ผู้รักษาที่เป็นผู้ชาย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าความร่วมมือในการรักษานั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหรืออาการข้างเคียง

จากยา แผนการรักษาของแพทย์ ระยะเวลาในการรักษา อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ในการศึกษานี้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคที่สอดคล้องกับแผนการรักษาในเรื่อง การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค และการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับประทานยา วัตถุประสงค์หลักของการรักษาวัณโรคคือการรักษาผู้ป่วยให้หายอย่างน้อยร้อยละ 85 (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับการรับประทานยาที่ถูกต้องทั้งชนิด จำนวน และระยะเวลา การรับประทานยาต้องสม่ำเสมอ และยาวนานเพียงพอ ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานยาครบชนิดทุกวัน และไม่ควรหยุดยาจนครบตามระยะเวลาที่กำหนดตั้งแต่ 6-8 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

2. การมาตรวจตามนัด การรักษาวัณโรคปอดมี 2 ระยะ คือในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก ยามีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมด ในระยะนี้แพทย์จะนัดผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์เพื่อประเมินผลในการหายของโรค หรือมีการใช้ระบบการให้ยาผู้ป่วยโดยมีผู้ควบคุม ซึ่งให้ผู้ป่วยมารับประทานยาทุกวัน ที่สถานบริการสาธารณสุข ส่วนในระยะต่อเนื่องหลังจากในระยะเข้มข้นผ่านไป 2 เดือน แพทย์จะนัดผู้ป่วยทุกเดือนเพื่อรับยา และติดตามผลการรักษาโดยการตรวจเสมหะและเอ็กซเรย์ปอดเป็นระยะ หากผู้ป่วยขาดยาเกิน 2 สัปดาห์ ต้องเริ่มต้นรักษาใหม่ทั้งหมด และหากขาดยาเกิน 2 เดือนติดต่อกันจะจำแนกเป็นผู้ป่วยสูญหาย ขาดการรักษา (กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

3. การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคมีหลายกรณี คือ

3.1 การใช้ผ้าปิดปาก และจมูกทุกครั้งเวลาไอ หรือจาม ในระยะ 2 สัปดาห์แรกของการรักษา หากผู้ป่วยมีไอ หรือจามต้องใช้ผ้าปิดปาก และจมูกทุกครั้งเพื่อไม่ให้เชื้อวัณโรคกระจายสู่อากาศ และเสมหะที่บ้วนออกมาต้องมีภาชนะรองรับที่มีฝาปิดมิดชิด หลังจากนั้นกำจัดเสมหะโดยเทลงโถส้วมหรือนำไปเผาหรือฝัง (บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2542)

3.2 ภาชนะที่สัมผัสกับเชื้อวัณโรค การทำลายเชื้อวัณโรคที่สัมผัสกับภาชนะของใช้ควรล้างด้วยน้ำสะอาด และนำไปต้มทำลายเชื้อใช้เวลานานประมาณ 10-20 นาที เนื่องจากความร้อน

จะสามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ หรือกระดาศชำระที่เปื้อนเสมหะนำไปทำลายโดยการเผาทำลายเชื้อ (บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2542)

4. การดูแลรักษาสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วนทุกหมู่ และทุกวัน เช่น ข้าว เนื้อ นม ไข่ ผัก และผลไม้มีประโยชน์ในการบำรุงร่างกาย ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย (บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2542)

4.2 การออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เหมาะสม ผู้ป่วยวัณโรคปอดควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายได้พัก และมีการออกกำลังกายเหมาะสมกับ ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ หากถึงระยะของโรคที่มีอาการเหนื่อยหอบมาก ต้องงดออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยเมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบต้องหยุดทันที ในระยะที่ไม่มีอาการของโรค ปกติก็สามารถออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่อย่างน้อยวันละ 20 นาที และทำมากกว่า 3 ครั้งต่อ สัปดาห์ เช่น การเดิน การวิ่ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2536)

4.3 การงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา การสูบบุหรี่ในผู้ที่เป็นวัณโรคปอดทำให้เนื้อปอด ที่อักเสบอยู่แล้วจากพยาธิสภาพของโรคเลวร้ายมากยิ่งขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง มากกว่าเดิม สำหรับการดื่มสุราทำให้การทำงานของตับเสื่อมลงโดยเฉพาะในช่วงของการรักษาด้วย ยา มียาหลายชนิดที่มีผลทำให้ตับมีการอักเสบ การดื่มสุรายิ่งทำให้ตับมีการอักเสบเพิ่มมากขึ้น (บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2542)

การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเรื้อรังโดยทั่วไป สามารถตรวจสอบความ ร่วมมือในการรักษาได้หลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์หรือซักถาม การนับเม็ดยา การมาตรวจตามนัด การพิจารณาผลของการรักษา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Hays, et al, 1993; Brannon, & Feist, 1997) ซึ่งสามารถประยุกต์เพื่อใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย วัณโรคได้ดังนี้

1. การสัมภาษณ์หรือซักถาม การสัมภาษณ์หรือซักถามเป็นการซักถามจากผู้ป่วยโดยตรง การถามจากแพทย์ผู้รักษาหรือถามจากญาติของผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงทำให้ได้ ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้ง ถึงแม้ผู้ป่วยอาจตอบไม่ตรงกับความเป็นจริงก็สามารถแก้ไขได้ โดยปรับปรุง

เครื่องมือให้มีความเที่ยงตรง การประเมินความร่วมมือโดยใช้การสัมภาษณ์หรือซักถาม พบว่าทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดระดับหนึ่ง ดังการศึกษาของ จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาวัณโรคปอด โดยใช้เครื่องมือวัดความร่วมมือในการรักษาเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งถามถึงพฤติกรรมของการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และผลการตรวจเสมหะซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .83 ส่วนสมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรักษาวัณโรคที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ ใช้เครื่องมือวัดความร่วมมือในการรักษาโดยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยา การขาดยา การลดจำนวนยา การมาตรวจตามนัด การตรวจเสมหะ การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .93

2. การนับเม็ดยา การนับเม็ดยาเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ตรวจสอบความร่วมมือเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยา วิธีการนับเม็ดยานี้จะได้ข้อมูลที่มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด แต่มักมีข้อจำกัดหากผู้ป่วยทิ้งยา มีการรับประทานยาให้หมดเพียงครั้งเดียว หรือให้ผู้อื่นใช้ยาของตนเอง (Brannon, & Feist, 1997)

3. การมาตรวจตามนัด การมาตรวจตามนัดสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงความร่วมมือในการรักษา โดยถือว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาสมาเสมอ เป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาดี โดยมีเกณฑ์ของความสม่ำเสมอในการมาตรวจตามนัดเกินร้อยละ 80 ของระยะเวลาการรักษา (อดิเรก จารุมิลินท์, 2527)

4. การพิจารณาผลของการรักษา การพิจารณาว่าการรักษาวัณโรคได้ผลดีหรือไม่ สามารถดูได้จากผลของการตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรค หากผลการรักษาไม่พบเชื้อในเสมหะหลังการรักษา 2 เดือน หรือผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังรับประทานยา 2 อาทิตย์ หรือหลังการรับประทานยา 6 เดือนผลการตรวจเสมหะ และผลเอ็กซเรย์ปอดปกติถือว่าการรักษาได้ผลดี (Boutotte, 1999)

5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษา โดยการวิเคราะห์จากตัวอย่างเลือดและปัสสาวะ เพื่อหาระดับความเข้มข้นของยา วิธีนี้มีความสำคัญในการใช้วัดความร่วมมือในการรักษาเพียงร้อยละ 50 เพราะเสียค่าใช้จ่ายสูง และยาบางตัวไม่สามารถตรวจพบในเลือดหรือปัสสาวะได้ หรือมีความแตกต่างในการดูดซึมยา และขบวนการเผาผลาญของยาในแต่ละบุคคล การตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจใช้เครื่องมือที่ทันสมัย เช่น คอมพิวเตอร์ หรือเครื่องมือวิทยาศาสตร์มาช่วย ผู้ป่วยวัณโรคอาจใช้การตรวจหาระดับของยาไอโซไนอะซิดจากการตรวจปัสสาวะ (Wysocki, et al, 1989) ซึ่งวิธีนี้สามารถบอกได้แต่เพียงว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาได้ถ้าการดูดซึมยาใน

ถ้าได้และการเผาผลาญยาไม่ดี

เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยารักษาวัณโรคเป็นส่วนใหญ่ จึงสามารถนำเอาวิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว มาใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ แต่ในทางปฏิบัติ การประเมินความร่วมมือในการรักษามักจะประเมินจากผลการรักษาและการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Black, & Jacobs, 1993) ได้แก่ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การมารับการตรวจตามนัด การดูแลรักษาสุขภาพโดยทั่วไป และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษาซึ่งได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค หากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาไปในทางที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ แสดงว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามาก ในทางตรงกันข้ามหากพฤติกรรมไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาและไม่สม่ำเสมอแสดงว่าให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล และไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเสมอไป ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมติฐาน ความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (Rokeach, 1970) ความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์ต่างๆ มาแล้ว และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมด้วย (สุธีรา อายุวัฒน์, 2527) อาจกล่าวได้ว่าความเชื่อที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps, Long, & Wood, 1983) บุคคลที่เชื่อว่าเมื่อเกิดโรคแล้วอาจเกิดความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต บุคคลนั้นก็จะมีความเชื่อในการหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค หรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้หายจากโรคนั้น ๆ

แนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตน โดยใช้ความเชื่อ

ด้านสุขภาพ คือ แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งกล่าวถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) คือ การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันออกไปบางคนเชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่บางคนเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพได้ง่าย

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity) คือการรับรู้ของบุคคลต่อการประเมินผลของการเกิดโรคต่อตนเอง บุคคลต้องรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคมด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (perceived benefits) คือความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อความร่วมมือในการรักษาของตนเอง การรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษาจะนำไปสู่พฤติกรรม การดูแลสุขภาพมากขึ้น

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา (perceived barrier) คือ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยเฉพาะหากการปฏิบัตินั้นรบกวนต่อชีวิตประจำวัน หรือบุคคลที่ประสบกับความยากลำบาก ความไม่สะดวก หรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค

เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคยังไม่มีรายงานศึกษา ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่รับรู้ถึงความเสี่ยงของการกลับเป็นวัณโรคซ้ำหากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือการมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ และเสื่อมโทรมลงจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการรับประทานอาหาร การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ หรือยังคงดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมที่เสี่ยงดังกล่าวข้างต้นว่าเป็นสาเหตุทำให้การรักษาโรคไม่หายขาด ผู้ป่วยก็จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งการศึกษาของกรณิกา เรือนจันทร์

(2535) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 100 คน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.22, p<.05$)

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เมื่อผู้ป่วยวันโรคปอดรับรู้ถึงผลกระทบของการเกิดวันโรคทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำงานได้ หากอาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยรับรู้ว่าการเกิดวันโรคอาจทำให้เสียชีวิตหรือการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอวันโรคก็สามารถกระจายไปสู่อวัยวะอื่นได้ การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมามากเท่าใด จะยิ่งทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของกรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.33, p<.05$) แต่จากการศึกษาของสุภาพ ใบแก้ว (2528) และนิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดตามลำดับ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้มีความร่วมมือในการปฏิบัติตนเองให้มีพฤติกรรมในการรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะป้องกันเชื้อวันโรคคือยาได้ หรือการรับรู้ถึงประโยชน์ของการงดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา และรับรู้ถึงผลดีของการพักผ่อน การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เมื่อมีการรับรู้ถึงผลดีของการกระทำจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีด้วย การศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่รับรู้ว่าการรักษาเป็นสิ่งมีประโยชน์จะให้ความร่วมมือในการรักษาดีแต่การศึกษาของพวงพยอม การภิญโญ (2526) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ของผู้ป่วยเบาหวาน

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยวันโรคที่รับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะการกระทำที่รบกวนต่อชีวิตประจำวัน การรับประทานยาที่มีจำนวนมากทั้งชนิดและจำนวนเป็นเวลายาวนาน รวมทั้งมีการเกิดอาการข้างเคียงของยาได้ เช่น ผื่นคัน เวียนศีรษะ ความลำบากในการเดินทางมารับยาแต่ละครั้ง การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก การเสียเวลาในการรอคอยการตรวจแต่ละครั้งและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์และพยาบาลไม่ดีพอ สิ่งเหล่านี้หากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอุปสรรค จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่เหมาะสม ดังการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อย จะให้ความร่วมมือใน

การรักษาคี

การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบด้านความคิด นิยมวัดออกมาในรูปแบบของ ทิศทาง ปริมาณหรือขนาด ซึ่งสามารถวัดออกมาด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ วิธีการสังเกต วิธีการ สัมภาษณ์และวิธีการใช้แบบสอบถาม ซึ่งการใช้แบบสอบถามนิยมใช้มากที่สุด การประเมินความ เชื่อด้านสุขภาพมีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือการประเมินไว้หลายรูปแบบดังนี้ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) สร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) สร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ทั้งสอง การศึกษาอิงกรอบของไมแมน และคณะ (Maiman, et al, 1977) และเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่ง วัดความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง ของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่าง ๆ ต่อการรักษา ปัจจัยรวมที่เกี่ยวกับความร่วมมือใน การรักษา และแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวในด้านสุขภาพทั่วไป ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนการศึกษาของกรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) สร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคล้ายกับของนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) แต่ปรับใช้มาตราส่วน ประมาณค่าจาก 5 เป็น 6 ระดับคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยเล็กน้อย และสนใจ ยัมวิลัย (2531) สร้างรูปแบบ การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพวัดในผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยอิงกรอบของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al, 1977) โดยวัดความเชื่อด้านสุขภาพ 6 หมวด แต่มีลักษณะคะแนนเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้รูปแบบของความเชื่อด้าน สุขภาพโดยอิงกรอบแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) โดยการวัดความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค ด้านการ รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการรักษา โดยใช้มาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท สเตล เพราะสะดวกและเหมาะสมในการให้คะแนน ในแต่ละคำตอบของความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้าน

ความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเกิดเนื่องจากอิทธิพลความเชื่อในด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ (Foster, & Kousck, 1981) ความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นถูกต้องจะส่งผลให้ความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นไปตามแบบแผนที่ถูกต้องการ (Becker, & Janz, 1984) การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับมุมมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะได้รับและความเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน (Maiman, & Becker, 1974) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี และถูกต้องจะส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ (สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ, 2540) การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำได้หากรักษาไม่สม่ำเสมอ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหากไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ดีพอ การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้จากการกระทำและรับรู้ว่ามีอุปสรรคหรือมีอุปสรรคน้อยมากในการรักษาโรค สิ่งเหล่านี้เป็นตัวช่วยให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามพฤติกรรมตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาในหลาย ๆ กลุ่มตัวอย่าง ทั้งในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (พวงพยอม การภิญโญ, 2526) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (สุภาพ ไบแก้ว, 2528) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (นิตยา ภาสุนันท์, 2529) และผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีผลกับความร่วมมือในการรักษาดังนี้

พวงพยอม การภิญโญ (2526) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 126 ราย ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน ($r=.62, p<.01$) แต่การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

สุภาพ ไบแก้ว (2528) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100 ราย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 ราย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.48, p<.01$)

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความ

รู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองกับความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย หัวใจวายเฉียบพลัน จำนวน 100 ราย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.52$, $p<.001$)

จากรายงานการศึกษาวิจัยที่พบในการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น แสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาและไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยยังไม่มีรายงานการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การเจ็บป่วยด้วยวัณโรคนั้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ อีกทั้งเป็นโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลานานในการรักษาให้หายขาด ผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และบทบาทหน้าที่ทางสังคม อาจส่งผลให้มีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ในการรักษาให้หายขาด ทำให้ความร่วมมือในการรักษาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยอาจไม่รับประทานยา ไม่มาตรวจตามนัดเนื่องจากผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หากผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง รับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคว่ากระทบกับสุขภาพของตนเอง รับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษาว่ามีน้อยมากหรือไม่มีอุปสรรค สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาไปในทางที่ดีด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัณโรคและการรักษามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ขณะรับการรักษาด้วยยาผู้ป่วยอาจเกิดอาการแพ้ยา เกิดการท้อแท้ เบื่อหน่ายในการรับประทานยา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความร่วมมือในการรักษาไม่ถูกต้อง โดยมีพฤติกรรมในการรับประทานยาไม่ครบ ไม่รับประทานยา เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา และมีการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรคสู่บุคคลอื่น เบคเกอร์ (1974) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี โดยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคซ้ำ รับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นวัณโรค รับรู้ว่าวัณโรคเป็นตัวคุกคามต่อชีวิตของตนเอง รับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษาว่ามีน้อย และรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดี ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการ

รักษาของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาในเรื่องการพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค