

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2542 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2543 จำนวน 60 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 60 ราย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการมาตรวจแต่ละครั้ง ระยะเวลาในการรักษา และสูตรยาที่ใช้รักษา ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 : จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการมาตรวจ (n=60)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	70.00
หญิง	18	30.00
อายุ		
21 – 30	3	5.00
31 – 40	4	6.60
41 – 50	12	20.00
51 – 60	13	21.70
61 – 70	19	31.70
71 – 80	9	15.00
สถานภาพสมรส		
โสด	5	8.30
คู่	42	70.00
ม้าย	11	18.30
หย่า	2	3.40
ศาสนา		
พุทธ	58	96.74
คริสต์	1	1.63
อื่น ๆ	1	1.63
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	22	36.70
ประถมศึกษา	35	58.30
มัธยมศึกษา	1	1.70
ปริญญาตรี	2	3.30

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	43.30
รับจ้าง	13	21.60
เกษตรกร	17	28.30
ค้าขาย	1	1.70
ข้าราชการ	1	1.70
แม่บ้าน	1	1.70
นักเรียน	1	1.70
รายได้ของครอบครัว(ต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	18	30.00
ต่ำกว่า 2,000 บาท	24	40.00
2,001 – 5,000 บาท	15	25.00
5,001 – 10,000 บาท	3	5.00
ค่าใช้จ่ายในการมาตรวจแต่ละครั้ง		
ต่ำกว่า 100 บาท	55	91.60
101 - 200 บาท	4	6.70
มากกว่า 200 บาท	1	1.70

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นเพศชาย โดยร้อยละ 41.70 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี และร้อยละ 46.70 มีอายุอยู่ระหว่าง 61-80 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีสถานภาพสมรสคู่ เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 96.74) นับถือศาสนาพุทธ และ (ร้อยละ 58.30) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 36.70 ไม่ได้รับการศึกษา เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 43.30) ไม่ได้ประกอบอาชีพ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.60) เสียค่าใช้จ่ายในการมาตรวจแต่ละครั้งต่ำกว่า 100 บาท

ตารางที่ 2 : จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงปัจจุบันและสูตรยาที่ใช้ในการรักษา (n=60)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงปัจจุบัน		
1-3 เดือน	23	38.40
4-6 เดือน	25	41.60
7-9 เดือน	12	20.00
สูตรยาที่ใช้ในการรักษา		
สูตรที่ 1 (2 HRZE/4 HR)	48	80.00
สูตรที่ 2 (2 HRZES/1 HRZE/5 HR)	3	5.00
สูตรอื่นๆ (2 HRZE/ 7HR)	9	15.00

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 80) และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการรักษาด้วยยาสูตรที่ 1 (ร้อยละ 80) เช่นกัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดวัณโรค ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดวัณโรค ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการรักษาวัณโรค และความร่วมมือในการรักษาดังแสดงในตารางที่ 3 ถึง ตารางที่ 5

ตารางที่ 3 : ช่วงคะแนนของแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม รายด้าน และความร่วมมือในการรักษา (n=60)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง		
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	28-140	103-139	125.40	9.90
ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน				
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง	6-30	20-30	25.80	3.05
การรับรู้ถึงความรุนแรง	6-30	19-30	25.85	3.02
การรับรู้ถึงประโยชน์	8-40	26-40	37.83	3.23
การรับรู้ถึงอุปสรรค	8-40	8-21	12.03	3.66
ความร่วมมือในการรักษา	0-24	14-22	17.90	1.90

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ย 125.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.90 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ย 25.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.05 ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรง มีคะแนนเฉลี่ย 25.85 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.02 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ มีคะแนนเฉลี่ย 37.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.23 และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรค มีคะแนนเฉลี่ย 12.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.66 และความร่วมมือในการรักษา มีคะแนนเฉลี่ย 17.90 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.90

ตารางที่ 4 : จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและความร่วมมือในการรักษา (n=60)

ระดับตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม		
- ระดับสูง	60	100
- ระดับปานกลาง	0	0
- ระดับต่ำ	0	0
ระดับความร่วมมือในการรักษา		
- ระดับสูง	45	75
- ระดับปานกลาง	15	25
- ระดับต่ำ	0	0

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสูง (ร้อยละ 100) มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงและส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง(ร้อยละ 75) มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูงและส่วนน้อย (ร้อยละ 25) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 5 : จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน (n=60)

ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง		
ระดับสูง	52	86.70
ระดับปานกลาง	8	13.30
ระดับต่ำ	0	0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรง		
ระดับสูง	52	86.67
ระดับปานกลาง	8	13.33
ระดับต่ำ	0	0
ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์		
ระดับสูง	59	98.33
ระดับปานกลาง	1	1.67
ระดับต่ำ	0	0
ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษา		
ระดับสูง	0	0
ระดับปานกลาง	4	6.67
ระดับต่ำ	56	93.33

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน ดังนี้ ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.67) รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูงและส่วนน้อย (ร้อยละ 13.33) รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรง พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.67) รับรู้ถึงความรุนแรงอยู่ในระดับสูง มีส่วนน้อย (ร้อยละ 13.33) รับรู้ถึงความรุนแรงระดับปานกลาง ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 98.33) มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาสูงมาก และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อย (ร้อยละ 1.70) รับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษาระดับปานกลาง ส่วนด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการรักษา กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.33) มีระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคของการรักษาอยู่ในระดับต่ำ และส่วนน้อย (ร้อยละ 6.70) มีการรับรู้ถึงอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้รับการทดสอบโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ดังตารางที่ 6 เนื่องจากหลังการทดสอบการกระจายของคะแนนพบว่ามีความแปรที่มีกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติคือ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม (skewness=-.73) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (skewness=-1.70) และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษา (skewness=.66) (ภาคผนวก ค)

ตารางที่ 6 : ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n= 60)

ตัวแปร	ความร่วมมือในการรักษา	ค่าสถิติ(p)
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rs)	
ความเชื่อด้านสุขภาพ	.198	.603

ตารางที่ 6 พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (rs=.198, p=.603)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 60 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลพะเยาระหว่าง เดือนธันวาคม 2542 ถึง เดือนมกราคม 2543 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นเพศชาย โดยร้อยละ 41.70 มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี) และร้อยละ 46.70 มีอายุอยู่ในวัยสูงอายุ (61-80 ปี) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.74) นับถือศาสนาพุทธและส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.30 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 36.70 ไม่ได้รับการศึกษา เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 43.30) ไม่ได้ประกอบอาชีพ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ในการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.60) เสียค่าใช้จ่ายต่ำกว่า 100 บาท สำหรับระยะเวลาในการมาการรักษาจนถึงปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีระยะเวลารักษาดำกว่า 6 เดือน และมีการใช้ยารักษาในสูตรที่ 1 ถึงร้อยละ 80

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ และเสนอการอภิปรายในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ
2. ความร่วมมือในการรักษา
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษา

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด(ร้อยละ 100) อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 125.40 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.90 (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านพบว่า(ตารางที่ 5) ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง(ร้อยละ 86.70) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดวัณโรคอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 25.80 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.05 ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของวัณโรคกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.70)มีการรับรู้ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 25.85และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.02 และเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง(ร้อยละ 98.30) มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 37.83 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.23 โดยเฉพาะด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษายังพบว่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างเกาะกลุ่มกันไปในทางสูงมาก (skewness =-1.70, kurtosis = 2.49)(ภาคผนวก ค)

สาเหตุที่ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้านมีค่าสูงอาจเนื่องมาจากเหตุผลหลายประการดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดวัณโรคซ้ำสูง อาจเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ที่คลินิกวัณโรคที่โรงพยาบาลเป็นประจำทุกครั้งที่มารับยา การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องไปด้วย อีกประการหนึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นวัณโรคสูง อาจเนื่องจากได้รับประสบการณ์ตรงด้วยตนเองจากอาการและการแสดงของวัณโรคและฤทธิ์ข้างเคียงของยา สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาที่สูงนั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับผลดีของการรักษา เนื่องจากอาการของวัณโรคมักลดความรุนแรงลงหลังจากการรักษาด้วยยาไปแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ (Boutotte, 1999) การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ, รับรู้ถึงความรุนแรงของวัณโรค และรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเหล่านี้สูง จึงส่งผลให้มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมสูงไปด้วย

สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษา ในการวิจัยครั้งนี้เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 98.33) มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 12.03 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.66 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเรื่องค่ายารักษาวัณโรค เนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการเรื่องยารักษาวัณโรคโดยไม่คิดมูลค่า เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคอย่างได้ผลและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้หายถึงร้อยละ 85 (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.60) เสียค่าใช้จ่ายในการมาตรวจแต่ละครั้ง น้อยกว่า 100 บาท ซึ่งเป็นรายจ่ายค่าเดินทางมาตรวจตามนัดเท่านั้น อีกประการหนึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่รักษาที่โรงพยาบาลพะเยามีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองทั้งหมด ซึ่งระยะทางระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลไม่ไกลมากนักทำให้การรับรู้อุปสรรคในการเดินทางมาเพื่อรับการรักษามีน้อย นอกจากนั้นในการมาตรวจและรับยาแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องเสียเวลารอคอยนานเนื่องจากคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลพะเยามีการตรวจรักษาแยกจากผู้ป่วยทั่วไป

จากเหตุผลทั้งหมดข้างต้นนี้อาจส่งผลให้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ซึ่งการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ก็มีลักษณะไปทางสูงเช่นกัน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (พวงพยอม การภิญโญ, 2526) ผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง (นิตยา ภาสุนันท์, 2529) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (กรรณิการ์ เรือนจันทร์, 2535)

ความร่วมมือในการรักษา

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75)(ตารางที่ 3) มีระดับคะแนนความร่วมมือในการรักษาสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 17.90 (ตารางที่ 4) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.90 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2540) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด เขต 10 เชียงใหม่ มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 62.30 การที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาสูงนั้น อาจเป็นเพราะหลายสาเหตุ ได้แก่ ความรุนแรงและอาการของวัณโรคลดลงหลังการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคประมาณ 2 สัปดาห์ ซึ่งการลดลงของอาการรุนแรงของโรคหลังการรักษาประมาณ 2 สัปดาห์ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยวัณโรค (บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2542) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างอาจประจักษ์ถึงผลลัพธ์ที่ดีของการรักษา ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้ด้วย (Haye et al., 1993) และถึงแม้ว่ายารักษาวัณโรคมักก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง แต่จากการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และประนอม หลิมสมบุญ (2536) พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคเพียงรายเดียวใน 207 ราย ที่ไม่ยอมรับประทานยาเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

แผนการรักษาของแพทย์ก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คะแนนความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีการใช้ระบบการรักษาแบบสูตรที่ 1 ซึ่งระบบการรักษาด้วยยาสูตรที่ 1 นี้ใช้ระยะเวลาในการรักษาสั้นประมาณ 6 เดือนและรับประทานยาเพียงวันละ 1 ครั้งก่อนนอนเท่านั้น ซึ่งแบบแผนการรับประทานยาดังกล่าวง่ายและไม่ซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีความร่วมมือในการรักษาสูง ซึ่งความสัมพันธ์ที่สอดคล้องระหว่างแบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยกับแผนการรักษา จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดี (บัญญัติ ปริชญานนท์, 2539) นอกจากนั้นช่วงระยะเวลาในการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่ไม่นานเกินไป ก็อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังมีความร่วมมือในการรักษาสูง (Taylor, & LittleWood, 1998) และในการนัดมาตรวจและรับยาเดือนละหนึ่งครั้ง ก็เป็นสิ่งที่ไม่ยุ่งยากหรือลำบากเกินไปที่กลุ่มตัวอย่างจะทำตามแผนการรักษาได้

เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้ความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงอาจเนื่องมาจากการไม่ได้ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 43.30) และกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 46.70) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความสนใจในเรื่องภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่มีความวิตกกังวลกับภาระงานด้านอื่น ๆ จึงอาจช่วยให้การปฏิบัติตัวเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาเป็นไปด้วยดี เช่น การ

รับประทานยา การมารับยาตามนัด เป็นต้น

การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยหรือไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเลย ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่จะทำให้ความร่วมมือในการรักษาสูงได้ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องเสียค่าบริการในเรื่องค่ายา เนื่องจากเป็นนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการเพิ่มเป้าหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้โรคครบถ้วนถึงร้อยละ 85 (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) และการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.60) เสียค่าใช้จ่ายในการมาตรวจแต่ละครั้งเฉพาะค่าพาหนะมาโรงพยาบาลต่ำกว่า 100 บาท เท่านั้น

แหล่งสนับสนุนทางสังคมก็อาจเป็นสาเหตุให้ความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างสูงได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีสถานภาพสมรสอยู่ และจากการสังเกตการมาตรวจตามนัดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรสหรือ บุตรหลานมาส่งโรงพยาบาล กรณีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ มีสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลืออาจทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ในเรื่องการรับประทานยาโดยมีบุตรหลานคอยกระตุ้นเตือนหรือจัดยาให้รับประทานทุกครั้ง และเป็นภาระในเรื่องการมาส่งรับยาและมาตรวจตามนัด หรือได้รับการดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การที่ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (Morisky et al, 1990)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาโรค

จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค ($r = .198$, $p = .603$) ถึงแม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมมีหลาย ๆ การศึกษาที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เช่น ในผู้ป่วยเบาหวาน (พวงพยอม การภิญโญ, 2526) ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด (นิตยา ภาสนันท์, 2529) และผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง (นวลจันทร์ เกรือวานิชกิจ, 2531) อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ป่วยโรค ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องดังกล่าว ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยโรค อาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ เช่น กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรุนแรงของโรค อาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาในการรักษา ซึ่งอาจทำให้สมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้ไม่ได้รับการยอมรับ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษาครั้งนี้มีเหตุผลพอที่จะอธิบายผลการวิจัยดังนี้

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีน้อยและส่วนใหญ่เป็น(ร้อยละ 46.70) เป็นผู้สูงอายุและร้อยละ

36.70 ไม่ได้รับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยนี้อาจทำให้ข้อมูลไม่กระจายเข้าสู่โค้งปกติ และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำและเป็นผู้สูงอายุอาจทำให้ส่งผลต่อวิธีการรวบรวมข้อมูล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้เลือกตอบ กลุ่มตัวอย่างอาจไม่เข้าใจการตอบแบบสอบถามและอาจมีผลทำให้ข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อนสูง ส่งผลให้การกระจายของข้อมูลไม่เข้าสู่โค้งปกติ ระดับคะแนนที่ได้จึงไม่สามารถอ้างอิงถึงประชากรของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดได้ นอกจากนี้การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้สุ่มมาจากประชากร แต่เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาตามนัดจึงอาจไม่ได้ถูกรับเลือกเข้าในงานวิจัยครั้งนี้

ลักษณะของแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ อาจทำให้การวัดไม่ครอบคลุมทั้งความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุและมีระดับการศึกษาต่ำอาจไม่เข้าใจและมีความลำบากในการตอบแบบสอบถาม จึงอาจทำให้ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กันได้

นอกจากนี้อาจมีตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ สภาพความรุนแรงของโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการของโรคไม่รุนแรง ไม่มีอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยา ก็อาจส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษาสูง โดยไม่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ อีกประการหนึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมก็อาจเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาสูง หากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูงด้วย ทั้งที่ ไม่ได้คำนึงถึงความเชื่อด้านสุขภาพก็ได้