

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

นางสาวนันท์พร เซษชัยภูมิ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

PREDICTING FACTORS OF MEDICATION ADHERENCE AMONG RETREATMENT
PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

Miss Nantaporn Choeichaiyapoom

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของ
ผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

โดย

นางสาวนันท์พร เชยชัยภูมิ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศจีมาจ ณ วิเชียร)

นันทพร เขยชัยภูมิ: ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค
ปอดรักษาซ้ำ (PREDICTING FACTORS OF MEDICATION ADHERENCE
AMONG RETREATMENT PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS)
อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 134 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาและอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ทราบป ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำวัยผู้ใหญ่ โดยการสุ่มหลายขั้นตอน จำนวน 132 คน ที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะโรคร่วม ความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ทราบปและการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนและคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .79, .85, .79, .77, .86 และ .92 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 25.36$, $SD = 2.57$)

2. การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ ($r = .774, .707$ และ $.604$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ ($r = -.522$ และ $-.328$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ทราบป ภาวะโรคร่วมและการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำได้ ร้อยละ 78.1 ($R^2 = .781$, $p < .05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ลายมือชื่อนิติ.....

ปีการศึกษา...2555.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377572036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PREDICTING FACTORS /RETREATMENT PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS /MEDICATION ADHERENCE /PERCEIVED BENEFITS /PERCEIVED SEVERITY /PERCEIVED BARRIERS /COMORBILITY /STIGMA /SOCIAL SUPPORT

NANTAPORN CHOEICHAIPAOM: PREDICTING FACTORS OF MEDICATION ADHERENCE AMONG RETREATMENT PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 134 pp.

The purposes of this predictive correlational research were to study medication adherence to regimens and to examine the predictability of predicting factors; perceived benefits to medication, perceived severity, perceived barriers to medication, comorbidity, stigma and social support of medication adherence to regimens among retreatment patients with pulmonary tuberculosis. 132 among retreatment patients with pulmonary tuberculosis selected by multi-stage random sampling, who visiting TB clinics in 3 regional hospitals; Central Chest Institute, Phramongkutklao Hospital, and Faculty of Medicine Vajira Hospital University of Bangkok Metropolis. The instruments were demographic data and comorbidity, medication adherence to regimens, perceived benefits to medication, perceived severity, perceived barriers to medication, stigma and social support questionnaires. All questionnaires were tested for content validities by five experts. The Cronbach’s alpha coefficients of all questionnaires were .79, .85, .79, .77, .86 and .92 respectively. Multiple regression were used in statistical analysis. The major findings were as follows:

1. Mean score of medication adherence to regimens among retreatment patients with pulmonary tuberculosis was at a good level ($\bar{X} = 25.36$, $SD = 2.57$).

2. Perceived benefits to medication, social support, and perceived severity were positively related to medication adherence to regimens among retreatment patients with pulmonary tuberculosis ($r = .774, .707, \text{ and } .604$, respectively, $p < .05$). Perceived barriers to medication and comorbidity were negatively related to medication adherence to regimens of among retreatment patients with pulmonary tuberculosis ($r = -.522 \text{ and } -.328$, $p < .05$).

3. Perceived benefits to medication, perceived severity, perceived barriers to medication stigma, comorbidity and social support increase the explained variance in medication adherence. Variables accounted for 78.1 % of total variance in medication adherence. ($R^2 = .781$, $p < .05$).

Field of Study :Nursing Science..... Student’s Signature :
 Academic Year :2012..... Advisor’s Signature :

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างยิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา ความเอาใจใส่ และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และให้ประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์.ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ ที่ให้ความเอื้อเฟื้อมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ถีอนุชวณิชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศจีมาจ ณ วิเชียร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อนุญาติให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยวัน โรคปอดรักษาซ้ำทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการลาศึกษาต่อ

ขอขอบคุณเพื่อนๆ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ เพื่อนร่วมรุ่นและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจอันดีเสมอมา

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบพระคุณ บิดา มารดา ทุกคนในครอบครัว ที่สนับสนุนคอยให้กำลังใจ และด้วยความช่วยเหลือจากทุกท่านดังกล่าวมานี้ จึงทำให้ผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
วัน โรค.....	13
ความร่วมมือในการรับประทานยา.....	22
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย วัน โรคปอดรักษาซ้ำ.....	27
บทบาทของพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยาของ ผู้ป่วยวัน โรคปอดรักษาซ้ำ.....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	70
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	72
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	73
5.3 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	80
5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	81
รายการอ้างอิง.....	82
ภาคผนวก.....	92
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	93
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการ ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	95
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	104
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	122
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	134

สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1	ฤทธิ์ของยา ฤทธิ์ข้างเคียง และอัตรการยาระหว่างยา.....	18
2	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
3	วัน เวลา ที่คลินิกวินิจฉัยโรคเปิดบริการ ของ 3 โรงพยาบาล.....	58
4	เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์.....	60
5	ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยวินิจฉัยโรคปอดรักษาซ้ำ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยครอบครัว อาชีพ ภาวะ โรคร่วม และค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อายุ และภาวะ โรคร่วม.....	63
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ทราบาปและการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวินิจฉัยโรคปอดรักษาซ้ำ.....	66
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ภาวะ โรคร่วม ทราบาปและการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยา และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์.....	67
8	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	68

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	47

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในหลายๆประเทศทั่วโลกมาเป็นระยะเวลานาน เป็นสาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตในลำดับต้นๆของหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งสาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมาเป็นปัญหาใหม่ทั่วโลกเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ความยากจน การอพยพย้ายถิ่นและแรงงานเคลื่อนย้าย ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากสถิติที่รวบรวมโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2010) พบว่าปี ค.ศ. 2009 มีอัตราความชุกวัณโรคประมาณ 14 ล้านคน (200 ต่อแสนประชากร) โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มกำลังแพร่เชื้อ และแต่ละปีมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 9.4 ล้านคน (137 ต่อแสนประชากร) โดยร้อยละ 95 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากวัณโรคปอด ปีละประมาณ 1.7 ล้านคน (20 ต่อแสนประชากร) โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นแอฟริกาและแปซิฟิกตะวันตก (ร้อยละ 35, 30 และ 20 ตามลำดับ) ซึ่งประเทศไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 18 ใน 22 ประเทศที่มีปัญหาการระบาดของวัณโรคสูง จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2552 คาดประมาณว่าประเทศไทย มีอัตราความชุกของวัณโรคทั้งรายใหม่และรายเก่าทั่วประเทศประมาณ 130,000 คน (189 ต่อแสนประชากร) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 93,000 คน (137 ต่อแสนประชากร) และจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตปีละ 12,000 คน (18 ต่อแสนประชากร) (WHO, 2010) สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยที่กรมควบคุมโรคได้รับรายงานปีงบประมาณ 2553 พบผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งสิ้น 63,446 คน (99.59 ต่อแสนประชากร) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำจำนวน 2,079 คน (3.26 ต่อแสนประชากร) (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ปัจจุบันพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาซ้ำสูง ซึ่งมีการรักษาซ้ำทั้งในผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลวและรักษาซ้ำภายหลังขาดยา จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) พบว่าในปี ค.ศ. 2006, 2008 และ 2009 คิดเป็น ร้อยละ 5.56, 7.16 และ 6.14 ตามลำดับ และอัตราประสิทธิผลสำเร็จในการรักษาในปี ค.ศ. 2006 ร้อยละ 53 และ ค.ศ. 2008 ร้อยละ 54 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือ ร้อยละ 85 (WHO, 2010) ก่อนข้างมาก ประเทศไทยได้นำกลยุทธ์ DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) หรือ

การรักษาวัณโรคแบบที่เลี้ยงคอยดูแลและควบคุมในการรับประทานยาซึ่งเป็นกลวิธีที่องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอและเป็นที่ยอมรับทั่วโลก ว่ามีความสำคัญและมีประสิทธิภาพการควบคุมวัณโรคมากที่สุด (นัคดา ศรียาภย์, 2551) รายงานการศึกษาในประเทศจีนในผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำมีอัตราการหายมากกว่าร้อยละ 80 (ยุทธิชัย เกษตรเจริญ, 2551) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เริ่มโครงการ DOTS เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2534 และสำหรับประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมวัณโรคตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (DOTS Strategy) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 และปรับเปลี่ยนเป็น The Stop TB Strategy ในปี พ.ศ. 2549 วัณโรคยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของประชากรซึ่งเป้าหมายหลักของการควบคุมวัณโรค คือลดอัตราป่วยด้วยวัณโรคเพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายแห่งการพัฒนาสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) ในปี พ.ศ. 2558 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการรักษาซ้ำ เพราะขาดความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสาเหตุสำคัญคือผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการศึกษาของ Thomas et al. (2005) พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคในประเทศอินเดียที่ได้รับการรักษาจนหายขาดภายใต้กลยุทธ์ DOTS จะลดลงเมื่อผู้ป่วยมีการรักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ Maria et al. (2007) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาล้มเหลว การหยุดการรักษา และการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ของเมือง Recife รัฐ Pernambuco ประเทศบราซิล พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาล้มเหลว คือผู้ป่วยขาดความรู้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดการรักษา คือ ผู้ที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และขาดความรู้ นอกจากนี้ Tuula et al. (2007) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ในประเทศฟินแลนด์ พบว่าการรักษาไม่สม่ำเสมอ และการหยุดยาวัณโรคชั่วคราว มีความสัมพันธ์ต่อการรักษาซึ่งไม่เป็นที่พอใจ (รักษาล้มเหลว ขาดการรักษา หยุดการรักษา และโอนออก) ซึ่งผลกระทบเมื่อเกิดความล้มเหลวในการรักษา ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำต้องกลับมาเริ่มรักษาใหม่อีกครั้ง จำเป็นต้องใช้ระบบใหม่ที่ใช้เวลาในการรักษานานขึ้น การรักษาวัณโรคเป็นซ้ำนั้นเป็นไปได้ด้วยความลำบาก (ปนัดดา มะยมหิน, 2552) โอกาสที่จะรักษาหายน้อยกว่าการรักษาในครั้งแรก (Tuula et al., 2007) มีโอกาสเกิดการแพ้ยาสูงกว่า (นิรมล พิมน้ำเย็นและทวิศักดิ์ศิริพรไพบุลย์, 2553) อีกทั้งมีโอกาพบการดื้อยาหลายขนานสูงกว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับยามาก่อน (Pair and Lin-Ruey, 2001) ซึ่งพบถึงร้อยละ 34.5 (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน (Anunnatsiri et al., 2005; Tuula et al., 2007) นอกจากนี้ยาที่ใช้ในการรักษาก็มีราคาแพงขึ้น (สำนักการแพทย์, 2550)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีประสิทธิภาพสูงคือรักษาด้วยยา ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้เกือบร้อยละ 100 หากผู้ป่วยรับประทานยาครบกำหนด (พันธัชชัย รัตนสุวรรณ, 2544; ศิริรัตน์ บุญจรัสและ นฤมล เจริญศิริพรกุล, 2549) และหลักสำคัญที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคมีประสิทธิภาพสูงสุดได้แก่ 1) ได้รับยารักษาวัณโรคถูกต้องทั้งชนิด และจำนวน 2) ได้รับยารักษาวัณโรคถูกต้องตามขนาด 3) ได้รับยาในระยะเวลาที่เพียงพอ และสิ่งที่สำคัญที่สุดคือการรักษาจนครบกำหนด และ 4) มีความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย และผู้ป่วยจะไม่หายขาดจากวัณโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งหมายถึงรับประทานยาให้ถูกต้องทั้งชนิด จำนวน ขนาดอย่าง ต่อเนื่องสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยวัณโรคขาดความร่วมมือในการรับประทานยา การรักษาก็จะล้มเหลว โดยสิ้นเชิงและยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามมาเช่น เสียชีวิต การติดยา และสามารถแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วถ้าไม่ป้องกันตนเอง (ปราชญ์ บุญยวงศัวิโรจน์, 2551) แต่ยังพบผู้ป่วยที่ขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ ดังการศึกษาของ ดวงจันทร์ รัตนมาลัย และคณะ (2540) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 162 รายของโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่งในจังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยขาดการรักษาร้อยละ 19.8 และวิวรรธ อัครวิเชียร และคณะ (2545) พบว่าในจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่มารักษา มีผู้ป่วยขาดยาถึงร้อยละ 66 นางลัทธิน เทศนา และคณะ (2546) ศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดติดยาที่มารักษาซ้ำ จำนวน 47 คน พบขาดความร่วมมือในการรับประทานยาเกิน 2 เดือน ถึงร้อยละ 10.6

จากการศึกษาดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาซ้ำส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดความร่วมมือในการรับประทานยาขาดการรับการรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากความรุนแรงของโรคหรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการหยุดรับประทานยา (พรชัย ทิพอาสน์, 2550) จำนวนและขนาดของเม็ดยา ซึ่งจำนวนโรคที่เพิ่มมากขึ้นทำให้จำนวนยาที่รับประทานเพิ่มขึ้นไปด้วยส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรับประทานยาตามมา (รจนาไฉน สิงหเรศ, 2550) ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ยิ่งระยะเวลาในการรักษายาวนานมากขึ้น ทำให้หยุดการรับประทานยาก่อนกำหนด (Taylor and Littlewood, 1998)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ รับรู้ความรุนแรง รับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ภาวะโรคร่วม การรับรู้ตราใบ และการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ คือ ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านการรับประทานยาว่ามีผลดีต่อตนเอง เพื่อให้หายจากโรค โดยการตัดสินใจที่จะปฏิบัติขึ้นอยู่กับ

เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Becker, 1974) เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำเชื่อว่าการปฏิบัติตนด้านการรับประทานยารักษาวัณโรคเป็นประโยชน์ทำให้หายจากการเป็นวัณโรค ลดการเกิดเชื้อดื้อยา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย เสียชีวิต เป็นต้น (พิรพร ดวงแก้ว, 2538) ก็จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์, 2534)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือ ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของโรคว่า จะเกิดผลเสียต่อตนเอง จึงทำให้บุคคลเกิดการปรับพฤติกรรมและส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Becker, 1974) เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำรับรู้ถึงผลกระทบของการเกิดวัณโรคทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำงานได้ปกติ (สุพาศน์ สุพงศ์พัฒนกิจ, 2543) และมีอาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โอกาสรักษาหายมีน้อยกว่า (Tuula et al., 2007) และหากอาการรุนแรงมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงมากขึ้น (Anunnatsiri et al., 2005) การที่ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมาก ก็จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสม (ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์, 2534; สกาวพรรณ อวัศดาถาวร, 2552) ทำให้โอกาสที่จะหายจากวัณโรคมีมากขึ้น

การรับรู้อุปสรรค คือ การรับรู้และคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาและอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ โดยถ้าผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก (Becker, 1974) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำมีความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคของการรับประทานยาว่าเป็นปัญหาทั้งในเรื่องของปริมาณระยะเวลา ความต่อเนื่อง และผลข้างเคียง (สกาวพรรณ อวัศดาถาวร, 2552) โดยผู้ป่วยมักจะหยุดยาเมื่อรับรู้ถึงอาการที่เกิดจากยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาการชา อาการคัน ตัวตาเหลือง หูอื้อตามัว เป็นต้น (พรชัย ทิพอาสน์, 2550) ก็จะส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง (รจนาไฉน สิงหเรศ, 2550)

การรับรู้ตราบาป คือ ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำรู้ว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกมีมลทิน และถูกรังเกียจจากสังคมรอบตัวส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยวัณโรคปอด (Goffman, 1963) ทำให้ขาดความมั่นใจ มีภาพลักษณ์ต่อตนเองไม่ดี มีความคิดในด้านลบ เกิดความผิดปกติด้านจิตใจ และอารมณ์ (นฤมล สิงห์คง, 2552) ผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างในการให้ความหมายเกี่ยวกับวัณโรค แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ เป็นโรคที่น่ากลัว เป็นโรคที่น่ารังเกียจ และเป็นโรคแห่งความตาย ซึ่งโดยรวมผู้ป่วยจะรู้สึกว่าวัณโรคเป็นโรคที่ถูกตีตราจากสิ่งที่สังคมสร้างขึ้น (ทัศนีย์ มนัญพานิชย์, 2550) ซึ่งส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง (นฤมล คมกล้า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553)

ภาวะโรคร่วม เป็นภาวะที่ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำมีโรคที่เป็นมากกว่า 1 โรคขึ้นไป จำเป็นต้องรักษาโดยการรับประทานยาที่มีจำนวนมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด มักจะมีโรคประจำตัวเรื้อรังร่วมด้วย (สุพานี สุพงศ์พัฒนกิจ, 2543) เช่น เอคส์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตับ ไต หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น (Chun Yu Lin et al., 2010) จะทำให้เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เพราะต้องรับประทานยา ครั้งละหลายชนิดและจำนวนมาก จำนวนชนิดยาที่มากขึ้นตามจำนวนโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย Somsong (2002)

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร เพื่อเอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (House, 1985) การสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา (Doder and Afenyadu, 2005) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร (ประจักษ์ รุ่งฉวี และคณะ, 2551) การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความรัก ความหวังใยเห็นอกเห็นใจ ยกย่องชมเชยและกำลังใจจากบุคคลรอบคร้ว และสังคม (มัทนา แอร์แบร์, 2550; วรายุทธ วงศ์บา, 2552) รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนเรื่องการเงิน (ทิพวรรณ นัทรวิริยะเจริญ, 2547) ความสะดวกสบายในการเดินทาง (สุณิรัตน์ ยิ่งยืน, 2548) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (รจนาไฉน สิงหเทศ, 2550) ช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำสามารถปรับตัวได้ ให้ความร่วมมือต่อเนื่องในระยะยาว

ดังนั้นการที่จะบรรลุเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยานั้น จะต้องขึ้นอยู่กับ ตัวผู้ป่วย บุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งพยาบาลมีโอกาสดีต่อ และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรอื่นๆ และมีบทบาทอย่างมากในการที่จะให้ความรู้ คำแนะนำ และสร้างความตระหนักให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความจำเป็นในการรักษาที่ถูกต้อง ตลอดจนให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอจนครบกำหนดระยะเวลาในการรักษา ซึ่งการที่จะส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยานั้น ต้องขึ้นอยู่กับ การรับรู้และทัศนคติที่ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำมีต่อการรักษา ซึ่งเป็นส่วนประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) ในด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรค ร่วมกับการรับรู้ตราบาปของ Goffman (1963) การสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะโรคร่วม ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา จึงนำตัวแปรเหล่านี้มาศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนายได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราบาป ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำเป็นอย่างไร
2. การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราบาป ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจในการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ โดย Becker กล่าวว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับและเชื่อในการกระทำของตน ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้ตราบาปซึ่งเป็นแนวคิดของ Goffman (1963) เป็นการรับรู้ที่ตนเองถูกรังเกียจจากสังคมรอบข้าง ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ส่วนแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคคลรอบข้าง ที่เอื้อและจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา นอกจากนี้พบว่าภาวะโรคร่วมซึ่งผู้ป่วยจะมีมากกว่า 1 โรคขึ้นไปทำให้ต้องรับประทานยามากขึ้นจึงส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาได้เช่นกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ มีดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านการรับประทานยาว่ามีผลดีต่อตนเอง เพื่อให้หายจากโรค โดยการตัดสินใจที่จะปฏิบัติขึ้นอยู่กับ

การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Becker, 1974) เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำเชื่อว่าการปฏิบัติตนด้านการรับประทานยารักษาวัณโรคเป็นประโยชน์ ก็จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับ พิรพร ดวงแก้ว (2538) และสกวาพรรณ อวิศดาถาวร (2552) ศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p = .001$ และ $r = .32, p = .002$ ตามลำดับ) ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

2. การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของโรคว่า จะเกิดผลเสียต่อตนเอง เช่น ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต จึงทำให้บุคคลเกิดการปรับพฤติกรรมและส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Becker, 1974) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมก ก็จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้โอกาสที่จะหายจากวัณโรคมักมากขึ้น สอดคล้องกับภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์ (2534) และสกวาพรรณ อวิศดาถาวร (2552) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p = .003$ และ $r = .45, p = .00$ ตามลำดับ) ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

3. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) เป็นการรับรู้และคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาและอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ โดยถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก (Becker, 1974) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาว่าเป็นปัญหาทั้งในเรื่องของปริมาณระยะเวลา ความต่อเนื่อง และผลข้างเคียง อาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย วิงเวียน เบื่ออาหารได้ง่าย (พรชัย ทิพอาสน์, 2550) มีความยากลำบากสูงก็จะส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับ รจนาไฉน สิงหเทศ (2550) และสกวาพรรณ อวิศดาถาวร (2552) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .01$ และ $r = .36, p < .01$ ตามลำดับ) ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

4. การรับรู้ตราบาป (Stigma) เป็นการใช้ความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกมีมลทิน และถูกรังเกียจจากสังคมรอบตัวส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยวัณโรคปอด (Goffman, 1963) ทำ

ให้ขาดความมั่นใจ มีภาพลักษณ์ต่อตนเองไม่ดี มีความคิดในด้านลบ เกิดความผิดปกติด้านจิตใจ และอารมณ์ (นฤมล สิ่งหัง, 2552) สอดคล้องกับ นฤมล คมกล้า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ที่ศึกษาพบว่าตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.194, p < .05$) ดังนั้นการรับรู้ตราบาปน่าจะมีผลสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ภาวะโรคร่วม (Comorbidity) เป็นจำนวนโรคประจำตัวที่มากกว่า 1 โรคขึ้นไปของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำเป็นอยู่ ทำให้มีความจำเป็นต้องรักษาโดยการรับประทานยาที่มีจำนวนมากขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด มักจะมีโรคเรื้อรังประจำตัวร่วมด้วย (สุพาศิ สุพงศ์พัฒนกิจ, 2543) เช่น เอดส์ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตับ ไต หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น (Chun Yu Lin et al., 2010) จะทำให้เป็นอุปสรรคในการรักษา เนื่องจากต้องรับประทานยา ครั้งละหลายชนิดและจำนวนมาก การศึกษาของ Somsong (2002) พบว่าจำนวนชนิดยาที่มากขึ้นตามจำนวนโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย และ การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย มีอัตราการรักษากรบต่ำกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV อัตราการรักษาครบเป็น 2.8 เท่าของผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย (OR = 2.8; 95%CI, 1.04-1.15) (ทัศนากลิวเสรี, 2542) ดังนั้นภาวะโรคร่วมน่าจะมีผลสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

6. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร เพื่อเอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (House, 1985) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำสามารถปรับตัวได้ ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ต่อเนื่องในระยะยาว สอดคล้องกับ สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2540) และ รจนาไฉน สิงหเทศ (2550) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p = .01$ และ $r = .28, p < .01$ ตามลำดับ) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีผลสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

จากเหตุผลและแนวคิดสมมติฐานการวิจัย สามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ในการรับปรึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับปรึกษา
2. การรับรู้อุปสรรคในการรับปรึกษา การรับรู้ตราบาป และภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับปรึกษา
3. การรับรู้ประโยชน์ในการรับปรึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับปรึกษา การรับรู้ตราบาป ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนาย ความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของ ปัจจัยทำนายต่อความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-60 ปี

ตัวแปรต้น คือ การรับรู้ประโยชน์ในการรับปรึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับปรึกษา การรับรู้ตราบาป ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรับปรึกษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความร่วมมือในการรับปรึกษา หมายถึง พฤติกรรมในด้านการรับปรึกษา โดยรับปรึกษาให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา และรับปรึกษาคงตามระยะเวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ประเมินความร่วมมือในการรับปรึกษา ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรับปรึกษา ประเมินโดยแบบประเมินความร่วมมือในการรับปรึกษา ดัดแปลงของพิรพร ดวงแก้ว (2538) ที่สร้างตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

การรับรู้ประโยชน์ในการรับปรึกษา หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำว่าการรับปรึกษาเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ สามารถลดการเกิดเชื้อื้อยา ช่วยให้หายจากวัณโรค ประเมิน โดยแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ ประเมินโดยแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง ดัดแปลงของ สกาวพรรณ อวิศดาถาวร (2552) ที่สร้างตามแนวคิด

ความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจ ของผู้ป่วยวัยโรคปอดคร่าชีวิต ต่อความรุนแรงของโรคได้แก่ การรักษาต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น โอกาสที่จะรักษาหายน้อยกว่าการรักษาในครั้งแรก มีโอกาสเกิดการแพ้ยาสูงกว่า มีโอกาสพบดื้อยาหลายขนานสูงกว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับยามาก่อน มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน ประเมินโดยแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง คัดแปลงของ สกาวพรรณ อวิศดาถาวร (2552) ที่สร้างตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยวัยโรคปอดคร่าชีวิต เกี่ยวกับอุปสรรคหรือสิ่งที่ยั่วยุขวางการรับประทานยาได้แก่ ขนาดและปริมาณเม็ดยา อาการข้างเคียง ระยะเวลาการรับประทานยานาน ประเมิน โดยแบบประเมินการรับรู้อุปสรรค คัดแปลงของ สกาวพรรณ อวิศดาถาวร (2552) ที่สร้างตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

การรับรู้ตราบาป หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยโรคปอดคร่าชีวิต รู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกมีมลทินและ รับรู้ในความรู้สึกของบุคคลในครอบครัว ชุมชน เพื่อนร่วมงาน หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ที่มีต่อผู้ป่วย เช่น แสดงที่ตำรังเกียจ ไม่ปฏิสัมพันธ์ด้วย หรือ ประณามเป็นต้น ส่งผลกระทบต่อจิตใจ เป็นประสบการณ์ด้านลบ ส่งผลให้ขาดแรงกระตุ้นในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยวัยโรคของ นฤมล สิงห์คง (2551) ที่สร้างตามแนวคิดของ Goffman (1963) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

ภาวะโรคร่วม หมายถึง จำนวนโรคที่ผู้ป่วยวัยโรคปอดคร่าชีวิตเป็นมากกว่า 1 โรคขึ้นไป เช่น เอดส์ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตับ ไต หลอดเลือดสมอง และ หลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น จำเป็นต้องรักษาโดยการรับประทานยาที่มีชนิดและจำนวนมากขึ้น ประเมินจากจำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นร่วมกับวัยโรค ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยโรคปอดคร่าชีวิตได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ หมายถึง ได้รับความรัก ความผูกพัน การไว้วางใจ ความเอาใจใส่ห่วงใยซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางเลือกในการปฏิบัติทำให้

สามารถแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ 3) ด้านการประเมินค่า หมายถึง ได้รับการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคปอดรักษาซ้ำเห็นคุณค่าและเห็นด้วยกับการกระทำที่สนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำใช้ในการประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ได้แก่ เห็นพ้อง การยอมรับและการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และ 4) ด้านทรัพยากร หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นด้านสิ่งของ ค่าใช้จ่าย แรงงาน เวลา และบริการอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม คัดแปลงของ นฤมล คมกล้า และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ที่สร้างตามแนวคิดของ House (1985) จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดมีประวัติเคยได้รับการรักษาวัณโรคด้วยระบบยามาตรฐานและมีครั้งนี้ได้รับการรักษาซ้ำในที่นี้รวมหมายถึง 1) ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse cases) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เคยรักษาและได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้ว หรือได้รับการรักษาครบแล้วแต่กลับมาเป็นวัณโรคอีก 2) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาซ้ำภายหลังการรักษาล้มเหลว (Treatment after failure) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยามาตรฐาน Category 1 แต่ผลเสมหะเมื่อเดือนที่ 5 เป็นบวกหรือหลังจากนั้นยังคงเป็นบวก (Remained positive) หรือกลับเป็นบวกอีก (Relapse positive) ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบเมื่อเริ่มการรักษาแต่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 กลับเป็นบวก และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เริ่มรักษาด้วยระบบยารักษาซ้ำหลังจากล้มเหลวต่อระบบยาที่รักษามาก่อนและ 3) รักษาซ้ำภายหลังขาดยา (Treatment after default) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับมารักษาอีก หลังจากขาดการรักษาไปมากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นแนวทาง พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมความร่วมมือในรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ
2. เป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำให้มีความต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้วัณโรคกลับมาเป็นซ้ำอีก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดคร่าชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้า จากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยทั้งไทยและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องสรุป เป็นสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางการวิจัย นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. วัณโรค
 - 1.1 พยาธิสภาพ
 - 1.2 การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามประวัติการรักษา
 - 1.3 อาการและอาการแสดง
 - 1.4 การตรวจวินิจฉัย
 - 1.5 การรักษา
 - 1.6 การพยาบาล
2. ความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 2.3 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 2.4 ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคคร่าชีวิต
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคคร่าชีวิต
 - 3.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.1.1 การรับรู้ประโยชน์
 - 3.1.2 การรับรู้ความรุนแรง
 - 3.1.3 การรับรู้อุปสรรค
 - 3.2 การรับรู้ตราบาป
 - 3.3 ภาวะโรคร่วม
 - 3.4 การสนับสนุนทางสังคม
4. บทบาทพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดคร่าชีวิต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. วัณโรค

1.1 พยาธิสภาพ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากการติดเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* เชื้อวัณโรคสามารถทำให้เกิดพยาธิสภาพได้ตามอวัยวะต่างๆ ทุกส่วนของร่างกาย แต่ที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 80 และทำให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขในวงกว้าง คือ วัณโรคปอด (Caminero, 2003) เชื้อวัณโรคแพร่กระจายทางการหายใจ โดยเชื้อวัณโรคที่มีขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนจะแขวนลอยอยู่ในอากาศและอาจถูกสูดหายใจเข้าไปจนถึงระดับถุงลม (Boutotte, 1999) เชื้อวัณโรคเป็นแบคทีเรียที่แบ่งตัวช้าเจริญได้ดีในส่วนของที่มีความดันออกซิเจนมาก เช่นที่ส่วนยอดของปอด ซึ่ง Macrophage ที่มีอยู่เดิมในถุงลม มีความสามารถทำลายเชื้อแตกต่างกัน การที่เชื้อโรคเข้าไปในถุงลมแล้วจะทำให้เกิดรอยโรคหรือไม่ขึ้นกับความสามารถของเชื้อโรคที่จะเจริญแบ่งตัวอยู่ใน Macrophage เชื้อโรคอาจถูกทำลาย อาจแบ่งตัวใน Macrophage หรือสงบอยู่ ถ้าร่างกายกำจัดเชื้อไม่ได้ จนถึงระยะที่มีการกระตุ้นให้เกิด Cellular immune response ซึ่งมีทั้งผลที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกัน (Cell-mediated immunity: CMI) และภาวะภูมิไวเกินชนิด Delayed-type hypersensitivity (DTH) ก็จะทำให้เกิดพยาธิสภาพของรอยโรคนั้นเปลี่ยนแปลงไป ภาวะป่วยเป็นวัณโรคจะเกิดขึ้นในเวลาต่อมา ซึ่งพยาธิสภาพการเกิดวัณโรคปอดแบ่งตามลักษณะทางคลินิก ได้ 2 ระยะ คือ

1.1.1 วัณโรคปอดปฐมภูมิ (Primary pulmonary tuberculosis) เป็นการรับเชื้อครั้งแรก ซึ่งบุคคลนั้นยังไม่เคยมีภูมิคุ้มกันและภูมิไวเกินต่อเชื้อโรคมามาก่อน ตำแหน่งที่เชื้อโรคเข้าไปทำให้เกิดรอยโรค มักเป็นบริเวณเนื้อปอดที่มีอากาศถ่ายเทมากที่สุด ได้แก่ ส่วนล่างของปอดกลีบบนและส่วนบนของปอดกลีบล่าง มักเป็นแห่งเดียว และอยู่ใต้เยื่อหุ้มปอด Alveolar macrophage จะจับกินเชื้อวัณโรค แต่ถ้าเชื้อไม่ตายและเพิ่มจำนวนมากขึ้นอาจกระตุ้นให้มีการอักเสบเฉียบพลัน เชื้อโรคจะเจริญในเซลล์และทำลาย Neutrophil ภายใน 24 ชั่วโมง จะมี Macrophage ที่มาจาก Monocyte ในกระแสเลือดเข้ามา รวมกลุ่มกันเกิดเป็น Tubercle ภายในระยะเวลาไม่กี่วันเชื้อจะไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดเกิดรอยโรคที่มักจะใหญ่กว่ารอยโรคที่เนื้อปอดเอง และหายช้ากว่า เรียกรอยโรคที่เนื้อปอดว่า Primary focus หรือ Ghon focus รอยโรคนี้อาจจะหายไปได้จากกการมี CMI ถ้าบริเวณเนื้อตายมีขนาดเล็ก อาจถูกกำจัดโดย Macrophage รอบ ๆ และอาจแทนที่ด้วย Fibrous tissue แต่ถ้าบริเวณเนื้อตายใหญ่ขึ้น ขนาด 0.5 ถึง 2 เซนติเมตร ก็อาจสงบอยู่โดยมี Fibrous tissue ล้อมรอบ เป็นลักษณะ Fibrocaceous หรือมีแคลเซียมมาอยู่บริเวณเนื้อตาย เป็น Fibrocalcific แต่ก็ยังมีเชื้อวัณโรคที่ยังมีชีวิตเหลือค้างอยู่ ซึ่งมักหายไปได้จากภูมิคุ้มกัน หรือสงบอยู่และกำเริบภายหลัง แต่ถ้าเชื้อโรคมียังมีจำนวนมาก และเป็นในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือเป็นโรคติดเชื้อบางชนิด เช่น เด็กเล็ก ขาดสารอาหาร หัด ไอกรน ติดเชื้อ HIV เป็นต้น

1.1.2 วัณโรคปอดหลังปฐมภูมิ (Secondary หรือ Postprimary pulmonary tuberculosis) เป็นการเกิดโรคหลังจากเคยได้รับเชื้อวัณโรคมาก่อน ซึ่งเชื้อโรครที่สงบอยู่ในอวัยวะจากการแพร่กระจายครั้งแรก เกิดแบ่งตัวเพิ่มขึ้น ส่วนน้อยเกิดจากการรับเชื้อเข้าไปใหม่ การกำเริบของรอยโรคเดิม ครั้งหนึ่ง เกิดภายใน 2 ปี หลังจากติดเชื้อครั้งแรก อาจเป็นจากรอยโรคที่เนื้อปอดหรือที่ต่อมน้ำเหลืองซั่วมุดก็ได้ รอยโรคที่เนื้อปอดมักเป็นบริเวณ Apex หรือ Subapical อาจเป็นเพราะบริเวณนี้มีควมดันออกซิเจนสูง รอยโรคต่างจากพวก Primary tuberculosis คือ มักไม่มีการกระจายไปทางหลอดน้ำเหลือง การตอบสนองของเนื้อเยื่อต่อเชื้อโรค เป็นเรื่องของ Hypersensitivity reaction เกิดเนื้อตาย Caseous และ Tubercle ต่อมากมี Fibrous tissue มาล้อม รอยโรคบางส่วนจะหายหรือมีขนาดเล็กลงเมื่อมี Fibrosis และ Calcification การดำเนินโรคขึ้นกับจำนวนเชื้อวัณโรค และ Cellular immune response บางครั้งรอยโรคอาจเท่าเดิมหรือเพิ่มขนาดขึ้น เห็นเป็นก้อนขนาด 0.5 ถึง 4 เซนติเมตร การลุกลามของโรค เกิดเมื่อรอยโรคที่เนื้อปอดมีเนื้อตาย Caseous ซึ่งต่อมากจะละลาย เชื้อแบ่งตัวนอก Macrophage ถ้ารอยโรคทำลายผนังหลอดลมและเนื้อตายถูกขับออกทางหลอดลม บริเวณที่มีเนื้อตายอยู่เดิมจะเกิดเป็น Cavity ขึ้น ลักษณะรอยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ เห็นเนื้อตาย Caseous และ Cavity ลุกลามออกไปซ้าๆ เห็นเป็นรอยโรคแบบ Fibrocaceous ซึ่งอาจมีหลายห่อมมารวมกัน เชื้อโรคและเนื้อตาย Caseous ที่ถูกขับออกทางหลอดลมจะกระจายไปยังเนื้อปอดส่วนอื่น ถ้าเชื้อมีจำนวนไม่มาก หรือร่างกายมีภูมิคุ้มกันดี ก็จะเกิดการอักเสบของเนื้อปอดจำกัดอยู่ตามแขนงหลอดลมเล็กและถุงลมโดยรอบ แต่ถ้าเชื้อมีจำนวนมาก หรือมี Hypersensitivity reaction รุนแรงจะเกิด Tuberculous pneumonia มีการอักเสบรุนแรงแบบ Exudative มีสารน้ำ Fibrin และ Mononuclear cell จำนวนมากเข้าไปในถุงลม ถ้าโรคหายในระยะแรกก่อนมี Caseous อาจมีการละลายของ Exudates และถูกดูดซึมไปหมด ปอดอาจกลับเป็นปกติหรือมี Fibrosis เล็กน้อย แต่ถ้าเกิด Caseous มี Tubercle และ Fibrosis มากจะหายช้า

วัณโรคปอดมักมีพยาธิสภาพที่เยื่อหุ้มปอดด้วย ส่วนมากเป็นชนิดมี Fibrosis อาจพบเนื้อตาย เชื้อโรคกระจายจากรอยโรคที่อยู่ใกล้เยื่อหุ้มปอด อาจพบ Fibrinous effusion ในรายที่ Cavity แต่เข้าช่องเยื่อหุ้มปอด อาจเกิดการอักเสบรุนแรงมีหนองเกิดขึ้นเป็น Emphysema และมี Bronchopleural fistula เนื่องจากเชื้อวัณโรคจาก Cavity มีจำนวนมาก เมื่อเข้าหลอดลมซึ่งปกติมีความต้านทานดี ไม่ค่อยติดเชื้อได้ง่าย ก็อาจทำให้เกิด Tuberculous bronchitis ได้ ผนังหลอดลมส่วนนั้นมี Tubercle และ Fibrosis ทำให้ผนังหนาขึ้น ตีบ แคล หลอดลมส่วนปลายอาจเกิด Bronchiectasis หรือมี Atelectasis ตามมา (นิธิพัฒน์ เจียรกุล, 2550)

1.2 การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามประวัติการรักษา

หลังจากที่วินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นวัณโรคแล้ว จะต้องซักประวัติว่าผู้ป่วยเคยรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่ เพราะประวัติการรักษาจะมีผลต่อการจัดระบบยา องค์การอนามัยโลก แบ่งประเภทการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยออกเป็น 6 ประเภท (กรมควบคุมวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ดังต่อไปนี้

1.2.1 ผู้ป่วยใหม่ (New) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือผู้ป่วยที่เคยได้ยาด้านวัณโรคมาไม่เกิน 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติมาก่อน

1.2.2 กลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค และได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้ว หรือได้รับการรักษาครบแล้ว แต่กลับมาเป็นวัณโรคอีกโดยมีผลตรวจด้วยวิธี Direct smear หรือ Culture

1.2.3 รักษาซ้ำหลังจากล้มเหลว (Treatment after Failure) หมายถึง ผู้ป่วยที่รักษาด้วย Category 1 แต่ผลเสมหะเมื่อเดือนที่ 5 เป็นบวก หรือหลังจากนั้นยังคงเป็นบวก (หรือกลับเป็นบวกอีก หรือ ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะลบ เมื่อเริ่มการรักษา แต่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 กลับเป็นบวก หรือ ผู้ป่วยที่เริ่มรักษาด้วยระบบยารักษาซ้ำ หลังจากล้มเหลวต่อระบบยาที่รักษามาก่อน

1.2.4 รักษาซ้ำหลังจากขาดยา (Treatment after default) หมายถึง ผู้ป่วยที่กลับมารักษาอีก หลังจากขาดการรักษาไปมากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน

1.2.5 รับโอน (Transfer in) ผู้ป่วยซึ่งรับโอนจากสถานพยาบาลอื่น โดยขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาแล้วระยะหนึ่ง

1.2.6 อื่น ๆ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถจัดกลุ่มเข้าในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น

1.3 อาการและอาการแสดง

โดยทั่วไปเมื่อมีการติดเชื้อวัณโรคแล้วผู้ป่วยมักมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะแรกจะไม่มีอาการเด่นชัดหรือไม่มีอาการ ซึ่งจะสังเกตได้ยากถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาการมักจะค่อย ๆ เป็น อาการที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เบื่ออาหารและอาจมีอาการครั่นเนื้อครั่นตัว หรือเป็นไข้ต่ำ ๆ ตอนบ่าย ๆ มีเหงื่อออกตอนกลางคืน อาการเหล่านี้จะแสดงอยู่นานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน (ยุทธิชัย เกษตรเจริญ, 2543) ต่อมาจึงมีอาการไอ ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อย ระยะแรก ๆ ไอแห้ง ๆ ต่อมาจะมีเสมหะไอบางเวลาเข้านอน หรือตื่นนอนตอนเช้า หรือหลังอาหาร อาการไอจะเรื้อรัง นานกว่า 3 สัปดาห์ (United States Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2000) ในรายที่อาการรุนแรงมากจะหอบหรือไอมีเสมหะจำนวนมาก จนในที่สุดมีเลือดปนออกมากับเสมหะ แต่น้อยรายที่จะมีเลือดออกมากถึงกับช็อก บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอกร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการเหนื่อยหอบมาก เนื่องจากมีพยาธิ

สภาพที่ปอดอย่างรุนแรงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ถุงลมปอดฉีกขาดมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้ม ในรายที่เป็นน้อย ๆ อาจไม่มีอาการ และมักตรวจพบโดยบังเอิญจากการเห็น "จุด" ที่ปอดในฟิล์ม เอกซเรย์บางคนอาจมีอาการเป็นไ้ช้เวลานานเป็นเดือน โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด

1.4 การตรวจวินิจฉัย

ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยวัณโรค สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

1.4.1 การซักประวัติ และตรวจร่างกาย พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมักมีประวัติ สัมผัสกับวัณโรค ซึ่งอาจพบผู้ป่วยได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นวัณโรคในแบบที่ไม่มีอาการ อาจพบในผู้ป่วยที่ไม่เคยทราบมาก่อนว่าตนติดเชื้อวัณโรค แต่ตรวจพบโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และกลุ่มที่มีอาการได้แก่ ไข้ หนาวสั่น เหงื่อออกตอนกลางคืน ไอเรื้อรังเกิน 3 สัปดาห์ ไอมีเลือดปน น้ำหนักลด อาการเหล่านี้ทำให้นึกถึงวัณโรค

1.4.2 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) เป็นวิธีที่มีความไวสูง แต่วิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอกไม่ใช่วิธีการวินิจฉัยวัณโรคปอดที่แน่นอน ไม่มีลักษณะจำเพาะที่บอกได้ชัดเจนว่าเป็นวัณโรค ความผิดปกติจากภาพรังสีทรวงอกไม่สามารถบอกถึง Activity ของโรคได้ (Camirero, 2003) เนื่องจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกมีความจำเพาะต่ำเนื่องจากมีโรคอื่น ๆ ที่มีลักษณะภาพถ่ายรังสีทรวงอกคล้ายวัณโรค จึงต้องใช้ข้อมูลอื่นมาประกอบด้วยการวินิจฉัย

1.4.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ได้กำหนดวิธีการตรวจหาเชื้อวัณโรคไว้ 2 วิธีใหญ่ๆ คือ

1.4.3.1 การตรวจเสมหะโดยการย้อมสีทึบกรด (Direct smear Acid fast bacilli: AFB) คือ การตรวจเสมหะโดยการย้อมสีทึบกรดหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ และมีความสำคัญมากในการวินิจฉัยโรค (Iseman, 2000) เป็นวิธีที่ง่าย ได้ผลเร็ว เสียค่าใช้จ่ายน้อย มีความจำเพาะสูง แต่มีความไวต่ำ การที่จะให้ผลบวกได้ เสมหะที่ตรวจต้องมีเชื้ออย่างน้อย 100,000 ตัวต่อมิลลิกรัมขึ้นไป และควรเก็บตัวอย่างเสมหะอย่างน้อย 3 วันติดต่อกัน (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541) การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคคือ ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย 2 ครั้งถึงแม้ว่าภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่พบสิ่งผิดปกติ หรือ ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค 1 ครั้ง ร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด แสดงว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดและสามารถแพร่เชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ต่อไป

1.4.3.2 การตรวจเสมหะโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Sputum culture) คือการส่งเสมหะเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค นิยมทำในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นวัณโรคแต่ตรวจเสมหะโดยการย้อมสีทึบกรดไม่พบเชื้อวัณโรค และเป็นประโยชน์ในการศึกษา การดื้อยา หรือในรายที่มีปัญหาในการวินิจฉัย ซึ่งจะต้องใช้เวลานาน อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์ (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541)

1.4.4 การทดสอบทูเบอร์คิวลิน (Tuberculin skin test) เป็นการทดสอบว่าร่างกายเคยได้รับเชื้อวัณโรคหรือไม่ โดยการฉีดน้ำยา Tuberculin เข้าใต้ผิวหนังแล้วดูปฏิกิริยาหลังจากฉีดยา 12 - 48 ชั่วโมง หากผิวหนังบริเวณที่ฉีดนูนแดงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 10 มิลลิเมตรขึ้นไป ถือว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค แต่การทดสอบอาจให้ผลลบได้ในรายที่มีภาวะขาดสารอาหารหรือโรคอื่น ๆ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยกำลังเป็นวัณโรคอยู่ก็ตาม และการทดสอบที่ให้ผลบวกก็บ่งบอกเพียงว่าผู้ป่วยเคยได้รับเชื้อวัณโรคมาก่อนแต่ไม่ได้บ่งบอกว่าเป็นวัณโรคชนิดเฉียบพลัน

1.4.5 การตรวจทางพยาธิวิทยา ที่ได้จากการส่องกล้องภายในหลอดลมหรือการผ่าตัดพบว่ามีเนื้อเยื่อลักษณะทางพยาธิวิทยาเข้าได้กับการติดเชื้อวัณโรค

1.4.6 การใช้เทคนิคใหม่อย่างอื่น เช่น Polymerase chain reaction (PCR), Ligase chain reaction (LCR), Transcription mediated amplification (TMA) ยังไม่เหมาะสม ที่จะนำมาใช้ในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ตามห้องปฏิบัติการทั่วไป เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง และต้องอาศัยความชำนาญ ของเจ้าหน้าที่เทคนิคมาก การประเมินค่าใช้จ่ายต่อ ผลประโยชน์จะไม่คุ้มค่า ยกเว้นในบางกรณี โดยเฉพาะการวินิจฉัยวัณโรคนอกปอด เช่น การใช้ PCR ในการวินิจฉัยวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง Adenosine deaminase activity ในการวินิจฉัยวัณโรคเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น

1.5 การรักษา

การรักษาวัณโรคมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ รักษาผู้ป่วยในระยะติดต่อหรือระยะแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งในปัจจุบันสามารถรักษาผู้ป่วยหายจากวัณโรคได้เกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาจนครบกำหนด (บัญญัติ ปริษญานนท์, 2542) ปัจจุบันใช้หลัก การดูแลรักษาวัณโรคตามมาตรฐานสากล (International Standard for TB Care : ISTC) มีการใช้ระบบยา ที่ทำให้สามารถย่นระยะเวลาในการรักษาวัณโรคจากเดิม 12-18 เดือน หรือบางรายอาจถึง 24 เดือน (Long course) มาเป็นระยะสั้นลง ซึ่งใช้เวลาเพียง 4-6 เดือน (Short course) หรือบางรายอาจต้องขยายระยะเวลาเป็น 8-9 เดือน เช่นในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคชนิดดื้อยา ร่วมกับการรับประทานยาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง DOTS ตามแนวทางของ องค์การอนามัยโลก ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษา สม่าเสมอครบถ้วนและป้องกันการเกิดดื้อยาของเชื้อวัณโรค ซึ่งในขณะนี้ มีประเทศต่างๆ กว่า 100 ประเทศทั่วโลกได้นำไปใช้ในแผนงานวัณโรคของประเทศแล้ว ในปี พ.ศ. 2538 ประเทศไทยได้นำ กลยุทธ์ DOTS มาเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกันการดื้อยาด้านวัณโรค (กระทรวง สาธารณสุข, 2549) หลักการ คือให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าผู้ควบคุมกำกับ (Supervisor) คือ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สถานอนามัยขณะกลับไปกินยาที่บ้าน และที่ฉีดยา Streptomycin อาสาสมัครหรือผู้นำชุมชน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการเป็นพี่เลี้ยงดูแล

ผู้ป่วยวัณโรค (สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2543)

ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรคแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม

1. ยาที่ใช้เป็นอันดับแรก (First Line Drugs) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงมีพิษน้อย ได้แก่ Isoniazid (INH), Rifampicin (R), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E) และ Streptomycin (S) ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาเหล่านี้โดยเฉพาะ Isoniazid และ Rifampicin เป็นยาที่ใช้ร่วมกันแล้วจะให้ประสิทธิภาพในการรักษาสูงอันดับหนึ่งในการรักษาวัณโรคซึ่งเกิดจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis สรุปได้ดังตารางที่ 1 (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2549)

ตารางที่ 1 แสดงฤทธิ์ของยา ฤทธิ์ข้างเคียง และอฏิกิริยาระหว่างยา

ยา	ฤทธิ์ของยา	ฤทธิ์ข้างเคียง	อฏิกิริยาระหว่างยา
Isoniazid	มีฤทธิ์ต้านเชื้อ M.tuberculosis เป็นแบบ bactericidal แต่จะออกฤทธิ์ได้ดีเฉพาะกับเชื้อที่กำลังมีการแบ่งตัวอยู่เท่านั้น สำหรับเชื้อที่อยู่ในระยะพัก (resting stage) ยาจะมีฤทธิ์เป็นเพียง bacteriostatic	พิษต่อระบบประสาท ทำให้ประสาทปลาย อักเสบ, เวียนศีรษะ, ชี้อาการโรคจิตชักและประสาทตาอักเสบ พิษต่อดับ มักเกิดกับ ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคตับ ก่อน ผู้ดื่มเหล้าเป็นประจำ หรือคิดยาเสพติด	- 2 blocker ไม่มี drug interaction - Hypoglycemic agent มีทั้งเพิ่มและลด ระดับ Blood sugar เนื่องจากผลลัพท์ไม่แน่นอน
Rifampicin	มีฤทธิ์ในการต้านเชื้อ สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ M.tuberculosis สามารถเพิ่มฤทธิ์กันกับยา Isoniazid และ Streptomycin แต่ไม่เสริมฤทธิ์กับ Ethambutol	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ตับอักเสบ ผื่นขึ้น Flu-like syndrome ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น ปวดเมื่อย ตามกล้ามเนื้อ กระจก Discoloration of excrete	- Digoxin ระดับยา ใน Serum ลดลง ส่งผลให้ Digoxin ออกฤทธิ์ได้น้อยลง ผลจากปฏิกิริยาต่อกันนี้ อาจอยู่ได้อีกหลายวัน หลังจากหยุดยา Rifampicin ไปแล้ว - Corticosteroids

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ยา	ฤทธิ์ของยา	ฤทธิ์ข้างเคียง	อัตรการระหว่างยา
			จะลดระดับยา 48 -66% ดังนั้นอาจ ต้องเพิ่มขนาดของ Corticosteroids 2-3 เท่าถ้าใช้ร่วมกับ RMP - HIV-Protease inhibitor ระดับจะ ลดลงในระดับ Sub- therapeutic โดยระดับ Trough ของยาใน Plasma จะไม่สามารถ ยับยั้งการแบ่งตัวของ Virus และยังทำให้เกิด การคือยา
Pyrazinamide	มีฤทธิ์ต้านเชื้อ tubercle bacilli เป็นแบบ bactericidal ยานี้ได้ผล เฉพาะต่อเชื้อ M. tuberculosis เท่านั้น ไม่ได้ผลต่อเชื้อ mycobacteria อื่น ๆ	พิษต่อตับ , Aethralaia Aypevuricemia อาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น แผล แสง, เบื่ออาหาร, คลื่นไส้, อาเจียน , เป็นไข้ อ่อนเพลีย อาการเหล่านี้จะหายไป	- ไม่มีdrug interaction
Ethambutol	Ethambutol จัดเป็น bacteriostatic ยับยั้งการเจริญเติบโตของวัณโรค	ตามัว ตาบอดสีมีภาวะกรดยูริกในเลือดสูงได้ พบได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา อาการแพ้ยาเป็นไข้ อ่อนเพลีย ปวดตามข้อ ปวดศีรษะ มีผื่นขึ้น	- ไม่มีdrug interaction

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ยา	ฤทธิ์ของยา	ฤทธิ์ข้างเคียง	อันตรกิริยาระหว่างยา
Streptomycin	ยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนของเชื้อโดยเข้าไปจับกับ 30 S ribosome อย่างคงทน (irreversible) จึงทำให้มีฤทธิ์ bactericidal	ยาในกลุ่มนี้มีความเป็นพิษต่อหู (ทำลาย cranial nerve function คู่ที่ 8) และเป็นพิษต่อไตอาจทำให้เกิด neuromuscular blockade โดยเฉพาะเมื่อให้ iv อย่างรวดเร็ว หรือเข้า peritoneal cavity	- ไม่มี drug interaction

2. ยาที่ใช้เป็นอันดับสอง (Second Line Drugs) จะใช้ในกรณีเชื้อดื้อต่อยากลุ่มแรก หรือผู้ป่วยเป็นโรคในระบบอื่นของร่างกาย เช่น ตับแข็งหรือไตวาย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Kanamycin (K), Ofloxacin (O), Ethionamide (ETO), Cycloserine (CS) และ Para – Amino – Salicylic Acid (PAS) เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการ สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย (2543) ได้กำหนด สูตรยาระยะสั้น สำหรับผู้ป่วยประเภทต่างๆ ตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกดังนี้

1) ผู้ป่วย Category 1 (CAT.1) : 2HRZE/4HR

ผู้ป่วย Category 1 ได้แก่ ผู้ป่วยใหม่ (New) ยกเว้นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง

Category 1 (CAT.1) : 2HRZE/4HR หมายถึง 2 เดือนแรกผู้ป่วยจะได้ยา 4 ชนิด ได้แก่ Isoniazid (H), Rifampicin (R), Pyrazinamide (Z) และ Ethambutol (E) รับประทานทุกวัน ระยะ 4 เดือนที่เหลือจะได้ยา 2 ชนิดคือ Isoniazid และ Rifampicin รับประทานทุกวันหรือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน การให้ยารักษา

ระยะเข้มข้น (2 HRZE) ผู้ป่วยจะต้องได้รับครบทั้ง 4 ตัว จำนวน 60 วัน

ระยะต่อเนื่อง (4 HR) ผู้ป่วยจะต้องได้รับครบทั้ง 2 ตัว จำนวน 120 วัน

ปกติระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องกินยาครบ 180 วัน การให้ยาผู้ป่วยให้นับจำนวน 1 เดือน (30 วัน) ไม่ว่าจะมีการจัดแบ่งยาให้กับผู้ป่วยตามกำหนดรับยาแบบใดก็ตามผู้ป่วยจะต้องได้รับยาครบ ตามจำนวนวันทั้ง 2 ระยะ

กรณีเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ก่อนการรับยาเดือนที่ 3 ตรวจ AFB พบเชื้อเป็นบวกจะต้องขยายระยะเวลากินยาในระยะเข้มข้น (HRZE) เพิ่มอีก 1 เดือน (30 วัน) รวมกินยาระยะเข้มข้น 90 วัน เมื่อกินยาครบ 90 วันแล้วไม่ว่าผลการตรวจเสมหะจะพบเชื้อหรือไม่ ให้กินยาระยะต่อเนื่อง (HR) เป็นเดือนที่ 4 ได้เลย

กรณีที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ HIV ให้ขยายระยะต่อเนื่องออกไปอีก 2 เดือน (HR) รวมระยะกินยา 8 เดือน (2HRZE / 6 HR) ถ้าผลการตรวจเสมหะ AFB ในเดือนที่ 5 ยังคงเป็นบวกจะต้องจำหน่ายออกจากทะเบียนเป็นประเภท (Failure) แล้วขึ้นทะเบียนรักษาใหม่ด้วย CAT 2

2) ผู้ป่วย Catagory 2 (CAT.2) : 2HRZES/1HRZE/5HRE

ผู้ป่วย Catagory 2 ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ หรือผู้ป่วยมีผลการรักษาล้มเหลว

Catagory 2 (CAT.2) : 2HRZES/1HRZE/5HRE หมายถึง 2 เดือนแรกผู้ป่วยจะได้ยา 5 ขนาน ได้แก่ ยารับประทานทุกวัน 4 ชนิด Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide และ Ethambutol ยาฉีดสัปดาห์ละ 5 วันอีก 1 ขนานคือ Streptomycin เดือนต่อมาผู้ป่วยจะได้ยารับประทาน 4 ขนาน (H, R, Z, E) และระยะ 5 เดือนสุดท้ายจะได้ยารับประทานทุกวัน 3 ขนาน (H, R, E) ในกรณีที่ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ยังคงเป็นบวก จะต้องขยายเวลาในช่วงแรก (Initial phase) อีก 1 เดือน เป็น 2HRZES/2HRZE ถ้าสถานพยาบาลสามารถทำ Susceptibility test ได้ หรือมีข้อมูลว่าผู้ป่วยคือยาใน CAT.2 ก็ให้เลือกยาตามผล Susceptibility test หรือยาใหม่ที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับอย่างน้อย 3 ขนานขึ้นไป

3) ผู้ป่วย Catagory 3 (CAT.3) : 2HRZ/2HR

ผู้ป่วย Catagory 3 ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค ที่เสมหะเป็นลบด้วยวิธีข้อมเชื้อ (Direct smear AFB) เป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้งต่างวันกัน (โดยทั่วไป Spot sputum 1 ครั้ง และ Collect sputum 2 ครั้ง) และภาพรังสีทรวงอก Minimum infiltration และได้ผลดีใน ผู้ป่วยที่ผลตรวจเสมหะด้วยวิธีเพาะเชื้อเป็นบวก แต่ผลตรวจเสมหะด้วยวิธีข้อมเชื้อเป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้งต่างวันกัน

Catagory 3 (CAT.3) : 2HRZ/2HR หมายถึง 2 เดือนแรกผู้ป่วยจะได้ยารับประทานทุกวัน 3 ขนาน ได้แก่ (H, R, Z) 2 เดือนต่อมาผู้ป่วยจะได้ยารับประทานทุกวัน 2 ขนาน ได้แก่ (H, R) รวมเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน สำหรับวัณโรคต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเป็น Extrapulmonary tuberculosis ซึ่งพบได้บ่อยในประเทศไทย ก็สามารถใช้ CAT.3 ได้ผลดีเช่นกัน (แต่ถ้าขนาดของต่อมน้ำเหลืองยังคงไม่เล็กลง อาจให้ INH ชนิดเดียวต่ออีก 4 เดือน)

หมายเหตุ : Thiacetazone (T) ซึ่งมักใช้ใน Long course และบางประเทศนำมาใช้ใน ช่วง Continuation phase นั้นไม่เป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบันแล้ว เนื่องจากพบว่าอัตราการแพ้ยาสูงมากในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ประมาณร้อยละ 20

4) ผู้ป่วย Category 4 (CAT.4) : H

ผู้ป่วย Category 4 ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลวโดยเฉพาะจาก CAT.2 ให้ยา Second line drugs คือ Isoniazid เพียงอย่างเดียว

1.6 การพยาบาล

1.6.1 แนะนำข้อปฏิบัติดังนี้

1.6.1.1 เน้นให้ทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง และควรมารับยาตามแพทย์นัดทุกครั้ง

1.6.1.2 แนะนำวิธีรับประทานยา ขนาดยาที่รับประทาน อาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้น และวิธีปฏิบัติเมื่อสงสัยว่าแพ้ยา

1.6.1.3 อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษา เช่น อาการของโรค ทูเลลาจหรือหมดไปไม่ได้หมายความว่าโรคหายแล้ว ต้องรับประทานยาต่อไปจนกว่าแพทย์จะสั่งหยุดยา

1.6.1.4 เมื่อมีอาการดีขึ้น แพทย์จะนัดตรวจเสมหะและถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำ ตามแผนการรักษา

1.6.2 แนะนำการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อสู่ผู้อื่น

ในผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะพบเชื้อ ผู้ป่วยควรนอนแยกต่างหาก อยู่คนเดียวร่วมกับคนอื่น หรืออยู่ใกล้ชิดคนอื่น ๆ อย่าไอ จาม หรือหายใจรดหน้าคนอื่น เวลาไอหรือจามควรใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก ควรบ้วนเสมหะลงในกระโถนหรือกระป๋องที่มีฝาปิดมิดชิด แล้วนำไปเททิ้งซักโครกหรือชุดหลุมฝัง

เมื่อได้รับการรักษาจนตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ เชื้อจะถูกทำลายและไม่มี การแพร่ให้คนอื่นต่อไป จึงไม่ต้องแยกผู้ป่วยออกอย่างเคร่งครัดเหมือนช่วงที่เสมหะตรวจพบเชื้อ เช่น ไม่ต้องแยกถ้วย ชาม สำหรับอาหาร หรือเครื่องใช้ต่างหาก เมื่อรู้สึกแข็งแรงดีแล้วผู้ป่วยสามารถปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติ

1.6.3 แนะนำข้อควรปฏิบัติประจำวันอื่นๆ

1.6.3.1 พยายามอยู่ในที่แจ้ง หรือโปร่ง อากาศบริสุทธิ์

1.6.3.2 นอนพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตอนเช้าหลังตื่นนอน เช่น การเดินเร็ว ไม่ควรออกกำลังกายมากเกินไปจนหมดแรง ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส

1.6.3.3 รักษาความสะอาดของร่างกายและรักษาร่างกายให้อบอุ่นเสมอ

1.6.3.4 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเรื่องการขาดสารอาหาร น้ำหนักตัวน้อยจากสภาวะโรคที่เป็นอยู่ จึงแนะนำการรับประทานอาหารที่เพิ่มน้ำหนักตัวและเพิ่มภูมิต้านทานโรคให้ร่างกาย

2. ความร่วมมือในการรับประทานยา

ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือพฤติกรรมรับประทานยา ซึ่งผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่หายช้าต้องรับประทานยาเป็นเวลาหลายๆเดือนหรือนานนับปี จะเป็นตัวแปรในการที่ทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษารวมถึงการรับประทานยา (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) ความร่วมมือในการรับประทานยามีความสำคัญต่อการรักษามาก ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ประสบความสำเร็จในการรักษา (พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537) ความร่วมมือในการรับประทานยาจึงเป็นมีความสำคัญในการทำให้การรักษาโรคมมีประสิทธิภาพ

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence)

AIDS Institute New York State Department of Health (1998) ให้ความหมายของ “Adherence” ไว้ว่า เป็นการรักษาซึ่งประกอบด้วยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องตามระยะเวลา โดยมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

Morisky (2002) ให้ความหมายของ “Adherence” ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากการได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพและผู้ป่วยตัดสินใจร่วมกันกับทีมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ให้ความหมายของ “Adherence” ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทั้งการเข้ายา การปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคและการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดจากความตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

Nicole et al. (2003) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเพื่อให้ตรงตามแผนการรักษา และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรับประทานยาโดยพิจารณาการรับประทานยา ให้ถูกชนิด ถูกวิธี ถูกเวลา

Lerman (2005) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่ทำอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยผู้ป่วยยินยอมและเต็มใจ

ดังนั้นความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) ของผู้ป่วยโรคปอดรักษาซ้ำจึงหมายถึงพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยโรคปอดรักษาซ้ำที่ทำอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการรับประทานยา ซึ่งเกิดจากความร่วมมือและตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยรับประทานยาให้ถูกวิธี ถูกชนิด ถูกจำนวน ถูกขนาด ถูกเวลา อย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา

2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา

ในปัจจุบันได้มีการอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา โดยอาศัยรูปแบบและทฤษฎีต่างๆไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

รูปแบบชีวการแพทย์ (The biomedical approach) เป็นรูปแบบที่ได้กล่าวถึงปัจจัยทางด้านบุคคล สังคม และแผนการรักษา ที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ และพื้นฐานทางจริยธรรม รวมทั้งปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ ชนิดของยา รูปแบบการใช้ยา ระยะเวลาในการรักษา อาการข้างเคียงและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ยา (สมัยพร อาชาล, 2543)

รูปแบบพฤติกรรม (The behavioral approach) รูปแบบพฤติกรรมนี้เชื่อว่า การกระตุ้นหรือส่งเสริมให้บุคคลมีกำลังใจที่เข้มแข็งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดความร่วมมือที่ดี (Wilkinson, 1997) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือนั้นเกิดมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล มีความคาดหวังถึงความสามารถของตนเอง และ คาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

รูปแบบการติดต่อสื่อสาร (Patient-physician communication approach) เป็นความร่วมมือที่เกิดจากความคิดในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงความตั้งใจของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมและสังคม ได้แก่ ผู้ดูแล สมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่จะทำให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น ลักษณะในการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยอาจใช้ในรูปแบบ การให้คำแนะนำ และการให้ข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย

ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญา (Cognitive learning theory) ทฤษฎีมุ่งอธิบายถึงพื้นฐานการรับรู้ของบุคคลในการใช้ความคิด สติปัญญา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ วิเคราะห์และเห็นคุณค่าในการที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ซึ่งการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญามี 2 รูปแบบคือ การเรียนรู้ประสิทธิผลแห่งตนเองและการกระทำอย่างมีเหตุผล

แนวคิดรูปแบบทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ Pender (2006) ซึ่งกล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจาก

การได้รับอิทธิพลจาก 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่ง Becker (1974) พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และต่อมาได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับภาวะโรคต่างๆ โดยมีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลนั้นเห็นคุณค่าของเป้าหมายการกระทำหรือพฤติกรรมนั้นๆ และเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำให้สำเร็จตามเป้าหมายได้ พฤติกรรมจะเกิดเมื่อบุคคลนั้น รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วย รับรู้ความรุนแรงจากการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และรับรู้อุปสรรค ซึ่งเป็นปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ และปัจจัยร่วม จึงสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาซึ่งรวมถึงความร่วมมือในการรับประทานยาได้ด้วย

ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยประยุกต์ตัวแปรจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker (1974) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัน โรครักษาซ้ำ เพราะความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงจากการเป็นวันโรค รับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ซึ่งสามารถส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาให้มีประสิทธิภาพได้

2.3 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยทั่วไป สามารถประยุกต์เพื่อใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัน โรคปอดรักษาซ้ำ ซึ่งแบ่งได้ 2 วิธี คือ การประเมินจากตัวผู้ป่วยเอง และการประเมินโดยผู้อื่นหรือบุคลากรทางสุขภาพ (Machtinger & Bangsberg, 2005)

2.3.1 การประเมินจากตัวผู้ป่วยเอง สามารถประเมินได้จาก การสอบถามหรือการสัมภาษณ์ เช่นการใช้แบบสัมภาษณ์ของ Morisky's questionnaire จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 1 ข้อ ด้านลบ 6 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือกส่วนข้อที่ 8 เป็นลักษณะ 4 ตัวเลือก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน กรณีเป็นคำถามด้านบวก ถ้าตอบใช่ให้คะแนน 1 คะแนน ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนกรณีคำถามด้านลบ ถ้าตอบใช่ให้คะแนน 0 คะแนน ไม่ใช่ให้ 1 คะแนน เป็นการประเมินจากผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยอาจตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง ก็สามารถแก้ไขโดยการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความเที่ยงตรง การประเมินความร่วมมือโดยใช้การสัมภาษณ์หรือการซักถาม พบว่าทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัน โรคปอดรักษาซ้ำระดับหนึ่ง

2.3.2 การประเมินโดยผู้อื่นหรือบุคลากรทางสุขภาพ วิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่

2.3.2.1 การนับเม็ดยา (Pill counts) เป็นวิธีการปฏิบัติที่สะดวกและง่าย ประหยัด และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปเพราะจะช่วยบอกถึงความแม่นยำและน่าเชื่อถือ และสามารถตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีการเก็บรักษาอย่างถูกต้องหรือไม่ (Hugen et al., 2002) ข้อจำกัดในการประเมินโดยการนับเม็ดยาคือ การนับเม็ดยาอาจทำไม่ได้เมื่อผู้ป่วยลืมเอายามาด้วยในวันนัด และมีข้อผิดพลาดหากผู้ป่วยแบ่งยาตนเองไปให้ผู้อื่นรับประทาน หรือมีการเก็บซ่อนยาไว้ไม่ให้เจ้าหน้าที่เห็นเพราะกลัวว่าจะเป็นความผิด เมื่อไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ (จริยา เจริญยิ่ง, 2546)

2.3.2.2 การตรวจวัดผลทางห้องปฏิบัติการ โดยการวิเคราะห์ตัวอย่างจากการตรวจเลือดและปัสสาวะ เพื่อตรวจสอบระดับความเข้มข้นของยา แต่พบว่าข้อด้อยของวิธีนี้คือ ค่าใช้จ่ายสูงและยาบางตัวไม่สามารถตรวจพบในเลือดหรือปัสสาวะ อีกทั้งความสามารถในการดูดซึมยาและกระบวนการเผาผลาญในแต่ละบุคคลไม่เท่ากันได้ วิธีนี้สามารถบอกได้เพียงว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานได้ว่าครบตามแผนการรักษาหรือไม่

2.3.2.3 การมาตรวจตามนัด สามารถเป็นตัวบ่งชี้ถึงความร่วมมือในการรับประทานยา โดยเป็นการประเมินได้ระดับหนึ่งว่า ผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัดสม่ำเสมอ เป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งรวมถึงการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยมีเกณฑ์ของความสม่ำเสมอในการตรวจตามนัด เกินร้อยละ 80 ของระยะเวลาการรักษา โดยข้อมูลสามารถตรวจสอบจากประวัติการนัดหมายผู้ป่วยจากเวชระเบียนและข้อมูลเก็บทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นวิธีที่ประหยัดและง่ายในการตรวจสอบ

2.3.2.4 การพิจารณาผลของการรักษา การพิจารณาว่าการรักษาวัณโรค ได้ผลดีหรือไม่สามารถดูได้จากผลของการตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรค หากผลการรักษาไม่พบเชื้อในเสมหะหลังการรักษา 2 เดือน หรือผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังรับประทานยา 2 อาทิตย์ หรือหลังการรับประทานยา 6 เดือน ผลการตรวจเสมหะและผลการเอ็กซเรย์ปอดปกติถือว่าการรักษาได้ผลดี ซึ่งบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษา (Boutotte, 1999)

2.3.2.5 Medication Event Monitoring System (MEMS) เป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ที่มีประโยชน์ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ลักษณะของเครื่องมือเป็นขวดที่มีฝาปิด เป็นคอมพิวเตอร์ที่บันทึกวันที่และเวลาในการเปิดขวดแต่ละครั้งไว้ ข้อด้อยของวิธีนี้คือ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากผู้ป่วยเปิดฝาชวดมากกว่า 1 ครั้ง ทั้งฝา ทำฝาหาย หรือเก็บยามากกว่า 1 ชนิดในขวดเดียวกัน และนอกจากนี้ยังแพงและยุ่งยากในการนำมาใช้

จะเห็นได้ว่าการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา มีหลายวิธีด้วยกัน ความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรค (ศิริรัตน์ บุญจรัสและ นฤมล เจริญศิริพรกุล, 2549; มาลินี ธัญรัตน์ศรีสกุลและคณะ, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่จะศึกษา ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรค ของกิริมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์ (2534) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

2. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ของพิรพร ดวงแก้ว (2538) สร้างตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และค่าความเที่ยงเท่ากับ .70

3. แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรค ของรจนาไฉน สิงหเรศ (2550) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดแปลง แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ของ พิรพร ดวงแก้ว (2538) มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ โดยพิจารณาข้อคำถามที่สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเป็นวัณโรคและมีความสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ศึกษา

2.4 ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ

จากการศึกษาของ ศิริรัตน์ บุญจรัส และนฤมล เจริญศิริพรกุล (2549) พบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาวัณโรคสูงถึงร้อยละ 15-50 สอดคล้องกับ ดวงจันทร์ รัตนมาลัย และคณะ (2540) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารักษา ของโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่งในจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยขาดยาร้อยละ 19.8 และวิวรรธ อัครวิเชียร และคณะ (2545) ศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 186 ราย มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามโปรแกรม DOTS และสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้ 86 ราย และไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้ 100 รายซึ่งในกลุ่มที่ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้นี้มีผู้ป่วยขาดยาถึงร้อยละ 66 และนงลักษณ์ เทศนา และคณะ (2546) ศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดคือยาที่มารักษาซ้ำ จำนวน 47 คน พบขาดความร่วมมือในการรับประทานยาเกิน 2 เดือน ถึงร้อยละ 10.6 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ยังขาดความร่วมมือในการ

รับประทานยายังมีจำนวนมาก ทำให้เกิดความล้มเหลวในการรักษา ผลกระทบที่ตามมาคือผู้ป่วย กลับเป็นซ้ำกลับมารักษาใหม่อีกครั้งจำเป็นต้องใช้ระบบใหม่ที่ใช้เวลาในการรักษานานขึ้น การ รักษาวัณโรคเป็นซ้ำนั้นเป็นไปได้ด้วยความลำบาก (ปนัดดา มะยมหิน, 2552) โอกาสที่จะรักษาหาย น้อยกว่าการรักษาในครั้งแรก (Tuula et al., 2007) มีโอกาสเกิดการแพ้ยาสูงกว่า (นิรมล พิมน้ำเย็น และทวิศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, 2553) อีกทั้งมีโอกาสพบดื้อยาหลายขนานสูงกว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคย ได้รับความมาก่อน (Pair and Lin-Ruey, 2001) ร้อยละ 34.5 (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข, 2554) และมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน (Anunnatsiri et al., 2005; Tuula et al., 2007) นอกจากนี้ยาที่ใช้ในการรักษาก็มีราคาแพงขึ้น (สำนักการแพทย์, 2550)

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ขาดความร่วมมือในการ รักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรค ปอดรักษาซ้ำด้วย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมี การรักษาไม่ต่อเนื่อง มีจำนวนมากที่ขาดความร่วมมือใน การรับประทานยา (นงลักษณ์ เทศนา และคณะ, 2546) และหยุดรับประทานยาเอง เพราะอาการดี ขึ้นคิดว่าตนหายจากโรคแล้ว ทำให้วัณโรคยังเป็นปัญหาที่ควบคุมการแพร่กระจายได้ไม่ดี ผู้ป่วยจึง ต้องกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งเป็นการรักษาที่ยุ่งยากกว่าเดิม จากการที่นักวิจัยได้ศึกษาหาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยในหลายๆ โรค ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่ได้ ศึกษาและเสนอว่าควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและเจตคติของผู้ป่วย โดยการนำรูปแบบความ เชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา (สมัยพร อาชาล, 2543) เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเป็นรูปแบบที่ใช้ตัวแปร ทางจิตสังคมมาอธิบาย ซึ่งเชื่อว่าการตัดสินใจเลือกกระทำของบุคคล ตามความเชื่อ ความเข้าใจ การ ยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย และ การดูแลรักษา โดยชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิด และความเข้าใจ ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) ในด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรค ร่วมกับการรับรู้ตรา บาปของ Goffman (1963) การสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) และจากการทบทวน วรรณกรรมพบว่าภาวะโรคร่วม ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา จึงนำตัวแปรเหล่านี้มา ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำในครั้งนี้

3.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาครั้งแรกตามแนวคิดของ Kurt Lewin (1951) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา และถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดย Rosenstock (1974) หลังจากนั้นได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Kurt Lewin (1951) มาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจ และทฤษฎีการตัดสินใจ แล้วนำองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย

ความหมาย

Becker (1974) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ การยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย และการดูแลรักษา โดยชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิด และความเข้าใจนั้น ซึ่ง Becker ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และต่อมาได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับภาวะโรคต่างๆ มีองค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ และปัจจัยร่วม ในการศึกษานี้ได้นำองค์ประกอบด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค มาอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

3.1.1 การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits)

Becker (1974) ให้ความหมาย ของการรับรู้ประโยชน์ไว้ว่า คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษามีผลดีต่อตนเอง เพื่อให้หายจากโรค ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำเชื่อว่าการปฏิบัติตนด้านการรับประทานยารักษาวัณโรคเป็นประโยชน์ทำให้หายจากการเป็นวัณโรค ลดการเกิดเชื้อคือยา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย เสียชีวิต เป็นต้น (พิรพร ดวงแก้ว, 2538) ก็จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์, 2534)

ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติตามด้านการรับประทานยารักษาวัณโรค ว่ามีผลดีต่อตนเองเพื่อให้หายจากวัณโรค ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ทำ

ให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเชื่อว่าการปฏิบัติตนด้านการรับประทานยารักษาวัณโรคเป็นประโยชน์ ก็จะให้ความร่วมมือในการรับประทาน

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ได้แก่

1. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ของพิรพร ดวงแก้ว (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .70

2. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ของผู้ป่วยวัณโรค ของสมัยพร อาชาล (2543) สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .77 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

3. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์การรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ของสกาพรพรรณ อัสดาถาวร (2552) สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธี Index of Item Objective Congruence เท่ากับ .76 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลง แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์การรักษา ของสกาพรพรรณ อัสดาถาวร (2552) มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ โดยพิจารณาข้อคำถามที่สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเป็นวัณโรคและมีความสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ศึกษา

3.1.2 การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity)

Becker (1974) ให้ความหมายการรับรู้ความรุนแรงไว้ว่า หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของโรคว่า จะเกิดผลเสียต่อตนเอง จึงทำให้บุคคลเกิดการปรับพฤติกรรมและส่งผลต่อความร่วมมือมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคที่รับรู้ความรุนแรงของการเป็นวัณโรคปอดมากเท่าไร ก็อาจจะเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีโอกาสหายขาดจากวัณโรคมากขึ้น อย่างไรก็ตามการจะรักษาวัณโรคปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 1) ผู้ป่วยวัณโรคชนิดไม่รุนแรงและ 2) ผู้ป่วยวัณโรคชนิดรุนแรง ซึ่ง ผู้ป่วยวัณโรคชนิดรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอันตรายถึงชีวิต และเสี่ยงต่อความพิการของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง วัณโรค

ปอดชนิดแพร่กระจาย เช่น Disseminated และ Military เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำรับรู้ถึงผลกระทบของการเกิดวัณโรคทั้งทางด้ายร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำงานได้ปกติ (สุพานี สุพงศ์พัฒน์กิจ, 2543) และในผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำจะมีอาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (สุมีทนา กลางคาร และคณะ, 2545; Tuula, 2007) และหากอาการรุนแรงมีโอกาเสียชีวิตได้สูงมากขึ้น (Anunnatsiri et al., 2005) การที่ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมาก ก็จะเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสม (ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์, 2534; สกาวพรรณ อัสดาถาวร, 2552) ทำให้โอกาสที่จะหายจากวัณโรคมีมากขึ้น ดังนั้นระดับความรุนแรงของโรคกับการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคจึงมีความสัมพันธ์กัน

ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ หมายถึงความเชื่อของผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ เกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของวัณโรคว่า จะเกิดผลเสียต่อตนเอง จึงทำให้บุคคลเกิดการปรับพฤติกรรมและส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงมาก ก็จะเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้โอกาสที่จะหายจากวัณโรคมีมากขึ้น

การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่จะศึกษา ได้แก่

1. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ของพิรพร ดวงแก้ว (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และค่าความเที่ยงเท่ากับ .82
2. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดวัณโรค ของ สมัยพร อาซาล (2543) สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .77 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .81
3. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ของ สกาวพรรณ อัสดาถาวร (2552) สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธี Index of Item Objective Congruence เท่ากับ .76 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลง แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ของ สกาวพรรณ อัสดาถาวร (2552) มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ โดยพิจารณาข้อคำถามที่ สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเป็นวัณโรคและมีความสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ศึกษา

3.1.3 การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers)

Becker (1974) ให้ความหมายของการรับรู้อุปสรรคว่า หมายถึงการรับรู้และ คาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหา และอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ในทางลบ โดยถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก ซึ่งผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาว่าเป็น ปัญหาทั้งในเรื่องของปริมาณระยะเวลา ความต่อเนื่อง และผลข้างเคียง (สกาวพรรณ อัสดาถาวร, 2552) โดยผู้ป่วยมักจะหยุดยาเมื่อรับรู้ถึงอาการที่เกิดจากยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาการ ไข้ อาการคัน ตัวตาเหลือง หูอื้อตามัว เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) มีความยากลำบากสูงก็ จะส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง (รจนาไฉน สิงหเรศ, 2550)

ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ หมายถึง การรับรู้และคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ ถึงปัญหาและอุปสรรคของ การรับประทานยาในทางลบ โดยถ้าผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาว่า เป็นปัญหาทั้งในเรื่องของปริมาณระยะเวลา ความต่อเนื่อง และผลข้างเคียง มีความยากลำบากเป็น ปัญหาและอุปสรรคสูงก็จะส่งผลทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เกิดขึ้นได้ยาก

การประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรับประทาน ยา ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่จะศึกษา ได้แก่

1. แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ของ สมัยพร อาชาล (2543) สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถาม เจิงบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .77 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

2. แบบประเมินการรับรู้อุปสรรค ของ สกาวพรรณ อัสดาถาวร (2552) สร้างขึ้นตาม แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธี Index of Item Objective Congruence เท่ากับ .76 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดแปลง แบบประเมินการรับรู้อุปสรรค ของสกาเวลรอน อัสดาถาวร (2552) มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ โดยพิจารณาข้อคำถามที่สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเป็นวัณโรคและมีความสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ศึกษา

3.2 ทราบป (Stigma)

3.2.1 ความหมาย

Goffman (1963) กล่าวว่า ทราบปคือคุณลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ซึ่งแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เป็นความเชื่อมโยงที่ส่งผลกระทบต่อให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

Lubkin & Larsen (2006) กล่าวว่า ทราบปเป็นการรับรู้เชิงลบหรือไม่ดีของบุคคลธรรมดาที่มีต่อบุคคลที่แตกต่างจากพวกเขา

ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2540) กล่าวว่า การรับรู้ที่เป็นทราบป คือการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณลักษณะที่เกี่ยวกับวัณโรคปอดรักษาซ้ำ โดยประเมินได้จากพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว ชุมชน และบุคคลากรทางสุขภาพ

รจนาไฉน สิงหเรศน์ (2550) กล่าวว่า การรับรู้ที่เป็นทราบป หมายถึง การรับรู้ในเชิงลบ การรับรู้ในทางไม่ดี คุณลักษณะแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบต่อให้บุคคลนั้นแตกต่างและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

ดังนั้น ทราบปในผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำรับรู้ว่าคุณลักษณะที่ไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกมีมลทินและถูกรังเกียจจากสังคมรอบตัวส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยวัณโรคปอด ทำให้ขาดความมั่นใจ มีภาพลักษณ์ต่อตนเองไม่ดี มีความคิดในด้านลบ เกิดความผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์

3.2.2 แนวคิดการรับรู้ที่เป็นทราบป

3.2.2.1 ทฤษฎีการตราหน้า (Labeling Theory) ของ Link & Francis (1990) เชื่อว่า พฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่ถูกนิยามโดยบุคคลอื่นในสังคมและที่สำคัญการตราหน้าจะมีผลทำให้ผู้ที่ถูกตราหน้ามีการกระทำแบบเดียวกับจินตภาพของผู้เบี่ยงเบน และนำไปสู่การเกิดวัฒนธรรมรองและนำไปสู่การ “ปฏิเสธผู้ปฏิเสธ” คือสังคมจะลดค่าของบุคคลผู้ถูกนิยามว่าเบี่ยงเบน ให้มีสถานภาพต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ผลก็ทำให้ผู้ถูกตราหน้าว่ามีพฤติกรรมโต้ตอบในทางลบ คือทำแบบเดียวกับที่ถูกตราหน้าซึ่งทำให้ผู้ถูกตราหน้านี้ถูกผลักให้เข้าไปรวมกลุ่มและเกิดสังคมย่อยของตนเอง ผลของการรวมกันเป็นกลุ่มย่อยนี้ทำให้เกิดการพัฒนาวัฒนธรรม ความเชื่อ การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งการกระทำที่ถูกสังคมตราหน้าด้วยนี้ในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากสังคมใหญ่ ดังนั้นแนวคิดนี้จึงอธิบายผลที่บุคคลมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

เกิดจากสังคมนิยม ทำให้เกิดการแบ่งคนกลุ่มออกจากสังคม คนกลุ่มนี้มีปฏิกิริยาโต้ตอบเชิงลบและกระทำตัวอย่างที่ถูกให้ความหมายโดยสังคม

3.2.2.2 แนวคิดการตีตรา ของ Goffman (1963) กล่าวว่าตราบาป คือ คุณลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เป็นความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมาก เช่น ความล้มเหลว ปมด้อย เป็นต้น สร้างให้เกิดความแตกต่างหรือแบ่งแยก (Discrepancy) ระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติจริง โดยความคาดหวังที่เกิดจากสังคมไม่สอดคล้องกับลักษณะที่บุคคลนั้นควรจะเป็นอยู่ซ้ำๆ (Stereotype) คุณลักษณะดังกล่าวถูกกำหนดโดยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการให้ความหมายการตราหน้า (Label) ในการให้ความหมายของบุคคลและพฤติกรรมโดยสังคม โดยบุคคลจะใช้วิธีต่างๆปรับตัว เมื่อได้รับการตีตราจากสังคม โดยอาจเปิดเผยตัว (Disclosing) เพื่อขอความเห็นใจ หรือความช่วยเหลือ ซึ่งได้แบ่งลักษณะของสิ่งที่ก่อให้เกิดการรับรู้ที่เป็นตราบาปกับบุคคลเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1) ลักษณะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น ความพิการ การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อหรือโรคเรื้อรังบางชนิดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ ซึ่งลดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่หรือกิจกรรมทางสังคม การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้บุคคลเกิดความแตกต่างในภาพลักษณ์หรือการรับรู้ เช่น โรคเรื้อรัง สะเก็ดเงิน มีแผลเรื้อรังตามตัว ส่งผลให้บุคคลเกิดการหลีกเลี่ยง หรือไม่ยอมพบปะ พูดคุย (พิมพัลย์ บุญมงคล, 2536) เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นโรคติดต่อมีการไอเรื้อรัง ดังนั้นสังคมและบุคคลรอบข้างอาจมีปฏิกิริยาโดยการหลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปใกล้หรือคบหาสมาคมด้วย (Long et al., 2001)

2) ความเสียหายของบุคคลที่เกิดจากพฤติกรรม ได้แก่ บุคคลที่ติดเชื่อเฮดส์ ติดสุรา ผู้ป่วยจิตเวช เช่น บุคคลที่ติดเชื่อเฮดส์จะถูกมองว่าเป็นตราบาปเนื่องจากมีพฤติกรรม การสำส่อนทางเพศ เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยเฮดส์จึงถูกมองในฐานะที่เป็นโรคของคนสกปรก ผิดศีลธรรม (พิมพัลย์ บุญมงคล, 2536)

3) บุคคลที่มีความแตกต่างในด้านเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา หมายถึงการรับรู้ถึงลักษณะสำคัญของเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ของตนเองโดยเปรียบเทียบกับวัฒนธรรมของบุคคลอื่น ปัจจุบันยังพบว่าการถูกแบ่งแยก หรือกีดกันทางสังคมอยู่ในบางสังคม

การที่จะทำให้เกิดตราบาปกับบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการคิด (Cognitive Process) ที่แปลความหมายได้จากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์เดิมมาช่วยในการแปลความหมาย เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีตราบาปแล้ว กลไกการรับรู้จะทำหน้าที่รับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเรียนรู้และตัดสินใจแก้ปัญหา ทั้งการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2540) ส่งผลให้ขาดความ

มั่นใจ มีภาพลักษณ์ต่อตนเองไม่ดี มีความคิดในด้านลบ เกิดความผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์ (นฤมล สิงห์คง, 2552) ผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างในการให้ความหมายเกี่ยวกับวัณโรค แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ เป็นโรคที่น่ากลัว เป็นโรคที่น่ารังเกียจ และเป็นโรคแห่งความตาย ซึ่งโดยรวมผู้ป่วยจะรู้สึกว้าวน โรคเป็นโรคที่ถูกตีตราจากสิ่งที่สังคมสร้างขึ้น (ทัศนีย์ มนูญพานิชย์, 2550) ซึ่งส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง (นฤมล คมกล้า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเจ็บป่วยด้วยวัณโรคส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ครอบครัว เศรษฐกิจ และการปฏิสังคม มีรายงานว่า การรับรู้ตราบาปจากการเป็นวัณโรค เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รักษาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยที่รักษาด้วย DOTS และเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (United States Centers for Disease Control and Prevention, 2003) นอกจากนี้ ยังมีรายงานจากการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดอุบลราชธานี ตัดสินใจไม่รับการรักษาและปกปิดการเจ็บป่วยของตนเนื่องจากกลัวว่าจะถูกสังคมตราหน้า

ผลกระทบด้านการรักษาต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์กับการรักษาและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เช่น เกิดความล่าช้าในการเข้ารักษา ทำให้ระยะเวลาในการแพร่เชื้อยาวนานขึ้น ขาดแรงกระตุ้นในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การพยากรณ์การรักษาไม่ดี มีโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการดื้อยา และเพิ่มภาระในการบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ในการประเมินการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในมลรัฐฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยวัณโรครู้สึกว่าเป็นตราบาปในสังคม ส่งผลให้การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (Coriel, Lauzardo, & Heurtelou, 2004)

3.3.3.3 การประเมินตราบาป จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

- 1) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ที่เป็นตราบาปของ รจนา ใจน สิงห์เรศน์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90
- 2) แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับตราบาป (Stigma) อันสืบเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอดของ นฤมล สิงห์คง (2552) เป็นการพัฒนาเครื่องมือวัดการรับรู้เกี่ยวกับตราบาป (Stigma) อันสืบเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอด สร้างจากการแนวคิดของ Goffman (1963) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อแบ่งเป็นประเด็นด้านการรับรู้ตราบาป และการถูกปฏิบัติจากผู้อื่นเนื่องจากตราบาปอย่างละ 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับทราบบาปในผู้ป่วยวัณโรคปอด ของนฤมล สิงห์คง (2552) มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ เนื่องจากลักษณะเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเช่นเดียวกัน

3.2 ภาวะโรคร่วม (Comorbidity)

ความหมาย

Salters (2008) กล่าวว่า ภาวะโรคร่วม คือ การที่มีโรคอยู่ในบุคคลเดียวกันมากกว่าสองโรคในเวลาเดียวกัน โดยที่มีโรคใดโรคหนึ่งเกิดขึ้นก่อน แล้วมีโรคเกิดขึ้นใหม่ในเวลาต่อมาหรือเกิดขึ้นทั้งสองโรคในเวลาเดียวกัน

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ (2547) กล่าวว่า ภาวะโรคร่วม หมายถึง ตลอดในช่วงชีวิต (Life time) ของผู้ป่วยมีโรคเกิดขึ้นใหม่ร่วมกับโรคเดิมที่เป็นอยู่ในช่วงเวลาเดียวกันมากกว่าหนึ่งโรคและสามารถเกิดร่วมกันได้ตลอดชีวิต

กระทรวงสาธารณสุข (2549) กล่าวว่า Comorbidity คือ โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หมายความว่า เกิดขึ้นก่อน หรือ พร้อมๆ กับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก คือเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับการรักษามีใช้โรคแทรกที่เกิดขึ้นมาภายหลัง ซึ่งโรคที่มักเป็นการวินิจฉัยร่วม ได้แก่ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคประจำตัวผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีภาวะโรคร่วมส่วนใหญ่มักจะเป็นโรคเรื้อรัง (สุพานี สุพงศ์พัฒนกิจ, 2543) เช่น เช่น เอดส์ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตับ ไต หลอดเลือดสมอง หัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น (Chun Yu Lin et al., 2010) การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่มีการสะสมโรคเพิ่มขึ้นไม่สามารถทำให้กลับสู่ภาวะปกติได้ การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป มีผลทำให้การทำงานของอวัยวะเสียถูกทำลายเสื่อมลงเกิดการเสียสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการดำรงชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคม (Curtin & Lubkin อังนิน ศศิธร ชิดนาศิ, 2551) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดโรคเรื้อรังไว้ ดังนี้คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เลือดออกในสมอง โรคมะเร็ง โรกระบบทางเดินหายใจ วัณโรค โรคปอด โรคภูมิแพ้ โรคเบาหวาน และโรคเอดส์ (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งการมีภาวะโรคร่วมจะทำให้เป็นอุปสรรคในการรักษา เนื่องจากต้องรับประทานยา ครั้งละหลายชนิดและจำนวนมาก อาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย วิงเวียน เบื่ออาหารได้ง่าย (พรชัย ทิพอาสน์, 2550) ด้านประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง Corsonello et al. (2010) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรับประทานยา การศึกษาของ Somsong (2002) พบว่าจำนวนชนิดยาที่มาก

ขึ้นตามจำนวนโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย และการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรักษา ผู้ป่วยวันโรคที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย มีอัตราการรักษาครบต่ำกว่าผู้ป่วยวันโรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผู้ป่วยวันโรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV อัตราการรักษาครบเป็น 2.8 เท่าของผู้ป่วยวันโรคที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย (ทัศนาศิลป์, 2542)

แบบประเมินภาวะโรคร่วมครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีโรคประจำตัว แล้วสรุปรวมเป็นจำนวนโรค

3.4 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

เนื่องจากผู้ป่วยวันโรคปอดต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง และเจ้าหน้าที่ โดยให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ ให้ความไว้วางใจในการรับผิดชอบงานต่างๆ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ให้การดูแลสนับสนุนเรื่องเงิน อาหาร ภาระค้ำเค้น และช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่การทำงาน (จริยวัฒน์ คมพักษณ์, 2531) จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น คลายความเครียด ลดความวิตกกังวล และทำให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหายขาดได้

3.4.1 ความหมาย

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่องรวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Kahn (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกันยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกันซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวหนึ่ง

House (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน เป็นลักษณะของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ และสุขภาพ

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความรัก ความห่วงใย ไว้วางใจ ซึ่งมี 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของและด้านความรู้ความเข้าใจ

อดิสร อุดรทักษ์ (2547) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ต่อการช่วยเหลือ การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งช่วยให้วัยรุ่นสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

รจนาไฉน สิงหเรศน์ (2550) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกันเพื่อให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้ความช่วยเหลือด้านแรงงานหรือสิ่งของ การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ การยกย่องนับถือ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้สึกว่าตนเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจนสามารถปรับตัวละเผชิญเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดได้อย่างเหมาะสม

นฤมล คมกล้า และ นรลัทธน์ เอื้อกิจ (2553) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1985) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า สนับสนุนด้านข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในด้านด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข่าวสาร และด้านทรัพยากร จากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นลักษณะของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและสุขภาวะ

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยโรคปอดครกษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยโรคปอดครกษาซ้ำ ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในด้านด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข่าวสารและด้านทรัพยากร จากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นลักษณะของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งก่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา

3.4.2 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

3.4.2.1 แนวคิดการการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของ House (1985) คือการที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน เป็นลักษณะของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ และสุขภาวะ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการที่บุคคลแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน การไว้วางใจ ความเอาใจใส่ห่วงใยซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นคนสำคัญ

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางเลือกในการปฏิบัติทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้บุคคลเห็นคุณค่าและเห็นด้วยกับการกระทำที่สนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อใช้ในการประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ได้แก่ เห็นพ้อง การยอมรับและการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นด้านสิ่งของ ค่าใช้จ่าย แรงงาน เวลา และบริการอื่นๆ การสนับสนุนด้านนี้จะช่วยลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

3.4.2.2 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของ Cobb (1976) คือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่องรวมทั้งความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1) ด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูล ทำให้บุคคลนั้นให้เชื่อว่าจะได้รับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยและความเอาใจใส่ จากบุคคลที่ใกล้ชิด หากได้รับการสนับสนุนที่ดีก็จะก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและความรู้สึกเป็นเจ้าของ

2) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการแสดงออกที่ทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่นๆ หากได้รับการสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าอย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเห็นว่าตนเองมีความสำคัญ

3) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีส่วนร่วมหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มีการให้ความช่วยเหลือและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งซึ่งไม่มีการแบ่งแยกทางสังคม

3.4.2.3 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของ Kahn (1979) คือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือและการช่วยเหลือด้านวัตถุ

ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกันซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านดังนี้

- 1) ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการที่บุคคลแสดงออกถึงภาวะอารมณ์ในด้านบวก ในรูปของความรัก ความผูกพัน ความเคารพ การยอมรับ
- 2) ความเห็นพ้องและยอมรับพฤติกรรมของบุคคล (Affirmation) เป็นการที่บุคคลแสดงออกถึงการเห็นพ้องยอมรับ ในด้านการกระทำและความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม
- 3) การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Aid) เป็นที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยการให้ความช่วยเหลือโดยตรงทั้งด้าน วัสดุ ค่าใช้จ่าย ข้อมูลข่าวสาร หรือแรงงานต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) แบ่งเป็น 4 ด้านคือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เนื่องจากผู้วิจัยสามารถนำไปประเมิน การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังที่เข้ารับประจักษ์วิทยาว่า ที่ต้องรับภาระรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เพื่อเอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (House, 1985) การสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประจักษ์วิทยา (Doder and Afenyaadu, 2005) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร (ประจักษ์ รุ่งฉวี และคณะ, 2551) การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความรัก ความห่วงใยเห็นอกเห็นใจ ยกย่องชมเชยและกำลังใจจากบุคคลรอบคร้ว และสังคม (มีทนา แอร์แบร์, 2550; วราวุธ วงศ์บา, 2552) รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนเรื่องการเงิน (ทิพวรรณ ฉัตรวิริยะเจริญ, 2547) ความสะดวกสบายในการเดินทาง (สุณีรัตน์ ยั่งยืน, 2548) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการให้ความร่วมมือในการรับประจักษ์วิทยา (สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ, 2540; รจนาไฉน สิงหเรศ, 2550) ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวได้ ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องต่อเนื่องในระยะยาว (เกื้อกุล ถนอมกิจ, 2543)

3.4.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

3.4.3.1 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคของ รจนาไฉน สิงหเรศ (2550) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer et al. (1981 cited in Tilden, 1985) จำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

3.4.3.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ของ นฤมล คมกล้า และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ดัดแปลงแบบสอบถาม ของอรอนงค์ สารระทำ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) สร้างตามแนวคิดของ House (1985) จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น

แบบ มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .70 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ นฤมล คมกล้า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ โดยพิจารณาข้อคำถามที่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากลักษณะโรคของผู้ป่วยคล้ายกันคือเป็นโรคติดต่อและมีความสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ศึกษา

4. บทบาทของพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประธาณยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

การที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำจะมีโอกาสรักษาหายขาดจากวัณโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดการติดเชื้อคือยา จะต้องรับประธาณยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งความร่วมมือในการรับประธาณยาของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประธาณยารักษาวัณโรค ตามขอบเขตของสภาการพยาบาล (2552) ดังนี้

4.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

การให้การพยาบาลตามขอบเขตที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้คือการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล ดังนั้นบทบาทของพยาบาลทำได้โดยการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติทุกด้านในอันที่จะมีประโยชน์ต่อการรับประธาณยาครบตามระบบมาตรฐานโดยนำกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประธาณยาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งประสานงานและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

4.2 บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

4.2.1 บทบาทด้านการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Care management) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ โดยการสร้างทีมงานในการดูแลและส่งเสริมความร่วมมือในการรับประธาณยา จัดระบบการดูแล สร้างระบบส่งต่อและระบบติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำอย่างต่อเนื่อง

4.2.2 บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care) ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ สามารถวินิจฉัยถึงปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการ

พยาบาล ทั้งนี้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาธิสภาพของวัน โรคปอด การตรวจวินิจฉัยและการรักษา นำมาพัฒนาสู่การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนัก มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อการรักษาวัน โรคปอดให้หายขาด เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4.2.3 บทบาทในการประสานงาน (Collaboration) พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย โดยเป็นการประสานงานระหว่างบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัน โรครักษาซ้ำ ทีมบุคลากรควรมีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันมีสื่อสารระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัน โรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีความต่อเนื่องและเกิดประโยชน์สูงสุด

4.2.4 บทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring) เป็นบทบาทที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ครอบคลุมเกี่ยวกับวัน โรค การดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และต้องมีทักษะ ประสบการณ์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับวัน โรค การรักษาโดยการสอนและแนะนำ โดยเฉพาะการรับประทานยารักษาวัน โรค ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาหายของผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีโอกาสทำงานใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงควรที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้แก่ผู้ป่วย ทุกครั้งที่มีปฏิสัมพันธ์กัน นอกจากการสอนหรือให้ความรู้แล้วต้องเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยได้ด้วย

4.2.5 บทบาทด้านการให้คำปรึกษาทางคลินิก (Consultation) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นบุคคลที่มีโอกาสติดต่อ และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรอื่นๆจึงมีโอกาสพบปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวมทั้งปัญหาในเรื่องการรับประทานยา ดังนั้นจึงต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยวัน โรคปอดรักษาซ้ำ ในด้านสุขภาพ ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และหาแนวทางการแก้ไขที่ถูกต้องร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งสิ่งที่พยาบาลควรคำนึงอยู่เสมอคือไม่ควรตัดสินใจแทนผู้ป่วย ว่าควรจะทำอย่างไร ควรให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจหลังจากได้รับความรู้เพียงพอแล้ว

4.2.6 บทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องสามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทำให้พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัน โรคปอดรักษาซ้ำ โดยอาจสร้างแนวทางปฏิบัติ จัดวิชาการ โครงการ หรือการนำเสนอผลงานวิจัย เพื่อให้พยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยวัน โรคปอดได้อย่างถูกต้อง

4.2.7 บทบาทในการให้เหตุผลทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงนอกจากจะต้องมีความรู้ และสามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยแล้ว การหาแนวทางช่วยเหลือต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญด้วย ต้องใช้หลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพตามสิทธิผู้ป่วย โดยไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยและคำนึงถึงความเท่าเทียม ตามมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4.2.8 บทบาทในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ในการดูแลผู้ป่วยวัน โรคปอดรักษาซ้ำ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต้องศึกษาหาความรู้ นำผลการวิจัยที่ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ มาประยุกต์ใช้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจหรือสร้างนวัตกรรมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัน โรคปอดรักษาซ้ำ

4.2.9 บทบาทในการจัดการผลลัพธ์ และการประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) เนื่องจากผลลัพธ์เป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพ และการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีบทบาทสำคัญในการเลือกตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงและมีความไวในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ต้องเป็นผู้ร่วมในการประเมิน และมีส่วนที่จะช่วยให้ผลลัพธ์ของการบริการมีคุณภาพ และต้องสามารถแสดงผลลัพธ์ ของการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัน โรคปอดรักษาซ้ำให้ประจักษ์ได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภิรมย์ลักษณ์ มีสัจยานันท์ (2534) ศึกษายี่ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัน โรคปอด เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัน โรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ณ ศูนย์วันโรค เขต 5 นครราชสีมา จำนวน 92 คนโดยใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ต่อผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ($r = .31$, $r = .32$ และ $r = .31$ ตามลำดับ)

พิรพร ดวงแก้ว (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัน โรคปอดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนจังหวัด จำนวน 146 คน พบว่า การรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23$, $p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการมารับยาและตรวจตามนัด

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .001$) การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .001$)

โกสินทร์ หลวงละ (2550) วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตระหว่างการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยที่เกิดโรคกลับ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตระหว่างการรักษาเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ ได้แก่ อายุเมื่อเริ่มการรักษาตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป (Odds ratio (OR) = 1.9; 95%CI, 1.3-2.7) น้ำหนักตัวเมื่อเริ่มรักษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม (OR = 1.9; 95%CI, 1.3-2.7) การมีโรคเป็นร่วม เช่น การติดเชื้อ HIV โรคเบาหวาน เป็นต้น (OR = 2.3; 95%CI, 1.6-3.3) และผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นเป็นบวกหรือประเมินไม่ได้ (OR = 7.0; 95%CI, 4.8-10.0) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตตามนิยามของกระทรวงสาธารณสุข นั่นแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยมีโรคที่เป็นร่วมหรือมีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นเป็นบวก เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ และดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นพิเศษ

รจนาไฉน สิงหเรศน์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 150 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .28$) และการรับรู้ถึงความซ้ำซ้อนในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = -.20$) การรับรู้อาการข้างเคียงที่เกิดจากยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.14$)

สกวาพรรณ อวิศดาถาวร (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลพรหมพิราม พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, p < .001$) และรายด้าน ได้แก่ รับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .02$) การรับรู้ถึงความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p < .00$) การรับรู้ถึงประโยชน์มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.32, p < .02$) การรับรู้ถึงอุปสรรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.36, p < .01$)

มาลีนี ธีรรัตน์ศรีสกุล และคณะ (2553) ศึกษาการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคกินยาอย่างต่อเนื่อง พบว่าปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคขาดยาหรือกินยาไม่ต่อเนื่องเกิดจาก 3 องค์ประกอบคือ 1) ระบบบริการ เช่นรูปแบบการให้ความรู้ การให้ความรู้ในเรื่องผลจากการรับประทานยาไม่ชัดเจน

ความล่าช้าในการให้บริการและขาดการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2) ตัวผู้ป่วยเอง เช่น ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทักษะคติในการรักษา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นคิดว่าหายจากโรค ผู้ป่วยกินยาแล้วรู้สึกว่าการไม่ดีขึ้น ลืมกินยา ผู้ป่วยไม่มีเงินค่ายา ค่าเดินทาง เสียรายได้จากการหยุดงาน ผู้ป่วยไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้เอง ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นจึงไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดและผู้ป่วยไม่มีเวลามารับยาและประการที่สาม เกิดจากขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เช่น ปัญหาขาดการดูแลเอาใจใส่ขาดกำลังใจจากครอบครัวหรือผู้ดูแลขาดความเข้าใจในการใช้ยารักษาวันโรค

Pair and Lin-Ruey (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดวันโรคปอดคือยาหลายขนาน ในประเทศไต้หวัน โดยเป็นการศึกษาย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ.2539 ถึง พ.ศ.2542 ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยวันโรคปอดที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล Taipei Municipal Chronic Disease จำนวน 453 ราย เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร (Multivariate logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดวันโรคปอดคือยาหลายขนาน ได้แก่ ประวัติการรักษาวันโรคมาก่อน

Niazi and Al-Delami (2003) ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อผลลัพธ์ในการรักษาและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในประเทศอิรัก พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยวันโรคมาแล้วมีอัตราการรักษาหายขาดร้อยละ 83.7 และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลมีอัตราการรักษาหายขาดเพียงร้อยละ 68.6 นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยวันโรคมาแล้วมีอัตราการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 100 กลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลมีอัตราการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 14

Anunnatsiri et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาไม่ต่อเนื่อง (Treatment interruption) และการรักษาล้มเหลว หรือการเสียชีวิตในผู้ป่วยวันโรคปอด ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยศึกษาผู้ป่วยวันโรคปอดชนิดเสมหะพบเชื้อ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 226 ราย แยกเป็น ผู้ป่วยที่รักษาหายหรือรักษาครบ จำนวน 69 ราย รักษาล้มเหลวหรือเสียชีวิต 15 ราย การรักษาไม่ต่อเนื่อง 69 ราย และโอนออก 73 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาไม่ต่อเนื่อง คือ เพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย การติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่ทำการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาล้มเหลวหรือการเสียชีวิต คือ อายุ การติดเชื้อเอชไอวี และประวัติ การเคยรักษาวันโรค

Thomas et al. (2005) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวันโรคที่ได้รับการรักษาจนหายขาดภายใต้กลยุทธ์ DOTs ในตอนใต้ของประเทศอินเดีย พบว่า จากผู้ป่วยที่ได้รับการ

รักษาจนหายขาด 534 ราย มี 503 ราย (ร้อยละ 94) ที่มีการมาตรวจตามนัดภายหลังจากรักษาครบในเดือนที่ 18 และในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 62 ราย (ร้อยละ 12) มีการกลับเป็นซ้ำของวัณโรค และ จาก 62 รายนี้มีผู้ป่วยจำนวน 48 ราย (ร้อยละ 77) มีการกลับเป็นซ้ำของวัณโรคตั้งแต่ 6 เดือนแรกหลังจากรักษาครบ ผู้ป่วยที่มีการรักษาไม่สม่ำเสมอมีโอกาสกลับเป็นวัณโรคซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (20% vs 9% ; aOR 2.5; 95% CL 1.4-4.6) การทำนายการกลับเป็นซ้ำคือ การคือต่อยา Isoniazid และ Rifampicin (aOR 4.8; 95% CL 2.0-11.6) ในระยะเริ่มแรก จากการวิจัยนี้พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาจนหายขาดภายใต้กลยุทธ์ DOTs จะลดลงเมื่อผู้ป่วยมีการรักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

Maria et al. (2007) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาล้มเหลว การหยุดการรักษา และการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ของเมือง Recife รัฐ Pernambuco ประเทศบราซิล จำนวน 1,555 ราย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาล้มเหลว คือ มารับการรักษาช้า ขาดความรู้ และดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดการรักษา คือ อายุ ผู้ที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และขาดความรู้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต คือ อายุ มารับการรักษาช้า การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV และรายได้ของครอบครัว ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษาล้มเหลว การหยุดการรักษา และการเสียชีวิต ซึ่งรวมเรียกว่าผลการรักษา ทางด้านลบ ได้แก่ อายุ การมารับรักษาช้า การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV และรายได้หลักของครอบครัว

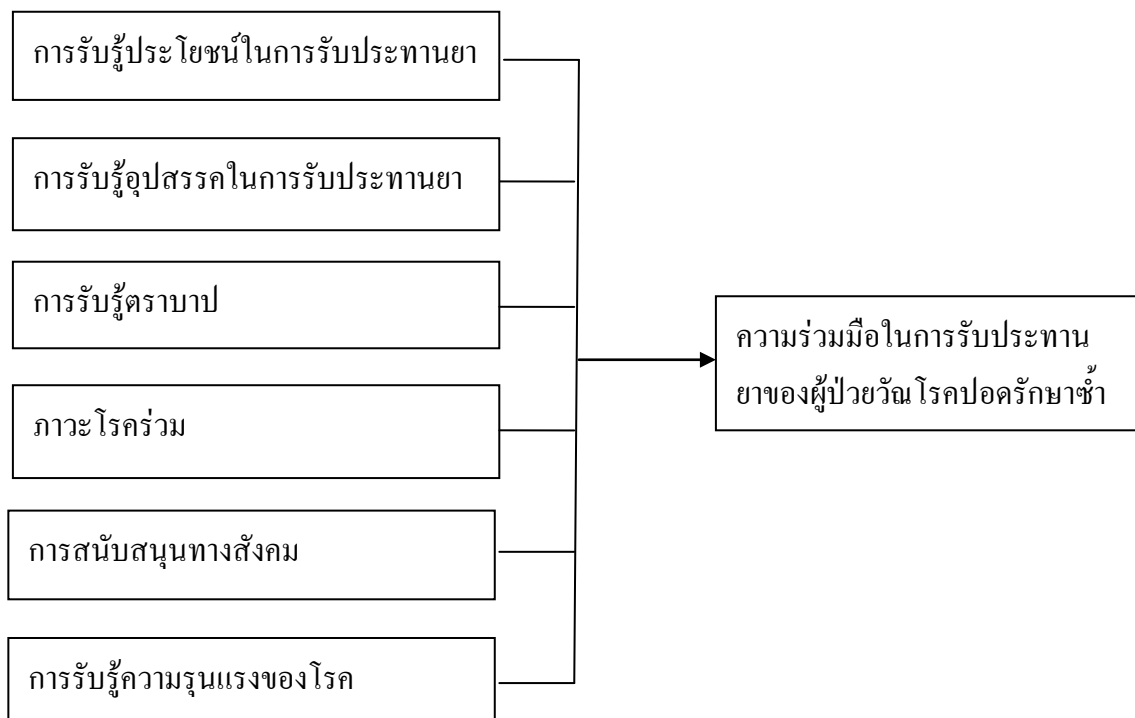
Tuula et al. (2007) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ในประเทศฟินแลนด์ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากระเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษา จำนวน 629 ราย โดยแบ่งผลการรักษาออกเป็น 3 กลุ่ม คือผลการรักษาเป็นที่พอใจ (รักษาหาย และรักษาครบ) มีจำนวน 441 ราย (ร้อยละ 70.1) เสียชีวิตมีจำนวน 108 ราย (ร้อยละ 17.2) และผลการรักษาไม่เป็นที่พอใจ (รักษาล้มเหลวขาดการรักษา หยุดการรักษา และโอนออก) มีจำนวน 80 ราย (ร้อยละ 12.7) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิต คือเพศชาย ผู้สูงอายุ ระบบภูมิคุ้มกันที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV และมีประวัติการเป็นวัณโรคมาก่อน สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อผลการรักษาไม่เป็นที่พอใจ คือ การหยุดการรักษาวัณโรคชั่วคราว

จากการทบทวนวรรณกรรม ช้างต้นพบว่า การศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน และศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ เนื่องจากการรักษาไม่ต่อเนื่องและขาดการติดตามการรักษาหรือการรักษาล้มเหลว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

ซ้ำ ให้มีความต่อเนื่องทั้งนี้เพื่อลดการเกิดเชื้อคื้อยา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายและส่งเสริมการหายขาดของวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) ในด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรค ร่วมกับการรับรู้ตราบาปของ Goffman (1963) การสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะโรคร่วม ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ จึงนำตัวแปรเหล่านี้มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ทราบปฏิกิริยาของโรคร่วมและการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยามาตรฐาน และครั้งนี้ได้รับรักษาซ้ำ มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยามาตรฐาน และครั้งนี้ได้รับรักษาซ้ำ ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 60 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด ที่เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยามาตรฐาน และครั้งนี้ได้รับรักษาซ้ำในกรณี ดังนี้ 1) โรคกลับเป็นซ้ำ 2) การรักษาล้มเหลว 3) ขาดยา และอยู่ในระหว่างรับยารักษาวัณโรค
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่และเวลาในขณะที่ให้ข้อมูล
3. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ขณะตอบแบบสอบถามหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบของโรค เช่น ไอมาก หอบเหนื่อย หรืออาการไม่สุขสบายทางร่างกาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) คือ

$$n = 10k + 50$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา จำนวนตัวแปรทั้งหมด 7 ตัวแปร

ดังนั้น $n = (10 \times 7) + 50 = 120$

ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 คน และพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราฎร, 2553) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างและตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ในผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) มีขั้นตอนดังนี้

2.1 เลือกโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิที่มีคลินิกวัณโรคตามสังกัดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีสถิติเข้ารับการรักษาพยาบาลมาก และมีผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดทั่วประเทศ จึงเป็นหน่วยประชากรขนาดใหญ่ มีประชากรที่หลากหลาย สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้ (วิชชัย วรพงษ์, 2540) ดังนี้

2.1.1 สังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2.1.2 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

2.1.3 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันโรค
ทรวอก โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โรงพยาบาลเลิศสิน

2.1.4 สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาล
รามธิบดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

2.1.5 สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุง

2.1.6 องค์การอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สุ่มสังกัดมา 3 สังกัดใน 6 สังกัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข และ กรุงเทพมหานคร

2.2 เลือกโรงพยาบาล สังกัดละ 1 โรงพยาบาล ด้วยวิธีการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (กระทรวงกลาโหม) สถาบันโรคทรวงอก (กระทรวงสาธารณสุข) และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (กรุงเทพมหานคร)

2.3 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 3 โรงพยาบาล จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะโรคร่วม ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว จำนวน 6 ข้อ

1.2) แบบสอบถามภาวะโรคร่วม เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีโรคประจำตัว แล้วผู้วิจัยเป็นผู้สรุปรวมเป็นจำนวนโรค จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับปรึกษา ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ พิรพร ดวงแก้ว (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มีจำนวน 9 ข้อ ได้ปรับข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ให้มีความกระชับ อ่านเข้าใจง่าย และคัดเลือกข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 ข้อแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดรักษาซ้ำที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ที่คลินิกวัณโรค สถาบันโรคทรวงอกจำนวน 30 ราย พบข้อความที่มีความซ้ำซ้อนจึงตัดข้อความเหลือ 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ทำทุกครั้ง ทำเกือบทุกครั้ง ทำเป็นบางครั้ง ไม่เคยทำเลย เป็นข้อความเชิงบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4 และ 7 ข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5 และ 6 โดยให้เลือกตอบเพียงคำถามเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

ทำทุกครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
 ทำเกือบทุกครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
 ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
 ไม่เคยทำเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
ทำทุกครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4	1
ทำเกือบทุกครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3	2
ทำเป็นบางครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2	3
ไม่เคยทำเลย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1	4

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7 – 28 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภักทรายุทธวรรณ์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	21 – 28	หมายถึง	มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง
คะแนนเฉลี่ย	14 – 20	หมายถึง	มีความร่วมมือในการรับประทานยาปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	7 – 13	หมายถึง	มีความร่วมมือในการรับประทานยาดำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของสกวพรณ อวิศดาถาวร (2552) ที่สร้างตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามเชิงบวก ทั้ง 4 ข้อ โดยให้เลือกตอบเพียงคำถามเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นอาจจะตรง หรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4 – 20 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภักทรายุทธวรรณ์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	16 – 20	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยารักษาวัณโรคสูง
คะแนนเฉลี่ย	10 – 15	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยารักษาวัณโรคปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	4 – 9	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยารักษาวัณโรคต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของสกวพรรณ อวิศาถาวร (2552) ที่สร้างตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2 และ 5 คำถามเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 และ 4 โดยให้เลือกตอบเพียงคำถามเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นอาจจะตรง หรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5	1
เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4	2
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5 – 25 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภักทรายุทธวรรณ์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	19 – 25	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง
คะแนนเฉลี่ย	12 – 18	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	5 – 11	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของสกวาพรรณ อวิศดาถาวร (2552) ที่สร้างตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามเชิงลบ ทั้ง 4 ข้อ โดยให้เลือกตอบเพียงคำถามเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นอาจจะตรง หรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4 – 20 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภักทรายุทธวรรณ์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	16 – 20	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาสูง
คะแนนเฉลี่ย	10 – 15	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	4 – 9	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับตราบาป (Stigma) ในผู้ป่วยวัณโรคปอด ของ นฤมล สิงห์คง (2552) สร้างตามแนวคิดรับรู้ตราบาปของ Goffman (1963) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ตัดข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องและซ้ำซ้อนออกเหลือข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ และได้ปรับเปลี่ยนเฉพาะชื่อเป็น แบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึก ในแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบคำถามเท่านั้น เนื่องจากกระบวนการพิจารณาจริยธรรมป้องกันกลุ่มตัวอย่างได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจจากการตอบแบบสอบถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตรการส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียงคำถามเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นอาจจะตรง หรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7 – 35 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	27 – 35	หมายถึง	มีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	17 – 26	หมายถึง	มีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	7 – 16	หมายถึง	มีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ นฤมล คมกล้า (2553) สร้างตามแนวคิดของ House (1985) จำนวน 16 ข้อ และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดรักษาซ้ำที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ที่คลินิกวัณโรค สถาบันโรคทรวงอกจำนวน 30 ราย พบข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนจึงตัดข้อคำถามเหลือ 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตรการส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด เป็นข้อคำถามเชิงบวก ทั้ง 12 ข้อ โดยให้เลือกตอบเพียงคำถามเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นพอสมควร
เล็กน้อย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ไม่ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
มาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
ปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
เล็กน้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
ไม่มีเลย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12 – 60 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	44 – 60	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	28 – 43	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	12 – 27	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปวิเคราะห์หาค่าความตรงของเนื้อหา โดยปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ทำการตรวจสอบแก้ไขด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของข้อความ และผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

- 1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรคปอด 1 คน
- 1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค 2 คน
- 1.3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค 2 คน

การพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา นำแบบสอบถามทั้ง 7 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) และใช้ค่า CVI มากกว่า .80 (Polits & Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย ก็จะมี ความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์

สูตรคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามแต่ละชุด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาดังในตารางที่ 2 และภายหลังผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ภายหลังผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่คลินิกวัณโรคสถาบันโรคทรวงอก หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยพิจารณาเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) หลังจากนั้น นำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรควัณโรคปอดรักษาซ้ำ ที่คลินิกวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 132 ราย ได้ค่าความเที่ยงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30) และกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลจริง (n = 132)

แบบสอบถาม	ค่า CVI	ค่าความเที่ยง	
		ทดลองใช้ (n = 30)	เก็บข้อมูลจริง (n = 132)
ข้อมูลส่วนบุคคล	1.00	-	-
ภาวะโรคร่วม	1.00	-	-
ความร่วมมือในการรับประทานยา	0.88	0.79	0.76
การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา	0.80	0.85	0.86
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.83	0.79	0.83
การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	0.80	0.77	0.73
การรับรู้ทราบป	0.87	0.86	0.88
การสนับสนุนทางสังคม	0.87	0.92	0.91

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2555 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ ยื่นต่อ ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขออนุมัติรวบรวมข้อมูล และยื่นต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง

1.2 ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและอนุมัติให้รวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลแต่ละแห่งแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าคลินิก โรคหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล ตามวัน เวลาที่คลินิกของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งเปิดให้บริการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วัน เวลา ที่คลินิกวัน โรคเปิดบริการ ของ 3 โรงพยาบาล

โรงพยาบาล	วันที่คลินิกเปิดบริการ	เวลา
สถาบันโรคทรวงอก	จันทร์ – พุธ – พฤหัสบดี – ศุกร์	8.00 – 12.00
	อังคาร	8.00 – 16.00
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล	อังคาร	13.00 – 16.00
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	อังคาร	13.00 – 16.00

โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาที่คลินิกเปิดบริการดังตารางที่ 3 ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มเก็บข้อมูลที่สถาบันโรคทรวงอกเป็นแห่งแรก เนื่องจากการอนุมัติการเก็บข้อมูลเป็นแห่งแรก หลังจากนั้นเก็บที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเป็นแห่งที่ 2 และเก็บที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลตามมา สำหรับช่วงที่โรงพยาบาลมีวันและเวลาที่คลินิกเปิดบริการตรงกันคือวันอังคาร 13.00 – 16.00 น. เริ่มเก็บข้อมูลสลับกันทีละสัปดาห์ จนได้จำนวนตัวอย่างครบ 132 คน โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลผู้ป่วยวันโรคปอดครุฑฯ จากเวชระเบียนที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.3 หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ เกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ และใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้ มองตัวอักษรไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างที่ละข้อและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ในขณะที่ตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อสงสัยสามารถสอบถามกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจนครบ 132 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง และได้ผ่านการเห็นชอบจาก 1) คณะกรรมการการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 2) คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 และ 3) คณะกรรมการการจริยธรรมเพื่อการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร วันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2555 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกโรงพยาบาล ยกเว้นโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่มีพยาบาลประจำคลินิกวันโรคเป็นผู้ช่วยวิจัย เพื่อการเข้าถึงเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างตามข้อตกลงของโรงพยาบาล เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม

ผู้ป่วยสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล ขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันที และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์ ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว ภาวะโรคร่วม โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา トラยาป การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยาซ้ำ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ تراยาป ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้เกณฑ์ใช้เกณฑ์ของ Davis (1992 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
0.70 หรือมากกว่า	มีความสัมพันธ์สูงมาก
0.50 – 0.69	มีความสัมพันธ์สูง
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์ต่ำ
0.01 – 0.09	แทบไม่มีความสัมพันธ์

4. วิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ทราบป ภาวะโรค ร่วม และสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทำนายทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกัน (Enter)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ ที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค ของ สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 132 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตาม รายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ภาวะโรคร่วม โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตอนที่ 2 การศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ทราบปและการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ภาวะโรคร่วม การรับรู้ทราบปและการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตอนที่ 4 การศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ภาวะโรคร่วม การรับรู้ทราบปและการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทำนายทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกัน (Enter) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยครอบครัว อาชีพ ภาวะโรคร่วม และค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อายุ และภาวะโรคร่วม (n = 132)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
18- 29	28	21.2
30- 40	39	29.6
41 -50	25	18.9
50 -60	40	30.3
$\bar{X} = 41.54, SD = 11.61$		
เพศ		
ชาย	49	37.1
หญิง	83	62.9
สถานภาพ		
โสด	37	28.0
สมรส	67	50.8
หม้าย	18	13.6
หย่า	0	0.0
แยกกันอยู่	10	7.6

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	6	4.5
ประถมศึกษา	45	34.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	29	22.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	18	13.6
อนุปริญญา/ปวศ.	8	6.1
ปริญญาตรี	26	19.7
ปริญญาโท	0	0.0
อื่นๆ	0	0.0
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
ไม่มีรายได้	10	7.6
น้อยกว่า 5,000 บาท	8	6.0
5,001 – 10,000 บาท	47	35.6
10,001 – 15,000 บาท	35	26.6
15,001 – 20,000 บาท	16	12.1
20,001 บาทขึ้นไป	16	12.1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	18.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	36	27.3
แม่บ้าน	15	11.3
เกษตรกรรวม	1	0.8
รับจ้าง/ลูกจ้างบริษัท	39	29.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	2.3
นักเรียน/นักศึกษา	3	2.3
อื่นๆ	11	8.3

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโรคร่วม		
ไม่มี	74	56.1
1	34	25.8
2	16	12.1
3	6	4.5
4	2	1.5
$\bar{x} = 0.70, SD = 0.96$		

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวันโรคปอดรักษาซ้ำ มีอายุ 51-60 ปีและรองลงมาคือ 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.3 และ 29.5 ตามลำดับ ($\bar{x} = 41.54, SD = 11.61$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.9 และเพศชายร้อยละ 37.1 มีสถานภาพสมรสถึงร้อยละ 50.8 รองลงมาสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 28.0 และ ระดับการศึกษาคือประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.1 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 22.0 รายได้เฉลี่ยครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 35.6 รองลงมาอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท /เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.6 กลุ่มตัวอย่างทำอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างบริษัท คิดเป็นร้อยละ 29.5 รองลงมาคือค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 27.3

ในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยวันโรคปอดรักษาซ้ำส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมด้วยถึงร้อยละ 56.1 รองลงมาคือมีโรคประจำตัวร่วมด้วย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 25.8 และผู้ป่วยวันโรคปอดรักษาซ้ำมีโรคประจำตัวสูงสุดคือ 4 โรค ซึ่งมีเพียงร้อยละ 1.5 ($\bar{x} = 0.70, SD = 0.96$) โดยในผู้ป่วยทั้งหมดที่มีโรคประจำตัวร่วม พบสูงที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 34.8 รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเอดส์ โรคไทโรอยด์ โรคกระเพาะอาหารและโรคกระดูกพรุน ร้อยละ 30.4, 11.9, 8.7, 8.7, 2.2, 2.2 และ 1.1 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราบาป และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราบาปและการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ (n = 132)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	Min	Max	การแปลผล
ความร่วมมือในการรับประทานยา	25.36	2.57	17	28	สูง
การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา	18.29	2.06	12	20	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	22.50	2.68	14	25	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	50.41	6.74	29	60	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	14.84	3.29	7	20	ปานกลาง
การรับรู้ตราบาป	21.76	5.32	9	29	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 25.36$, $SD = 2.57$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 18.29$, $SD = 2.06$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 22.50$, $SD = 2.68$) คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 50.41$, $SD = 6.74$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.84$, $SD = 3.29$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 21.76$, $SD = 5.32$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ภาวะโรคร่วม การรับรู้ทราบปและการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ภาวะโรคร่วม การรับรู้ทราบป และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยา และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ (n = 132)

ตัวแปรต้น	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา	.774*	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.707*	.000
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.604*	.000
การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	-.522*	.000
ภาวะโรคร่วม	-.328*	.000
การรับรู้ทราบป	.120	.171

*p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .774, .707 และ .604 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.522 และ -.328 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ทราบป ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา (r = .120)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ภาวะโรคร่วม การรับรู้ตราบาป และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทำนายทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกัน (Enter) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตัวแปรทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา (n = 132)

ตัวแปร	B	SE _b	Beta	t
Constant (a)	7.094	2.112		3.358*
การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา	.475	.094	.380	5.061*
การสนับสนุนทางสังคม	.127	.026	.332	4.849*
การรับรู้ตราบาป	.080	.024	.165	3.319*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.130	.066	.135	1.975*
การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	-.088	.048	-.113	-1.851
ภาวะโรคร่วม	-.237	.138	-.088	-1.718
R = .847 R ² = .781 Adjust R ² = .704 F = 53.010				

*p < .05

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทำนายทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกัน (Enter) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา และ ภาวะโรคร่วม สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 78.1 (R² = .781) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยามีความสามารถในการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีที่สุด (Beta = .380) รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .332) การรับรู้ตราบาป (Beta = .165) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Beta = .135) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา (Beta = -.113) และภาวะโรคร่วม (Beta = -.088) สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา

ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนาย
 ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำได้ดังนี้
 จากตารางสามารถสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$\begin{aligned}
 Z \text{ ความร่วมมือในการรับประทานยา} &= 0.380 Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา*}} + 0.332 Z_{\text{การสนับสนุนทาง}} \\
 &\text{สังคม*} + 0.165 Z_{\text{การรับรู้ตราใบ*}} + 0.135 Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของโรค*}} \\
 &- 0.113 Z_{\text{การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา}} - 0.088 Z_{\text{ภาวะโรคร่วม}}
 \end{aligned}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราใบ ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราใบ ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา
2. การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราใบ และภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา
3. การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราใบ ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนาย ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยามาตรฐาน และครั้งนี้ได้รับการรักษาซ้ำ ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 60 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค สถาบันโรคทรวอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ช่วงระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2555 ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage random sampling) จำนวน 132 คน ซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด ที่เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยามาตรฐาน และครั้งนี้ได้รับรักษาซ้ำในกรณี ดังนี้ 1) โรคกลับเป็นซ้ำ 2) การรักษาล้มเหลว 3) ขาดยา และครั้งนี้อยู่ในระหว่างรับยารักษาวัณโรค
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่และเวลาในขณะให้ข้อมูล
3. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี และยินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะโรคร่วม แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และตรวจสอบความเที่ยงจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79, .85, .79, .77, .86 และ .92 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 132 ราย พบว่าความเที่ยงเท่ากับ .76, .86, .83, .73, .88 และ .91 ตามลำดับ (ยกเว้นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะโรคร่วมไม่ได้คำนวณหาค่าความเที่ยง)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว ภาวะโรคร่วม โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราบาป การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราบาป ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)
4. วิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ภาวะโรคร่วม การรับรู้ตราบาป และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยวัณโรคปอด

รักษาซ้ำ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทำนายทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกัน (Enter)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ มีอายุ 51-60 ปีและรองลงมาคือ 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.3 และ 29.5 ตามลำดับ ($\bar{X} = 41.54$, $SD = 11.61$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.9 และเพศชายร้อยละ 37.1 มีสถานภาพสมรสถึงร้อยละ 50.8 รองลงมาสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 28.0 และ ระดับการศึกษาคือประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.1 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 22.0 รายได้เฉลี่ยครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 35.6 รองลงมาอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท /เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.6 กลุ่มตัวอย่างทำอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างบริษัท คิดเป็นร้อยละ 29.5 รองลงมาคือค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 27.3 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมด้วยถึงร้อยละ 56.1 รองลงมาคือมีโรคประจำตัวร่วมด้วย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 25.8 และผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำมีโรคประจำตัวสูงสุดคือ 4 โรค ซึ่งมีเพียงร้อยละ 1.5 ($\bar{X} = 0.70$, $SD = 0.96$) โดยในผู้ป่วยทั้งหมดที่มีโรคประจำตัวร่วม พบสูงที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 34.8 รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเอดส์ โรคไทรอยด์ โรคกระเพาะอาหารและโรคกระดูกพรุน ร้อยละ 30.4, 11.9, 8.7, 8.7, 2.2, 2.2 และ 1.1 ตามลำดับ
2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 25.36$, $SD = 2.57$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 18.29$, $SD = 2.06$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 22.50$, $SD = 2.68$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.84$, $SD = 3.29$) คะแนนเฉลี่ยทราบยาปอยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 21.76$, $SD = 5.32$) และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 50.41$, $SD = 6.74$)
3. การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .774$, $.707$ และ $.604$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.522$ และ $-.328$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ทราบยา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = .120$)

ตัวแปรทำนายคู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยากับการสนับสนุนทางสังคม ($r = .609, p < .01$) เมื่อใช้เกณฑ์การพิจารณาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่ามากกว่า 0.8 (Steven, 1996) แสดงว่าไม่มีตัวแปรทำนายคู่ใดมีความสัมพันธ์กันสูง จนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity

4. การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราใบ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา และ ภาวะโรคร่วมสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 78.1 ($R^2 = .781$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำกลุ่มตัวอย่างได้มากที่สุดคือการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา ($Beta = .380$) การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .332$) การรับรู้ตราใบ ($Beta = .165$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($Beta = .135$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($Beta = -.113$) และภาวะโรคร่วม ($Beta = -.088$) สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นสร้างสมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$Z \text{ ความร่วมมือในการรับประทานยา} = 0.380 Z \text{ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา} + 0.332 Z \text{ การสนับสนุนทางสังคม} + 0.165 Z \text{ การรับรู้ตราใบ} + 0.135 Z \text{ การรับรู้ความรุนแรงของโรค} - 0.113 Z \text{ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา} - 0.088 Z \text{ ภาวะโรคร่วม}$$

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามสมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบดังนี้

1. ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ เป็นผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เคยได้รับการรักษามาแล้ว ต้องกลับมาเริ่มรักษาใหม่อีกครั้ง และอาจได้รับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำที่ศึกษานี้ เป็นกลุ่มที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีการพัฒนากระบวนการรักษาเฉพาะทาง มีความพร้อมทั้งในเรื่อง บุคลากรทางการแพทย์มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค งบประมาณ ทรัพยากรในการให้บริการอย่างเพียงพอรวมทั้งมีการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา มีการพัฒนานวัตกรรมและจัดกิจกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งคลินิกที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการ ทั้ง 3 โรงพยาบาล ในคลินิกวัณโรค คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมีการส่งเสริมความ

ร่วมมือในการรับประทานยาทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยการให้ความรู้ คำแนะนำ และมีผู้ป่วยที่เคยเป็นวัณโรคปอดรักษาซ้ำ ที่รักษาหายแล้ว เป็นจิตอาสามาช่วยที่คลินิกและบอกเล่าประสบการณ์ในการรับการรักษา การรับประทานยา พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยรายอื่นๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้ ตระหนัก และเห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาว่ามีผลดีต่อตนเอง สามารถช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น และหายจากวัณโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ที่กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ รับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของโรคว่า จะเกิดผลเสียต่อตนเอง เช่น รู้ว่าการรักษา นั้นมีความลำบากมากขึ้น (ปนัดดา มะยมหิน, 2552) จำเป็นต้องใช้ระบบใหม่ที่ใช้เวลาในการรักษานานขึ้น โอกาสที่จะรักษาหายน้อยกว่าการรักษาในครั้งแรก (Tuula et al., 2007) มีโอกาสเกิดการแพ้ยาสูงกว่า (นิรมล พิมน้ำเย็นและทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, 2553) อีกทั้งมีโอกาสพบการดื้อยาหลายขนานสูงกว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับยามาก่อน (Pair and Lin-Ruey, 2001) และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต จึงทำให้บุคคลเกิดการปรับพฤติกรรมและส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้โอกาสที่จะหายจากวัณโรคมีมากขึ้น ส่งผลต่อการตระหนักถึงความสำคัญของการรับการรักษา จึงเกิดพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามมา อีกส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการให้คำแนะนำ และการได้รับกำลังใจ จากบุคคลใกล้ชิด ได้รับการปฏิบัติเหมือนเดิมไม่รังเกียจ เข้าใจและคอยดูแลสนับสนุนในเรื่องการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างมีความหวังว่าวัณโรครักษาซ้ำจะหายได้ โดยการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด (ปนัดดา มะยมหิน, 2551) ซึ่งเช่นเดียวกับการศึกษา รจนาไฉน สิงหเรศ (2550) และสกาพรธ อวัศดาถาวร (2552) ที่พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวกระทำในผู้ป่วยทั้งวัณโรคปอดรายใหม่และรักษาซ้ำ

2. การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านการรับประทานยาว่ามีผลดีต่อตนเอง เพื่อให้หายจากโรค โดยการตัดสินใจที่จะปฏิบัติขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Becker, 1974) จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ในการรับประทานยารักษาวัณโรค ว่ามีผลดีต่อตนเอง ทำให้อาการดีขึ้น

ทำให้หายจากการเป็นวัณโรค ลดการเกิดเชื้อคือยา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย เสียชีวิต เป็นต้น ก็จะทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ กริมย์ลักษณะ มีสตัยอนันท์ (2534) ที่พบว่า การรับรู้ผลดีในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ($r = .21, p = .047$) และการศึกษาของ พิรพร ดวงแก้ว (2538) ที่พบว่า การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ($r = .43, p = .001$)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของโรคว่า จะเกิดผลเสียต่อตนเอง เช่น ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต จึงทำให้บุคคลเกิดการปรับพฤติกรรมและส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Becker, 1974) จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของวัณโรค ปอดรักษาช้า ทั้งทางร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำงานได้ปกติ (สุพานี สุพงศ์พัฒนกิจ, 2543) และในผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาช้าจะมีอาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (สุมัทนา กลางการ และคณะ, 2545; Tuula, 2007) และหากอาการรุนแรงมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงมากขึ้น (Anunnatsiri et al., 2005) จึงทำให้บุคคลเกิดการปรับพฤติกรรมและส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ กริมย์ลักษณะ มีสตัยอนันท์ (2534) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ($r = .32, p = .002$) และการศึกษาของ สกาวพรรณ อวิศดาถาวร (2552) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ($r = .45, p = .00$)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรครักษาช้า เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร เพื่อเอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (House, 1985) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคู่สมรสและบุคลากรทางการแพทย์อย่างมาก เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ทั้งทางด้านอารมณ์ การได้รับความกำลังใจ ได้รับความไว้วางใจในการรับผิดชอบงานต่างๆ

ได้รับคำปรึกษา คำแนะนำ หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ได้รับการดูแลสนับสนุนเรื่องเงิน การเดินทาง กระตุ้นเตือน และช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่การงาน (จริยวัฒน์ คมพักษณ์, 2531) จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวล มีกำลังใจ (วรายุทธ วงศ์บา, 2552) ส่งผลให้ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถ รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ (Doder and Afenyadu, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2540) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ ร่วมมือในรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ($r = .22, p = .01$) และการศึกษาของ รจนาไฉน สิงหเรศ (2550) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ ร่วมมือในรับประทานยา ของผู้ป่วยวัณโรค ($r = .28, p < .01$)

3. การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราใบ และภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความ ร่วมมือในการรับประทานยา

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความ ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา เป็นการรับรู้และคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาและอุปสรรคของ การกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ โดยถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคสูงก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก (Becker, 1974) จาก การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาอยู่ใน ระดับปานกลาง แสดงว่าการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา เป็นปัจจัยที่ขัดขวางความร่วมมือ ในการรับประทานยา ทั้งในเรื่องของปริมาณยา ขนาดเม็ดยา ระยะเวลาในการรักษา ความต่อเนื่อง และผลข้างเคียงของยาที่อาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย วิงเวียน เบื่ออาหารได้ง่าย (พรชัย ทิพอาศน์, 2550) ทำให้ความสะดวกสบายของกลุ่มตัวอย่างลดลง เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการ รับประทานยาลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ รจนาไฉน สิงหเรศ (2550) ที่พบว่า การรับรู้ อุปสรรคในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความ ร่วมมือในรับประทานยาของผู้ป่วย วัณโรค ($r = -.200, p < .01$) และการศึกษาของ สกาวพรรณ อวิศดาถาวร (2552) พบว่าการรับรู้ อุปสรรคในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความ ร่วมมือในรับประทานยาของผู้ป่วย วัณโรค ($r = -.36, p < .01$)

ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความ ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรค รักษาซ้ำ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้ภาวะ โรคร่วมคือจำนวนโรค ประจำตัวที่มากกว่า 1 โรคขึ้นไป ที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำเป็นอยู่ ทำให้มีความจำเป็นต้องรักษา โดยการรับประทานยาที่มีจำนวนมากขึ้น (สุพานี สุพงศ์พัฒนกิจ, 2543) จะทำให้เป็นอุปสรรคใน

การรักษา เนื่องจากต้องรับประทานยา ครั้งละหลายชนิดและจำนวนมาก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมด้วยถึงร้อยละ 56.1 รองลงมาคือมีโรคประจำตัวร่วมด้วย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 25.8 และมีโรคประจำตัวสูงสุดคือ 4 โรค เพียงร้อยละ 1.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Somsong (2002) พบว่าจำนวนชนิดยาที่มากขึ้นตามจำนวนโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย และ การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรักษา ผู้ป่วยวัน โรคที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย มีอัตราการรับประทานยา และรักษาวัน โรคครบต่ำกว่าผู้ป่วยวัน โรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผู้ป่วยวัน โรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV อัตราการรักษาครบเป็น 2.8 เท่าของผู้ป่วยวัน โรคที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย (ทัศนาศิลป์, 2542)

การรับรู้ตราบาป พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัน โรคปอดรักษาซ้ำ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ตราบาปเป็นการรับรู้ที่ตนเองไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกมีมลทินและถูกรังเกียจจากสังคมรอบตัวส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยวัน โรคปอด (Goffman, 1963) แสดงว่าตราบาปไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ทั้งนี้จากการบอกเล่าและสอบถามเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอาจเนื่องมาจาก 1) บางรายมีการปกปิดการวินิจฉัยโรคไว้เป็นความลับ เนื่องจากกลัวว่า จะได้รับการรังเกียจจากสังคม เมื่อคนรอบข้างไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัน โรคก็ยังไม่มีการปฏิบัติสัมพันธ์กันเป็นปกติ 2) การรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคของกลุ่มตัวอย่างและบุคคลในครอบครัว โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายมีการแยกที่อยู่ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการใส่หน้ากากอนามัย แจกจ่ายยา ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจและยินดีในการกระทำเช่นนั้น เนื่องจากกลัวว่าสมาชิกในครอบครัวจะได้รับเชื้อวัน โรคจากตนและการปฏิบัติดังกล่าวจะเกิดในช่วงระยะแพร่กระจายเชื้อที่สมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้ให้ป้องกันการติดเชื้อโดยไม่ได้เกิดจากการรังเกียจ และ 3) ด้วยสัมพันธภาพที่ดีของผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการสนับสนุนทั้งด้าน ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การประเมินค่า และทรัพยากร ทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นตราบาปต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ รจนาใจนสิงหเรศ (2550) ที่พบว่า ตราบาปไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัน โรค

4. การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ตราบาป ภาวะโรคร่วมและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวันโรคปอดรักษาซ้ำ

ผลการศึกษานี้เมื่อใช้การวิเคราะห์หาคอสมอสแบบบังคับตัวแปรทำนายทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกัน (Enter) ในการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ทราบอาการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา และ ภาวะโรคร่วม สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 78.1 ($R^2 = .781$) โดยการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ทราบอาการรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา และภาวะโรคร่วม สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้

การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Beta = .380$) อธิบายได้ว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาสูง จะส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า การที่กลุ่มตัวอย่าง จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูงนั้น จะต้องมีการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา ว่ามีผลดีต่อตนเอง ทำให้อาการดีขึ้น ทำให้หายจากการเป็นวัณโรค ลดการเกิดเชื้อดื้อยา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ส่งผลให้การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา

การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Beta = .332$) อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างเป็นวัณโรคปอดรักษาซ้ำ ซึ่งถือว่าเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ทำให้เกิดผลกระทบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร(วราวุธ วงศ์บา, 2552) เป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง ช่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (รจนาใจน สิงหเรศ, 2550) สอดคล้องกับแนวคิดของ House (1985) ส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา

ทราบป สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Beta = .165$) อธิบายได้ว่า ตราบปเป็นการรับรู้ที่ตนเองไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกมี

มดทินและถูกรังเกียจจากสังคมรอบตัวส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยวัณโรคปอด (Goffman, 1963) ทำให้ขาดความมั่นใจ มีภาพลักษณ์ต่อตนเองไม่ดี มีความคิดในด้านลบ เกิดความผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์ (นฤมล สิงห์คง, 2552) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ทราบอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าผู้ป่วยบางรายมีการปกปิดการวินิจฉัยโรคไว้เป็นความลับ เนื่องจากกลัวว่า จะได้รับการรังเกียจจากสังคม เมื่อคนรอบข้างไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัณโรคก็ยังคงมีการปฏิสัมพันธ์กันเป็นปกติ และด้วยสัมพันธ์ภาพที่ดีของผู้ป่วยกับบุคคลใกล้ชิดในกลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการสนับสนุนทางสังคม จึงอาจทำให้ทราบปสามารถเพิ่มอำนาจการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Beta = .135) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของโรคว่าจะเกิดผลเสียต่อตนเอง เช่น มีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาได้มากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (Tuula et al., 2007) ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และอาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Anunnatsiri et al., 2005) จึงทำให้บุคคลเกิดการปรับพฤติกรรมและส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมามาก ก็จะเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้โอกาสที่จะหายจากวัณโรคมามากขึ้น (สกาพรรณ อวิศดาถาวร, 2552) สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงเป็นอีกปัจจัยที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา

การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ไม่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Beta = -.113) อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้และคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาและอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูง ก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Becker, 1974) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ คือผู้ป่วยที่เคยได้รับการรับประทานยารักษามาก่อนแล้ว จึงมีประสบการณ์ในการรับประทานยา มีการรับรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาว่าเป็นปัญหาทั้งในเรื่องของปริมาณระยะเวลาความต่อเนื่อง และผลข้างเคียง อาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย วิงเวียน เบื่ออาหารได้ง่าย (พรชัย ทิพอาสน์, 2550) มีความยากลำบากและยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยา แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสบการณ์เคยเผชิญกับอุปสรรคในการรับประทานยามาก่อน จึงสามารถปรับตัวยอมรับหรือจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำมีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาในระดับ

ปานกลาง จึงอาจส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาไม่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้

ภาวะโรคร่วม ไม่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังซ้ำกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Beta = -.088) อธิบายได้ว่า ภาวะโรคร่วมคือจำนวนโรคประจำตัวที่มากกว่า 1 โรคขึ้นไปของผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังซ้ำเป็นอยู่ ทำให้มีความจำเป็นต้องรักษาโดยการรับประทานยาที่มีจำนวนมากขึ้น (สุพานี สุพงศ์พัฒนกิจ, 2543) จะทำให้เป็นอุปสรรคในการรักษา เนื่องจากต้องรับประทานยา ครั้งละหลายชนิดและจำนวนมาก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการศึกษาคั้งนี้มีภาวะโรคร่วมร้อยละ 43.9 ซึ่งภาวะโรคร่วมที่พบสูงสุดคือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเอดส์ โรคไทรอยด์ โรคกระเพาะอาหารและโรคกระดูกพรุน จะเห็นได้ว่าภาวะโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคประจำตัวเรื้อรังต้องรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่แล้วและกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการรักษาวันโรคมามาก่อน จึงมีประสบการณ์ในการรับประทานยา และเห็นถึงความสำคัญในการรับประทานยาอยู่แล้ว จึงอาจส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาไม่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา และ ภาวะโรคร่วมสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังซ้ำกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 78.1 ซึ่งสนับสนุนความสัมพันธ์ที่กล่าวไว้ในแนวคิดความเชื่อสุขภาพของ Becker (1974) ร่วมกับการรับรู้ตราบาปของ Goffman (1963) การสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) และภาวะโรคร่วมจากการทบทวนวรรณกรรม มีเพียงบางส่วนที่เหลือน้อยละ 21.9 ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นๆ ซึ่งควรที่จะศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังซ้ำกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 78.1 โดยการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป และการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา และภาวะโรคร่วมสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังซ้ำอย่างไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าว ในการวางแผนส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ ดังนี้

1. ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาและการส่งเสริมการรับรู้ในเรื่องความรุนแรงของโรค ร่วมกับสนับสนุนทางสังคมและลดการรับรู้ตราบาป โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจ ผ่านทางสื่อต่างๆอาจจัดทำสื่อในรูปแบบของวิดีโอ เอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับวัณโรคและการรับประทานยา หรือการสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์เพื่อสะดวกในการเข้าถึงและการรับรู้ข้อมูล ร่วมกับมีการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและเพื่อลดการรับรู้ที่เป็นตราบาป

2. พัฒนาแนวปฏิบัติในการพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดอุปสรรคในการรับประทานยา โดยส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนทั้งทางด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านประเมินคุณค่าและสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ แต่ละประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยวัณโรคปอดภายหลังการรักษาล้มเหลว และผู้ป่วยวัณโรคปอดภายหลังขาดยา

2. ควรมีการศึกษาในเชิงกึ่งทดลองเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยา ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำโดยมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เน้นการรับรู้การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ให้เหมาะสมในการปฏิบัติทางการพยาบาล

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกรัตน์ ศิริพานิชกร. (2541). โรคติดเชื้อ. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- กองวิณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2541). แนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่
คลินิกวิณโรค. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนุสสภกรณการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกตุณา พรหมน้อย. (2553). ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
เอดส์ กรณีศึกษาโรงพยาบาลกึ่งไกลาต จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกื้อกุล ถนอมกิจ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องวิณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและแรง
สนับสนุนทางสังคมกับความสม่ำเสมอในการรักษาวิณโรคปอดแบบไม่ควบคุม ณ
โรงพยาบาลโรคทรวงอก. วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก 5(3): 27-39.
- โกสินทร์ หลวงละ. (2550). การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวิณโรค ใน
ผู้ป่วยวิณโรคปอดชนิดใหม่และเกิดโรคกลับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะ
วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2549). คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์. ปทุมธานี: สกายบุ๊กส์.
- จรรยา จริญยิ่ง. (2546). การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม
ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรม คณะ
เภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรย์วัฒน์ คมพัยค์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม มโนทัศน์ และการนำไปใช้. วารสารพยาบาล
ศาสตร์ 6: 96-105.
- จารุวรรณ ขันดีสุวรรณ. (2528). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือ
ในการรักษาผู้ป่วยวิณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจนจิรา บุราคร. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดยาในผู้ป่วยวิณโรคปอดในจังหวัดชัยภูมิ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงจันทร์ รัตนมาลัย พจนีย์ กาญจนศิลป์ และปภัสสร ศรีทอง. (2540). การรักษาวิณโรคด้วยระบบ
ยาระยะสั้น ของโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารโรคติดต่อ
23(4): 528-533.

- ทัศนาศรี. (2542). การศึกษาเปรียบเทียบวัน โรคปอดที่ตรวจไม่พบเชื้อและมีหรือไม่มีกรดติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 20 (4).
- ทัศนีย์ มนูญพานิชย์. (2550). การติดตามของผู้ป่วยวัณโรคปอดในระบบบริการสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพวรรณ นัตถวิริยะเจริญ. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด กับผลการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชชัย วรพงศธร. (2540). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ เทศนา และคณะ. (2546). ผลการรักษาซ้ำวัณโรคปอดคือยาหลายขนานของศูนย์วัณโรค 6 ขอนแก่น และ 6/1 สกลนคร. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 24(2).
- นฤมล สิงห์คง. (2551). การพัฒนาเครื่องมือวัดการรับรู้เกี่ยวกับตราบาป (Stigma) อันสืบเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอด ของผู้ป่วยวัณโรค. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- นฤมล คมกล้า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วารสารเกื้อการุณย์ 17(2): 51-65.
- นัศดา ศรียาภย์. (2551). จาก DOTS ไปสู่ยุทธศาสตร์หยุดวัณโรค. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 29(3): 159-168.
- นิธิพัฒน์ เจียรกุล. (2550). ตำราโรคระบบการหายใจ. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- นิรมล พิมพ์น้ำเย็น และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพัฒนาสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นิรมล พิมพ์น้ำเย็น และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. (2553). สถานการณ์วัณโรคคือยาหลายขนานในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 31(2): 62-70.
- นীর อริโยทัย และคณะ. (2548). การขาดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 3: 167-173.
- บัญญัติ ปริชญานนท์. (2542). การรักษาวัณโรคปอด. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญรัตน์ ปันตา. (2551). **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2551). **สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางการแก้ไขวารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 29: 69-72.**
- ปนัดดา มะขมหิน. (2552). **การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประจักษ์ รุ่งฉวี ภูวนาด แนวคำดี และสาวิตรี เอ็ม โอค. (2551). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้นแบบมีผู้สังเกตการกินยาโดยตรงในเขตอำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พรชัย ทิพอาสน์. (2550). **ลักษณะทางวิทยาการระบาดของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรค จังหวัดชัยภูมิ**. โรงพยาบาลคอนสวรรค์ ชัยภูมิ.
- พัฒนา โพธิ์แก้ว. (2537). **ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. (2544). **ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT**. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 22: 195-198.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์. (2547). **ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย**. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. (2536). **ร่างกาย ความสกปรก และภัยอันตราย トラบาป โรคเรื้อนและโรคเอดส์**. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ 7(1-2): 6-18.
- พิรพร ดวงแก้ว. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์. (2534). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มัทนา แอร์แบร์. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื้อยาต้านวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.ra.mahidol.ac.th/mental/compliance.html>. [6/7/2554].
- มาลินี ธีรรัตน์ศรีสกุลและคณะ. (2553). การส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคกินยาอย่างต่อเนื่อง. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 31(3): 111-118.
- ยุทธชัย เกษตรเจริญ. (2543). DOTS เป็นทางออกที่ดีที่สุดของการแก้ปัญหาวัณโรคของประเทศไทย. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 21(2), 53-56.
- ยุทธชัย เกษตรเจริญ. (2551). หลายนุ่มมองเกี่ยวกับ DOTS. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 29(2): 75-82.
- รจนาไฉน สิงห์ศรี. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์. (2540). แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรายุทธ วงศ์บา. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- วิทยาลัยการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนภิเษก. (ม. ป. ป.). การวินิจฉัยโรคร่วม. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://161.200.107.71/medicalcoding/index.php/>. [6/7/2554].
- วิวรรธ อัครวิเชียร สนธิชา อัสวเมธาพันธ์ เชิดชัย สุนทรภาส และชาย ธีระสุด. (2545). การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถ DOTS ได้จริงและไม่สามารถ DOTS ได้จริง. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 24(1): 53-60.

- ศิริรัตน์ บุญจรัส และนฤมล เจริญศิริพรกุล. (2549). Adherence of TB. วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต 27(4): 295-308.
- สมศรี ธรรมโม. (2544). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมัยพร อาชาล. (2543). ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สกวพรรณ อวิศดาถาวร. (2552). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สภาการพยาบาล. (2552). ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาต่างๆ. ราชกิจจานุเบกษา 126: 28.
- สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2543). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2541). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2541). แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการควบคุมวัณโรคตามแนวทางใหม่ของประเทศไทยและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับเขตและจังหวัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2542). การรักษาวัณโรค : แนวทางสำหรับแผนงานระดับชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พรอนโทกราฟฟิค ดีไซน์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2549). แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคของไทยเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 2558 [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://dpc3.ddc.moph.go.th/download/MDG_tha_12Oct.pdf. [6/7/2554].

- สาธารณสุข, กระทรวง. (2549). **INTERNATIONAL STATISTICAL OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2553). รายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมวัณโรค. (2548). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สุภาพจิต, กรม. (2551). โรคเรื้อรัง. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th>. [6/7/2554].
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. (2551). คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: เมดิกัล มีเดีย.
- สุธีรัตน์ ชัยยืน. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายของวัณโรคปอด จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพานี สุพงศ์พัฒนกิจ. (2543). ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุ่มทนา กลางคาร วรพจน์ พรหมสัตยพรต จิรภา ชีระกนก และ เอมอร อภรณ์รัตน์. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบสังเกตโดยตรง. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม 21 (2): 61-70.
- สำนักงานแพทย์. (2550). ปัญหา / อุปสรรคในการดำเนินงานด้านวัณโรคของสำนักงานแพทย์ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.msd.bangkok.go.th/news/>. [6/7/2554].
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). รายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของไทยประจำปีงบประมาณ 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานสถานการณ์และผลการดำเนินงานวัณโรคของไทยประจำปีไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2554 [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.tbthailand.org/present.php?id=32>. [6/7/2554].
- อรอนงค์ สารทะทำ และนรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชา. โครงการประชุมวิชาการ เรื่อง การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและเผยแพร่ผลงานวิชาการ. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อวยพร เรื่องตระกูล. (2553). **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์1**. กรุงเทพมหานคร: คณะครู
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อดิสร อุดรทักษ์. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญ
ปัญหาของวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรุณรัตน์ กาญจนะ. (2545). **ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาส่งเสริม
สุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2554). **การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Anunnatsiri, S., Chetchotisakd, P., Wanke, C. (2005). Factors associated with treatment outcomes
in pulmonary tuberculosis in northeastern Thailand. **Southeast Asian J Trop Med
Public Health** 36:324-330.
- Becker, M. H. (1974). **The Health belief model and personal health behavior**. Michigan:
Charles B. Slack.
- Boutotte, J. M. (1999). Keeping TB in check. **Nursing** 99: 34-39.
- Camirero, J. A. (2003). **A Tuberculosis Guide for Specialist Physicians**. Paris: International
Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- Chattanapanich, A. (2005). **Factors related to caregivers' help with medication adherence of
patients receiving tuberculosis treatment**. Master's Thesis, Department of
Community health nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.
- Chun Yu Lin, et al. (2010). Why is In-hospital Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis Delayed in
Southern Taiwan?. **Journal of the Formosan Medical Association** 109(4): 269-277.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** 38: 300 -
314.

- Coreil, J., Lauzardo, M., and Heurtelou, M. (2004). Cultural feasibility assessment of tuberculosis prevention among persons of Haitian origin in South Florida. **J Immigr Health** 6(2):63-9.
- Corsonello, A., et al. (2010). The impact of comorbidity on medication adherence and therapeutic goals. **Biomedcentral Geriatrics** 10(1).
- Doder, E. A., and Afenyadu, G. Y. (2005). Factors associated with tuberculosis treatment default and completion at the Effia-Nkwanta Regional Hospital in Ghana. **Trans R Soc Trop Med Hyg** 99(11): 827-832.
- Goffman, E. (1963). **Stigma : note on the management of spoiled identity** [Online]. Available from: <http://www.scribd.com/doc/16661891/Goffman-Erving1963-Stigma>. [06/07/2011].
- House, J. S., and Kahn, R. L. (1985). Measures and Concepts of Social Support. In Cohen, S. and Syme, S. L. (ed), **Social support and Health**. Orlando: Academic Press. 83-108.
- Hugen, P. M. H. L. (2002). Assessment of adherence to HIV prtease inhibitors: comparison and combination of various methods,including MEMS (electronic monitor) patient and nurse report and therapeutic drug monitoring. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes** 30: 324-334.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and Timing of social support. **Journal of Health and social behavior** 27: 252.
- Kahn, R. I. (1979). **Aging and Social Support In Aging from Birth to Death Interdisciplinary Prospective**. Colorado : West View Press.
- Lerman, I. (2005). Adherence to treatment: The key for avoiding long- term complications of Diabetes. **Archives of Medical Research** 36: 300-306.
- Link, B. G., & Francis, T. C. (1990). **The Labeling Theory of Mental Disorder: A Review of the Evidence**. In J. R. Greenley (Ed.), **Mental Disorder in Social Context**. Greenwich, CT: JAI Press. 75-105.
- Long, N. H., Johansson, E., Diwan, V. K., and Winkvist, A. (2001). Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in vietnam: Agender analysis. **Health Policy** 58(1): 69-81.
- Lubkin, I., & Larsen, P. (2006). **Chronic illness: Impact and interventions**. 6th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

- Machtinger, E. L., & Bangsberg, D. R. (2005). **Adherence to HIV antiretroviral therapy: HIV Insite is a project of the UCSF center for HIV information**. California: University of California.
- Maria, F., Pesson, M., Ricardo, A., et al. (2007). Factors associated with treatment failure, dropout, and death in a cohort of tuberculosis patients in Recife, Pernambuco State, Brazil. **Cad Saude Publica** 23: 1573-1582.
- Morisky, D. E. (2002). **Adherence or Compliance Behavior**. [Online]. Available from: <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3404000026>. [10/12/2011].
- Munro, S. A., et al. (2007). Patient adherence to tuberculosis treatment a systemic review of qualitative research. **Public Library of Science Medicine** 4(7): 1230-1245.
- Nicole, G., et al. (2003). Improving adherence and reducing medication discrepancies in patients with diabetes. **The Annals of Pharmacotherapy** 37(7) : 962-969.
- Pair, D. and Lin Ruey, S. (2001). Drug-resistant tuberculosis in Taipei. **AJIC** 29: 41-47.
- Pender, N. J. (2006). **Health Promotion in nursing practice**. 5th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. (1999). **Nursing research: Principles and methods**. 6th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Quy, H. T., et al. (2003). Drug resistance among failure and relapse cases of tuberculosis: is the standard re-treatment regimen adequate?. **Int J Tuberc Lung Dis** 7:631-636.
- Salters, P., K., (2008). **Comorbidity** [Online]. Available from: <http://bpd.about.com/od/glossary/g/comorbid.htm>. [06/07/2011].
- Schaefer, C., et al. (1981). The Health related function of social support. In Tilden, VP., & Weinert, C. (1985). Social support and the chronically ill individual. **Nursing Clinical of North America** 22: 613- 620.
- Somsong, W. (2002). **Adherence to tuberculosis treatment and conversion rate in HIV infected tuberculosis patients**. Master of nursing science Community adult nursing Mahidol University.
- Steven, J. (1996). **Applied multivariate statistics for the social sciences**. 3rd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate.

- Taylor, D., and Littlewood, s.(1998). Systems and disease: Respiratorysystem: past 2. **Nursing Time** 94 (11): 50-53.
- Thomas, A., Gopi, P. G., Santha, T., Chandrasekaran, V., Subramani, R., and Selvakumar, N., et al. (2005). **Predictors relapse among Pulmonary tuberculosis patients treated in a DOTS programme in South India** [Online]. Available from: <http://www.PubMed.com/PMID:15875929>. [06/07/2011].
- Thorndike, R. M. (1978). **Correlation procedures for research** . New York.
- Tuula, V., Pekka, H., Jukka, O., Kari, L., Maarit, K., and Petri, R. (2007). Risk factors for poor tuberculosis treatment outcome in Finland: a cohort study. **BioMed Cental Public health** 7:291-300.
- United States Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2000). **Core curriculum on tuberculosis: What clinician should know**. 4th ed. Atlanta: Division of Tuberculosis Elimination.
- Wilkinson. (1997). Ubderstanding motive to enhance patient: Compliance. **British Journal Nursing**: 879-884.
- WHO. (2003). **Adherence to Long – Term Therapies Evidence for action**. Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2010). **The Global Plan to Stop TB 2011-2015**. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2010). **Global tuberculosis control: WHO report 2010**. Geneva: World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ จุติพัฒน์ รัชตะนันท์	นายแพทย์ 8 วช แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
2. อาจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร. นฤมล ถึงหัดง	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. นางกมเนตร สกุลชนะศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีสะเกษ
5. นางอภิรดี จันทร์พิมานสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและทรวงอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๔๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ มีนาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางคมเนตร สกฤษณะศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางคมเนตร สกฤษณะศักดิ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ โทร. 089 -1549780

ที่ ศธ 0512.11/ 0๔๕7

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มีนาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทพร เชยชัยภูมิ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. นฤมล สิงห์ดง อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร. นฤมล สิงห์ดง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวนันทพร เชยชัยภูมิ โทร. 089 -1549780

ที่ ศร 0512.11/ 0457



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 มีนาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทพร เชยชัยภูมิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

1. นายแพทย์ รุติพัฒน์ รชตะนันท์ นายแพทย์ 8 วช แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ โรคระบบทางเดินหายใจ
2. นางอภิรดี จันทร์ทิมาสนุช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและทรวงอก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ รุติพัฒน์ รชตะนันท์ และนางอภิรดี จันทร์ทิมาสนุช

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวนันทพร เชยชัยภูมิ โทร. 089 -1549780

ที่ ศธ 0512.11/ 0457

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรียุทธ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มีนาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

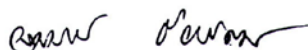
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. สิริรัตน์ สีสัจรัส อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร. สิริรัตน์ สีสัจรัส

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ-โทร. 089 -1549780

ที่ ศธ 0512.11/05A1



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ มีนาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยฯ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. บันทึกข้อความจากโครงการบันทึกถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 2. เอกสารใบรับรองการสอบผ่านหัวข้อวิจัย
 3. แบบรายงานการส่งโครงร่าง 17 ชุด
 4. โครงการวิจัย 3 บท 17 ชุด
 5. แบบประวัติผู้วิจัย 17 ชุด
 6. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 17 ชุด
 7. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 17 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือ
ในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้
ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอ
ความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด
เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยามาตรฐาน และครั้งนี้ได้รับการรักษาซ้ำ ทั้งเพศชายและหญิง
อายุ 18 - 60 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค จำนวน 44 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
และภาวะโรคร่วม แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการ
รับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากวัณโรค แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการ
รับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ระดับบาป และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้
จะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ เสนอโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ โทร. 089 -1549780



ที่ ศธ 0512:11/0541

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒4 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบบันทึกข้อความขอเก็บข้อมูลการวิจัย
 2. แบบเสนอโครงการวิจัย 8 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 8 ชุด
 4. ใบแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 8 ชุด
 5. เครื่องมือในการวิจัย 8 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยามาตราฐาน และครั้งนี้ได้รับการรักษาซ้ำ ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 - 60 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค จำนวน 74 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะโรคร่วม แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากวัณโรค แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ โทร. 089 -1549780



ที่ ศธ 0512.11/0941

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบลงทะเบียนขอรับบริการ 1 ชุด
 2. บันทึกข้อความขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย 1 ชุด
 3. จดหมายจากสถาบัน 1 ชุด
 4. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก 1 ชุด
 5. คู่มือการตรวจสอบความครบถ้วนของโครงการวิจัย 1 ชุด
 6. ปกพยาบาล 1 ชุด
 7. สารบัญ 1 ชุด
 8. แบบเสนอโครงการวิจัยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย 1 ชุด
 9. เอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด
 10. ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลวิจัย 1 ชุด
 11. ประวัติผู้เขียน
 12. ตัวอย่างตารางการบริหารงานวิจัยและตารางเวลาในการศึกษา 1 ชุด
 13. ใบขอส่งเอกสารโครงการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายนายความร่วมมือ ในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดรักษาซ้ำ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ โทร. 089 -1549780



ที่ ศธ 0512.11/0541

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนวมินทร์ราช

เนื่องด้วย นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยามาตรฐาน และครั้งนี้ได้รับการรักษาซ้ำ ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 - 60 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค จำนวน 44 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะโรคร่วม แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากวัณโรค แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ทราบปและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ โทร. 089 -1549780

ภาคผนวก ค
เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่ 072/2555



คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก
กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย : “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ”
(PREDICTING FACTORS OF MEDICATION ADHERENCE AMONG
RETREATMENT PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS)


ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวนันทพร เซยชัยภูมิ นักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์
(การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย : สถาบันโรคทรวงอก


เอกสารที่ได้รับการพิจารณามีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อความขอเก็บข้อมูลการวิจัย
2. แบบเสนอโครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ใบแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. เครื่องมือในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข อนุมัติในแจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้


.....
(นายแพทย์ชูศักดิ์ เกษมศานต์)

ประธานกรรมการ


.....
(นายแพทย์เจี๊ยว พูลศิริปัญญา)

เลขานุการกรรมการ

รับรองวันที่ : 11 พ.ค. 2555

วันหมดอายุ : 11 พ.ค. 2556



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

Q006h/55

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

[PREDICTING FACTORS OF MEDICATION ADHERENCE AMONG RETREATMENT PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS.]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : น.ส.นันทพร เขยชัยภูมิ

สังกัดหน่วยงาน : คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- เอกสารรับรอง :
1. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยครั้งแรก
 2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
 3. แบบสอบถาม
 4. ประวัติผู้วิจัย
 5. เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือแสดงความยินยอม

วันที่รับรองให้ทำการวิจัย : 15 พฤษภาคม 2555

วันสิ้นสุดการรับรอง : 14 พฤษภาคม 2556

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญา เฮอร์ซิงกิ และ แนวปฏิบัติ ICH GCP จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

.....
พันเอกหญิง เยาวนา ธนะพัฒน์

.....
พันเอกสพล อนันต์นำเจริญ

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔๔-๓๘๕๐
โทรสาร ๐-๒๒๕๔๔-๓๘๕๓



COA 36/2555

**คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย**

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : PREDICTING FACTORS OF MEDICATION ADHERENCE AMONG RETREATMENT PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

เลขที่โครงการ : ๐๓๖/๕๕

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ

สังกัดหน่วยงาน : ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

เอกสารที่รับรอง:

- แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2 วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2 วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุตั้งแต่ ๑๘ ปี ขึ้นไป) Version 2 วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะโรคร่วม Version 2 วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๒ ความร่วมมือในการรับประทานยา Version 2 วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๓ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา Version 2 วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๔ การรับรู้ความรุนแรงจากวัณโรค Version 2 วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๕ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา Version 2 วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๖ การรับรู้ความรู้สึก Version 2 วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕
- แบบสอบถามส่วนที่ ๗ การสนับสนุนทางสังคม Version 2 วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....

(นางสาวบุษบา ศุภวัฒน์ธนดี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๑๘ /๐๖ /๒๕๕๕

วันหมดอายุ : ๑๗ /๐๖ /๒๕๕๖

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขซึ่งระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรรม ชั้น ๒)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์: ๐-๒๒๕๔๔-๓๕๒๒ โทรสาร: ๐-๒๒๖๘๘-๗/๐๘๘

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant information sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ
 ชื่อผู้วิจัย นางสาวนันนทพร เชยชัยภูมิ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร 681 ถ.สามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต จ. กรุงเทพมหานคร 10300 โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-2443494-5 โทรศัพท์ (มือถือ) 089-154-9780 E- mail address: hnong-nan@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็น ที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านต้องทำอะไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา トラบาป ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

3.2 เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา トラบาป ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยามาตรฐาน และครั้งนี้ได้รับการรักษาซ้ำ ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 60 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด ที่เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยามาตรฐาน และครั้งนี้ได้รับรักษาซ้ำในกรณี ดังนี้ 1) โรคกลับเป็นซ้ำ 2) การรักษาล้มเหลว 3) ขาดยา และอยู่ในระหว่างรับยารักษาวัณโรค
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่และเวลาในขณะที่ให้ข้อมูล
3. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ขณะตอบแบบสอบถามหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบของโรค เช่น ไอมาก หอบเหนื่อย หรืออาการไม่สุขสบายทางร่างกาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

4.2 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 132 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 3 โรงพยาบาล จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 132 คน

4.3 เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้ดำเนินการวิจัย นางสาวนันทพร เขยชัยภูมิ ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ โดยศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา トラยาป ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ โดยจัดทำโครงการวิจัยนี้ ณ คลินิกวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะโรคร่วม 2) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา 4) 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค 5) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา 6) แบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึก 7) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะ

นำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมความร่วมมือในรับประทานยาของผู้ป่วยวัน โรคปอดครุฑฯ และเพื่อพัฒนา โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัน โรคครุฑฯ ให้มีความต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้วันโรครกลับมาเป็นซ้ำอีก

6. ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับท่าน เกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม อธิบายการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอม เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้พิมพ์ลายนิ้วมือแสดงความยินยอม ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือก ข้อคำตอบเอง

7. การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัน โรคปอด ครุฑฯ วัณฯ ผู้ใหญ่ ตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย และการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อ คัดกรอง ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

8. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่เบอร์ โทรศัพท์ 089-154-9780

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัว ออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็น ภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร สถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษา

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนันท์พร เชยชัยภูมิ

ที่อยู่ติดต่อ 681 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

ถ.สามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต จ.กรุงเทพมหานคร 10300

โทรศัพท์ 089-154-9780 E-mail address: hnong-nan@hotmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือยินยอมโดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวนันท์พร เชยชัยภูมิ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามประกอบไปด้วย 7 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ รายละเอียดมีดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะโรคร่วม	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 7	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 12 ข้อ
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน
3. กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียนชื่อ/นามสกุลลงไป
ในแบบสอบถามชุดนี้
4. ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาว นันทพร เชยชัยภูมิ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะโรคร่วม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย \surd ลงใน () และเติมคำในช่องว่างตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. อายุ..... ปี
2. เพศ

<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
3. สถานภาพ

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่	<input type="checkbox"/> 3. หม้าย
<input type="checkbox"/> 4. หย่า	<input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่	
4. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง/บริษัท
<input type="checkbox"/> 2. ก้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 3. แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> 7. นักเรียน/นักศึกษา
<input type="checkbox"/> 4. เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 7. ปริญญาโท
<input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> 4. 10,001 – 15,000 บาท
<input type="checkbox"/> 2. น้อยกว่า 5,000 บาท	<input type="checkbox"/> 5. 15,001 – 20,000 บาท
<input type="checkbox"/> 3. 5,001 – 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 6. 20,001 บาทขึ้นไป

7. ภาวะโรคร่วม

ประวัติการเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย	มี	ไม่มี
โรคเอดส์		
โรคเบาหวาน		
โรคความดันโลหิตสูง		
โรคมะเร็ง		
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
โรคตับ		
โรคไต		
โรคหลอดเลือดสมอง		
โรคหลอดเลือดหัวใจ		
โรคอื่นๆ โปรดระบุ.....		
จำนวน โรคเรื้อรังที่เป็นร่วมกับวัณโรคมีทั้งหมด โรค (ผู้วิจัยตรวจสอบกับแฟ้มประวัติผู้ป่วยและเป็นผู้สรุปเอง)		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวันโรคปอดรักษาซ้ำ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทำข้อความที่ตรงกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ทำทุกครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
ทำเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
ไม่เคยทำเลย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ลำดับ	ข้อความ	ทำทุกครั้ง	ทำเกือบทุกครั้ง	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1.	ท่านอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนรับประทานยารักษาวันโรค				
2.	ท่านรับประทานยารักษาวันโรคครบทุกชนิดตามแพทย์สั่ง				
3.	ท่านรับประทานยารักษาวันโรคน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง				
4.	ท่านรับประทานยารักษาวันโรคตรงเวลาทุกครั้ง				
5.	ท่านเคยหยุดรับประทานยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง				
6.	ท่านลืมรับประทานยา				
7.	ท่านไปตรวจตามนัดและรับยาอย่างสม่ำเสมอ				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ กรุณาทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นอาจจะตรง หรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ท่านรับรู้ว่า

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	การรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา ช่วยให้หายขาดจากวัณโรคได้					
2.	การรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา ช่วยให้เกิดเชื้อดื้อยา					
3.	การรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา ช่วยให้อาการไอเป็นเลือด หอบเหนื่อยหายไป					
4.	การรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา ช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากวัณโรค					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ กรุณาทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน เพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นอาจจะตรง หรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ท่านรับรู้ว่า

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1.	การเป็นวัณโรครักษาซ้ำรุนแรง พอที่จะทำให้เสียชีวิตได้					
2.	วัณโรครักษาซ้ำมีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาหลายขนานได้ง่ายกว่าการรักษาครั้งแรก					
3.	วัณโรครักษาซ้ำมีโอกาสรักษาหายมากกว่าการรักษาในครั้งแรก					
4.	วัณโรครักษาซ้ำมีโอกาสเกิดการแพ้ยาได้น้อยกว่ารักษาครั้งแรก					
5.	วัณโรครักษาซ้ำมีระยะเวลาในการรักษานานกว่าผู้ป่วยรายใหม่					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ กรุณาทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นอาจจะตรง หรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ท่านรับรู้ว่

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1.	ต้องรับประทานยารักษาวัณโรคตามเวลาในแต่ละวันอย่างเคร่งครัด ทำให้ท่านรู้สึกเมื่อยหน้าต่อกรับประทานยา					
2.	การรับประทานยารักษาวัณโรคอาจทำให้ท่านเกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อากรชา ตัวตาลีื่อง เป็นต้น					
3.	การรับประทานยารักษาวัณโรคต้องใช้ระยะเวลา นานอย่างน้อย 6 เดือน ทำให้ท่านอยากหยุดรับประทานยา					
4.	ยาวัณโรคมีหลายเม็ดและขนาดใหญ่ กลืนลำบาก					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ตราใบ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นอาจจะตรง หรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.เพื่อนบางคนเลิกคบท่าน เมื่อทราบ ว่าท่านเป็นวัณโรค					
2.ท่านรู้สึกเสียใจ จากการแสดงออก ของผู้คนเมื่อรู้ว่าท่านเป็นวัณโรค					
3.ปฏิกิริยาของบุคคลอื่นต่อการเป็น วัณโรคของท่าน ทำให้ท่านหยุดการ สมาคมกับพวกเขา					
4.ดูเหมือนว่าผู้คนกลัวท่านเนื่องจาก ท่านเป็นวัณโรค					
5.ผู้คนไม่ต้องการให้ท่านเข้าใกล้ ลูกหลานของเขา เมื่อเขาเห็นว่าท่านเป็น วัณโรค					
6.ท่านรู้สึกว่าถูกแบ่งแยก โดดเดี่ยว จากโลกภายนอก					
7.คนส่วนใหญ่คิดว่าคนที่เป็นวัณโรค น่ารังเกียจ					

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้บรรยายถึงลักษณะของแต่ละบุคคล โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อตรงกับลักษณะตัวท่านมากน้อยเพียงใด และกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ที่ช่องท้ายข้อความที่ตรงกับตัวท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง	ไม่ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นพอสมควร
มาก	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1. ท่านได้รับความรัก ความสนใจและเอาใจใส่ความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว					
2. ท่านได้รับคำชื่นชมเมื่อท่านสามารถรับประทานยาวิธโรคที่มีจำนวนมากได้ครบตามแพทย์สั่ง					
3. ท่านมีคนที่ท่านไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆได้					
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
4. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์					
5. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาจากบุคลากรทางการแพทย์					

ข้อความ	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยท่านสามารถปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ได้					
การสนับสนุนด้านประเมินคุณค่า 7. ท่านได้รับการยอมรับให้ร่วมทำงานกับเพื่อนและครอบครัวได้					
8. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตของท่านมีคุณค่า					
9. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับประทานยาเอง					
การสนับสนุนด้านทรัพยากร 10. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน จากบุคคลใกล้ชิด หรือจากคนอื่น ๆ					
11. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้างอำนวยความสะดวกเมื่อท่านเดินทางไปโรงพยาบาล					
12. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้างเรื่องการค้าเงินชีวิตประจำวันเมื่อท่านต้องการ					

ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ค่าความเที่ยงของความร่วมมือในการรับประทานยา

	Mean	Std Dev	Cases
1. ADHER1	3.4333	.8976	30.0
2. ADHER2	3.8667	.4342	30.0
3. ADHER3	3.8000	.4068	30.0
4. ADHER4	3.3333	.6065	30.0
5. ADHER5	3.7000	.5960	30.0
6. ADHER6	3.1667	.6989	30.0
7. ADHER7	3.7333	.4498	30.0

Correlation Matrix

	ADH1	ADH2	ADH3	ADH4	ADH5	ADH6	ADH7
ADHER1	1.0000						
ADHER2	.5073	1.0000					
ADHER3	.3399	.6247	1.0000				
ADHER4	.3589	.4365	.2795	1.0000			
ADHER5	.2514	.5064	.3129	.5724	1.0000		
ADHER6	.2107	.3030	.3638	.5966	.2897	1.0000	
ADHER7	.5523	.1648	.4523	.4635	.2058	.4753	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	25.0333	8.0333	2.8343	7

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
ADHER1	21.6000	5.2138	.4913	.5601	.7931
ADHER2	21.1667	6.4885	.6132	.7030	.7589
ADHER3	21.2333	6.7368	.5355	.5940	.7711
ADHER4	21.7000	5.7345	.6648	.5997	.7384
ADHER5	21.3333	6.2299	.4868	.4223	.7727
ADHER6	21.8667	5.8437	.5034	.4516	.7718
ADHER7	21.3000	6.4931	.5837	.6484	.7618

Reliability Coefficients 7 items

Alpha = .7929 Standardized item alpha = .8197

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา

	Mean	Std Dev	Cases
1. BEN1	4.6667	.4795	30.0
2. BEN2	4.5000	.6823	30.0
3. BEN3	4.4333	.7279	30.0
4. BEN4	4.5333	.5074	30.0

Correlation Matrix

	BEN1	BEN2	BEN3	BEN4
BEN1	1.0000			
BEN2	.7379	1.0000		
BEN3	.6257	.5207	1.0000	
BEN4	.7559	.5976	.5664	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	18.1333	4.1195	2.0297	4

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
BEN1	13.4667	2.6023	.8322	.7204	.7778
BEN2	13.6333	2.2402	.6922	.5525	.8189
BEN3	13.7000	2.2172	.6331	.4175	.8554
BEN4	13.6000	2.6621	.7247	.5879	.8096

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = .8534 Standardized item alpha = .8739

ค่าความเที่ยงของแบบสอบการรับรู้ความรุนแรงของโรค

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SEV1	4.0667	.9444	30.0
2.	SEV2	4.1000	.8030	30.0
3.	SEV3	3.5333	1.1059	30.0
4.	SEV4	3.5333	.7761	30.0
5.	SEV5	4.1667	.6477	30.0

Correlation Matrix

	SEV1	SEV2	SEV3	SEV4	SEV5
SEV1	1.0000				
SEV2	.7639	1.0000			
SEV3	.4270	.3650	1.0000		
SEV4	.3262	.4095	.4607	1.0000	
SEV5	.3758	.3646	.4012	.5030	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	19.4000	10.1793	3.1905	5

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SEV1	15.3333	6.2989	.6304	.6173	.7217
SEV2	15.3000	6.8379	.6421	.6130	.7217
SEV3	15.8667	6.0506	.5341	.3145	.7695
SEV4	15.8667	7.2920	.5452	.3723	.7520
SEV5	15.2333	7.8402	.5292	.3190	.7616

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .7856 Standardized item alpha = .7969

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา

	Mean	Std Dev	Cases
1. BAR1	3.2667	1.2847	30.0
2. BAR2	3.5667	1.0063	30.0
3. BAR3	3.2667	1.3374	30.0
4. BAR4	4.2333	.9353	30.0

Correlation Matrix

	BAR1	BAR2	BAR3	BAR4
BAR1	1.0000			
BAR2	.4925	1.0000		
BAR3	.8603	.3194	1.0000	
BAR4	.3769	.2577	.3345	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	14.3333	12.6437	3.5558	4

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
BAR1	11.0667	5.8575	.8258	.7961	.5587
BAR2	10.7667	9.0126	.4334	.2912	.7820
BAR3	11.0667	6.2023	.6985	.7550	.6444
BAR4	10.1000	9.5414	.3855	.1506	.8001

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = .7716 Standardized item alpha = .7588

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ตราหน้าป

	Mean	Std Dev	Cases
1. STIG1	2.9333	1.1121	30.0
2. STIG2	3.2667	1.1427	30.0
3. STIG3	2.7667	1.1351	30.0
4. STIG4	2.9333	1.0807	30.0
5. STIG5	3.1333	.8996	30.0
6. STIG6	2.5000	1.0748	30.0
7. STIG7	3.4000	.8550	30.0

Correlation Matrix

	STIG1	STIG2	STIG3	STIG4	STIG5	STIG6	STIG7
STIG1	1.0000						
STIG2	.5572	1.0000					
STIG3	.4789	.5016	1.0000				
STIG4	.4839	.4896	.6053	1.0000			
STIG5	.4228	.5010	.4368	.6480	1.0000		
STIG6	.4904	.3931	.5512	.3860	.2497	1.0000	
STIG7	.6093	.5224	.4192	.5897	.3766	.2627	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	20.9333	29.5126	5.4326	7

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
STIG1	18.0000	21.3103	.6784	.5330	.8364
STIG2	17.6667	21.2644	.6588	.4639	.8395
STIG3	18.1667	21.1782	.6744	.5098	.8370
STIG4	18.0000	21.2414	.7131	.6301	.8313
STIG5	17.8000	23.6138	.5822	.4851	.8501
STIG6	18.4333	23.0126	.5183	.3973	.8590
STIG7	17.5333	23.6368	.6188	.5283	.8465

Reliability Coefficients
 Alpha = .8625 7 items
 Standardized item alpha = .8636

ค่าความเที่ยงของแบบสอบการสนับสนุนทางสังคม

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SO1	4.2333	.9353	30.0
2.	SO2	3.8333	1.0532	30.0
3.	SO3	4.0667	.9803	30.0
4.	SO4	4.1667	.7915	30.0
5.	SO5	3.8667	1.0417	30.0
6.	SO6	4.0333	.7649	30.0
7.	SO7	3.8333	.8743	30.0
8.	SO8	3.9667	.8087	30.0
9.	SO9	4.1667	.6989	30.0
10.	SO10	3.3667	1.4735	30.0
11.	SO11	3.3000	1.4179	30.0
12.	SO12	3.8667	1.0417	30.0

Correlation Matrix

	SO1	SO2	SO3	SO4	SO5	SO6
SO1	1.0000					
SO2	.7760	1.0000				
SO3	.6595	.6123	1.0000			
SO4	.4115	.4481	.3407	1.0000		
SO5	.3870	.6391	.6169	.6134	1.0000	
SO6	.4226	.4780	.5028	.7310	.6550	1.0000
SO7	.2601	.4931	.4560	.4900	.7699	.4211
SO8	.6489	.7220	.5249	.4938	.4857	.3921
SO9	.3077	.2733	.4362	.5714	.4105	.6343
SO10	.3611	.5518	.6032	.3302	.6395	.3559
SO11	.5175	.6119	.6798	.1997	.5650	.3084
SO12	.3162	.5134	.5156	.3625	.4597	.3953
	SO7	SO8	SO9	SO10	SO11	SO12
SO7	1.0000					
SO8	.6259	1.0000				
SO9	.4420	.4982	1.0000			
SO10	.5309	.5315	.4074	1.0000		
SO11	.4868	.5804	.4350	.8698	1.0000	
SO12	.5049	.4857	.5526	.7519	.7985	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	46.7000	80.4241	8.9680	12

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SO1	42.4667	70.0506	.6067	.8466	.9188
SO2	42.8667	66.3954	.7527	.8722	.9127
SO3	42.6333	67.5506	.7393	.7054	.9135
SO4	42.5333	72.2575	.5604	.8015	.9205
SO5	42.8333	66.4195	.7609	.9221	.9124
SO6	42.6667	71.9540	.6076	.7395	.9192
SO7	42.8667	69.9816	.6616	.8218	.9169
SO8	42.7333	69.9264	.7278	.8217	.9150
SO9	42.5333	73.0161	.5793	.6720	.9203
SO10	43.3333	60.8506	.7570	.8318	.9148
SO11	43.4000	61.1448	.7788	.9243	.9128
SO12	42.8333	67.1092	.7166	.8613	.9143

Reliability Coefficients 12 items

Alpha = .9225 Standardized item alpha = .9268

ตาราง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาจำแนกตาม รายชื่อ (n = 132)

ข้อความ	\bar{X}	SD
1. ท่านอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนรับประทานยารักษาวัณโรค	3.48	.815
2. ท่านรับประทานยารักษาวัณโรคครบทุกชนิดตามแพทย์สั่ง	3.86	.506
3. ท่านรับประทานยารักษาวัณโรคน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	3.78*	.467
4. ท่านรับประทานยารักษาวัณโรคตรงเวลาทุกครั้ง	3.38	.586
5. ท่านเคยหยุดรับประทานยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง	3.76*	.511
6. ท่านลืมรับประทานยา	3.29*	.624
7. ท่านไปตรวจตามนัดและรับยาอย่างสม่ำเสมอ	3.80	.399

* หมายถึง เป็นข้อความเชิงลบ ได้ปรับคะแนนตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน

ตาราง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา จำแนกตามรายชื่อ (n = 132)

ข้อความ	\bar{X}	SD
1. การรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจน ครบตามแผนการรักษา ช่วยให้หายขาดจากวัณโรคได้	4.65	.618
2. การรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจน ครบตามแผนการรักษา ช่วยลดการเกิดเชื้อดื้อยา	4.55	.670
3. การรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจน ครบตามแผนการรักษา ช่วยให้อาการไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย หายไป	4.56	.609
4. การรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจน ครบตามแผนการรักษา ช่วยป้องกันการเสียชีวิตจาก วัณโรค	4.53	.559

ตาราง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคจำแนกตามราย
ชื่อ (n = 132)

ข้อความ	\bar{X}	SD
1. การเป็นวัณโรครักษาซ้ำรุนแรง พอที่จะทำให้เสียชีวิตได้	4.44	.734
2. วัณโรครักษาซ้ำมีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาหลายขนานได้ง่ายกว่าการรักษาครั้งแรก	4.58	.581
3. วัณโรครักษาซ้ำมีโอกาสรักษาหายมากกว่าการรักษาในครั้งแรก	4.47*	.824
4. วัณโรครักษาซ้ำมีโอกาสเกิดการแพ้ยาได้น้อยกว่ารักษาครั้งแรก	4.33*	.746
5. วัณโรครักษาซ้ำมีระยะ เวลาในการรักษานานกว่าผู้ป่วยรายใหม่	4.69	.554

* หมายถึง เป็นข้อความเชิงลบ ได้ปรับคะแนนตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน

ตาราง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาจำแนกตามรายชื่อ (n = 132)

ข้อความ	\bar{X}	SD
1. ต้องรับประทานยารักษาวัณโรคตามเวลาในแต่ละวัน อย่างเคร่งครัด ทำให้ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา	3.24*	1.314
2. การรับประทานยารักษาวัณโรคอาจทำให้ท่านเกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อารมณ์เศร้า หงุดหงิด เป็นต้น	3.79*	.965
3. การรับประทานยารักษาวัณโรคต้องใช้ระยะเวลา นานอย่างน้อย 6 เดือน ทำให้ท่านอยากหยุดรับประทานยา	3.52*	1.245
4. ยาวัณโรคมีหลายเม็ดและขนาดใหญ่ กลืนลำบาก	4.29*	.929

* หมายถึง เป็นข้อความเชิงลบ ได้ปรับคะแนนตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน

ตาราง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้ตราบาปจำแนกตามรายชื่อ (n = 132)

ข้อคำถาม	\bar{X}	SD
1.เพื่อนบางคนเลิกคบท่าน เมื่อทราบว่าท่านเป็นวัณโรค	3.06*	1.075
2.ท่านรู้สึกเสียใจ จากการแสดงออกของผู้คนเมื่อรู้ว่าท่านเป็นวัณโรค	3.18*	1.090
3.ปฏิกิริยาของบุคคลอื่นต่อการเป็นวัณโรคของท่าน ทำให้ท่านหยุดการสมาคมกับพวกเขา	2.89*	1.072
4.ดูเหมือนว่าผู้คนกลัวท่านเนื่องจากท่านเป็นวัณโรค	3.12*	1.034
5.ผู้คนไม่ต้องการให้ท่านเข้าใกล้ลูกหลานของเขา เมื่อเขารู้ว่าท่านเป็นวัณโรค	3.30*	.856
6.ท่านรู้สึกว่าถูกแบ่งแยก โดดเดี่ยวจากโลกภายนอก	2.66*	1.069
7.คนส่วนใหญ่คิดว่าคนที่ เป็นวัณโรคน่ารังเกียจ	3.54*	.785

* หมายถึง เป็นข้อคำถามเชิงลบ ได้ปรับคะแนนตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน

ตาราง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายชื่อ (n = 132)

ข้อคำถาม	\bar{X}	SD
การสนับสนุนด้านอารมณ์	4.22	.734
1. ท่านได้รับความรัก ความสนใจและเอาใจใส่ความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว		
2. ท่านได้รับคำชื่นชมเมื่อท่านสามารถรับประทานยาวัณโรคที่มีจำนวนมากได้ครบตามแพทย์สั่ง	3.95	.915
3. ท่านมีคนที่ท่านไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆได้	4.29	.747
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	4.32	.680
4. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์		
5. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาจากบุคลากรทางการแพทย์	4.29	.726

ตาราง (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	SD
6. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยท่านสามารถปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ได้	4.38	.624
การสนับสนุนด้านประเมินคุณค่า		
7. ท่านได้รับการยอมรับให้ร่วมทำงานกับเพื่อนและครอบครัวได้	4.17	.767
8. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าของชีวิตของท่านมีคุณค่า	4.25	.703
9. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับประทานยาเอง	4.33	.726
การสนับสนุนด้านทรัพยากร		
10. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน จากบุคคลใกล้ชิดหรือจากคนอื่น ๆ	4.09	.961
11. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้างอำนวยความสะดวกเมื่อท่านเดินทางไปโรงพยาบาล	3.93	1.005
12. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้างเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อท่านต้องการ	4.19	.783

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนันท์พร เชยชัยภูมิ เกิดวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2525 สำเร็จการศึกษาพยาบาล-
ศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อปี พ.ศ. 2548 ปัจจุบันตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
ปฏิบัติการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร