

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้การข้างเคียงที่เกิดจากยา ระยะเวลาในการรักษา การรับรู้ถึงความซับซ้อนในการรับประทานยา การรับรู้ว่าเป็นตราใบ และการสนับสนุนทางสังคม กับ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค
2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ที่เป็นตราใบ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ค้นพบมานานกว่า 100 ปี โดยโรเบิร์ต ค็อค (Robert Koch) นายแพทย์ชาวเยอรมัน เป็นผู้ค้นพบในปี พ.ศ. 2425 ซึ่งเชื้อวัณโรคเป็นเชื้อที่สามารถทำให้เกิดพยาธิสภาพตามอวัยวะต่าง ๆ ได้ทุกระบบของร่างกาย แต่ที่พบมากที่สุดคือ วัณโรคปอด (กองวัณโรค, 2537)

สาเหตุของโรค

แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของวัณโรคในคน คือ *Mycobacterium Tuberculosis*, *M.bovis* และ *M.africanum* ซึ่งรวมเรียกว่า *Tubercle Bacilli* ซึ่ง *M.bovis* เป็นเชื้อที่ก่อโรคในสัตว์ เช่น โค และแพะ โรคมายังคนได้ ถ้าคนใกล้ชิดกับสัตว์ที่เป็นโรคหรือดื่มนมโคที่เป็นโรค แต่เมื่อมีการนำระบบพาสเจอร์ไรมาใช้กับนม การแพร่เชื้อ *M.bovis* จึงไม่เป็นปัญหาอีกต่อไป ส่วนเชื้อ *M.africanum* พบในแถบแอฟริกากลางและตะวันตก แต่ก็ยังเป็นสาเหตุของโรคเพียงส่วนน้อย เชื้อสายที่สำคัญที่สุดและก่อโรคในคนมากที่สุดคือ *M.tuberculosis* ซึ่งเป็นแบคทีเรียที่มีรูปเป็นท่อนโค้งเล็กน้อย ขนาดยาวประมาณ 2-4 ไมโครเมตร และกว้างประมาณ 0.2-0.5 ไมโครเมตร เป็นแบคทีเรียที่ต้องการออกซิเจน (Aerobes) ไม่สร้างสปอร์ ไม่เคลื่อนที่ ย้อมติดสีทนกรด หากขาดออกซิเจนเชื้อจะไม่เจริญเติบโตและไม่ทวีจำนวน (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541; ประมวญ สุนากร, 2535)

ชนิดของวัณโรค

วัณโรคสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary TB) และวัณโรคปอด (Pulmonary TB)

1. วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary Tuberculosis) เป็นวัณโรคที่เกิดกับอวัยวะอื่น ๆ นอกเหนือจากปอด เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง ช่องท้อง ผิวหนัง กระดูกและข้อ เยื่อหุ้มสมอง ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเอดส์ จะพบได้มากถึงร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด สำหรับวัณโรคนอกปอดนั้นอาการขึ้นอยู่กับว่าเป็นวัณโรคที่อวัยวะใด ได้แก่

1.1 วัณโรคต่อม้ำเหลือง (Lymphnode Tuberculosis) มีอุบัติการณ์สูงที่สุดในวัณโรคนอกปอดทั้งหมด พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 3: 1 อาการที่พบได้ คือ ต่อม้ำเหลืองโต ไม่เจ็บ ไม่ร้อน ช่วงแรกต่อม้ำเหลืองค่อนข้างแข็ง ต่อมาจะนุ่มและอาจแตกเป็นหนอง

1.2 วัณโรคกระดูกและข้อ (Skeleton Tuberculosis) ใน 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมาอุบัติการณ์ลดลงมาก โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้วเกือบไม่พบวัณโรคกระดูกและข้อเลย ซึ่งตรงข้ามประเทศอินเดียที่พบถึง 16 คนต่อประชากรแสนคน จึงเป็นที่เชื่อได้ว่าในประเทศที่กำลังพัฒนายังพบวัณโรคของกระดูกและข้อได้ อาการที่พบ คือ กระดูกและข้อนั้นมักจะปวด เคลื่อนไหวได้น้อยลง บวม ในระยะหลังอาจมีหนองไหลทะลุผิวหนังบริเวณนั้นออกมา วัณโรคของกระดูกสันหลังอาจทำให้เกิด Acute Angulated Kyphosis

1.3 วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง (Tuberculosis Meningitis) อาการที่พบได้ คือ ปวดศีรษะและมีไข้ ความจำเสื่อม คอแข็ง มึนงง สับสน ชัก หมดสติ

1.4 วัณโรคในช่องท้อง (Tuberculosis Peritonitis) อาการที่พบได้ คือ ท้องมาน ปวดท้อง มีไข้ อาจถ่ายอุจจาระเหลวหรือท้องผูก ในระยะหลังอาจคลำพบก้อนในช่องท้อง

1.5 วัณโรคแพร่กระจาย (Miliary Tuberculosis) อาการที่พบได้ คือ มีไข้ ชีตอ่อนเพลีย ไอ หายใจลำบากน้ำหนักลด เบื่ออาหาร ปวดหัว ตับม้าม และต่อม้ำเหลืองโตทั่วตัว

1.6 วัณโรคของกล่องเสียง (Laryngeal Tuberculosis) พบผู้ป่วยอาการที่พบได้ คือ เสียงแหบแห้งและปวดบริเวณกล่องเสียง

1.7 วัณโรคของอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะหรือไต (Genitourinary Tuberculosis) อาการที่พบได้ คือ ปวดหลัง ปวดท้อง ปัสสาวะมีหนองหรือมีเลือดปน ส่วนในผู้หญิงมักมีอาการตกขาว มีเลือดออก คลำพบก้อนในอุ้งเชิงกราน หรือปวดท้องเรื้อรัง ผู้ชายอาจมีอาการปวดเล็กน้อยที่อัณฑะ

1.8 วัณโรคของเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial Tuberculosis) พบน้อยประมาณ 3-4 รายต่อ 1,000 รายของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด อาการที่พบได้ คือ หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; LeMone & Burke, 1996; George, Light, Matthay, & Matthay, 2000; Kalafer, 1980)

2. วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis) วัณโรคปอดเป็นวัณโรคที่สามารถติดต่อได้ทางระบบทางเดินหายใจ สามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว ในหมู่ประชากรที่อยู่กันอย่างแออัด อากาศไม่ถ่ายเท และผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ วัณโรคปอดสามารถติดต่อได้โดยการหายใจเอาละอองฝอยที่มีน้ำระเหยแล้ว (Droplet Nuclei) ซึ่งมาจากการไอ จาม หรือพูดเสียงดัง ๆ ของผู้ป่วยวัณโรค โดยการไอครั้งหนึ่ง ๆ ก่อให้เกิดละอองเสมหะในบรรยากาศถึง 3,000 ละอองฝอย ซึ่งเท่ากับการพูดนานถึง 5 นาที จึงจะเกิดละอองเสมหะในปริมาณใกล้เคียงกัน ถ้าเป็นการจามจะเกิดละอองมากกว่าหลายเท่า เมื่อผู้ป่วยไอหรือจามออกมาละอองขนาดใหญ่จะตกลงพื้น เมื่อแห้งแล้วอาจเกิดละอองขนาดเล็ก และสามารถฟุ้งกระจายได้อีกครั้งหากมีลมหรือการกวาดพื้นที่ฟุ้งมาก ละอองที่สามารถเข้าสู่ถุงลมปอดคือละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 4 ไมโครเมตร การติดต่อนักเกิดในห้องที่ไม่ค่อยมีแสงแดดซึ่งเชื้อวัณโรคจะมีชีวิตอยู่ได้นาน 8-10 วัน ถ้าถูกแสงแดดจะมีชีวิตอยู่ได้ 2 ชั่วโมง การแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคทางการหายใจเป็นทางติดต่อที่สำคัญที่สุด ส่วนทางอื่น ๆ เช่น ทางผิวหนัง การสัมผัสสิ่งของ หรืออาหารนั้นเกิดขึ้นได้เช่นกัน แต่มีโอกาสน้อยเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541; วิทยา ศรีมาดา, 2543)

การทำลายเชื้อวัณโรคสามารถทำได้มี 2 วิธีใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ การใช้ความร้อน และ การใช้สารเคมี (ปรีชา วิจิตพันธุ์ และคณะ, 2537; สาโรจน์ ตาลผาด, 2539)

1. การใช้ความร้อนในการทำลายเชื้อวัณโรคมีวิธีที่แตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ในการทำลายเชื้อจากแหล่งที่ต่างกัน ได้แก่ การเผา การต้ม และการใช้แสงแดด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การเผา เป็นการทำลายเชื้อที่ดีที่สุดในการเผากระดาษชำระที่ปนเปื้อนเสมหะผู้ป่วย

1.2 การต้ม ใช้ในการทำลายเชื้อที่ติดอยู่ในเสื้อผ้า ผ้าเช็ดหน้าผก ภาชนะที่ผู้ป่วยใช้ โดยการต้มนาน 20 นาทีที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส หรือนาน 5 นาที ที่อุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส

1.3 แสงแดด ใช้ในการทำลายเชื้อที่อยู่ตามพื้นนอน มุ้ง หมอน เสื้อ หอนอน และห้องน้ำ แสงแดดสามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ภายใน 5 นาที เป็นวิธีที่สะดวกที่สุด เนื่องจากเชื้อวัณโรคมีชีวิตรอดได้นานเป็นปีในที่มืด ดังนั้นจึงควรจัดบ้านเรือนให้มีอากาศถ่ายเท และแสงแดดส่องถึง

2. ใช้สารเคมี ซึ่งสารเคมีที่นิยมใช้ ได้แก่ น้ำยาไลโซลเข้มข้น ร้อยละ 3-5 หรือใช้ แอลกอฮอล์เข้มข้นร้อยละ 70 ใส่กระโถนที่ใช้วันละ 1 ครั้ง เช็ดทุกวัน 4 ชั่วโมง

ความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคปอดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการด้วยกัน ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความถี่ในการไอของผู้ป่วย จำนวนเชื้อที่อยู่ในละอองเสมหะ และ ภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล โดยพบว่า ระยะเวลาที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้แพร่เชื้อ หรือผู้ที่อาศัยอยู่บ้าน เดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคที่แพร่เชื้อ มีโอกาสรับเชื้อสูงกว่าผู้ที่ไปมาหาสู่ประจำ หรือผู้ที่ทำงานใน สำนักงานเดียวกันกับผู้ป่วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2528) นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการ ไอถี่มากเท่าใดโอกาสที่จะแพร่เชื้อก็เพิ่มขึ้นเท่านั้น การแพร่เชื้อมักเกิดขึ้นในช่วงก่อนที่ผู้ป่วย จะได้รับยารักษาวัณโรค ซึ่งการแพร่เชื้อของผู้ป่วยวัณโรคจะลดลงภายหลังการรักษาไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ พร้อมกับอาการไอและจำนวนเชื้อในเสมหะของผู้ป่วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; บัญญัติ ปริชญานนท์, 2539) มีการศึกษาพบว่าจำนวนเชื้อที่อยู่ในละอองฝอยที่มาจากแผลวัณโรค ปอดแต่ละประเภทมีปริมาณของเชื้อวัณโรคต่างกัน เช่น แผลวัณโรคปอดชนิดเป็นแผลโพรง (Cavitary) มักจะมีปริมาณเชื้อสูงถึง 10^9 ตัว/มิลลิลิตร แต่แผลวัณโรคชนิดที่ไม่มีแผลโพรง (Infiltration) และไม่มีทางติดต่อกับหลอดเลือดในปอดจะมีเชื้อ 10^2-10^3 ตัว/มิลลิลิตร ซึ่งแน่นอนว่า เมื่อจำนวนเชื้อวัณโรคในแผลสูงมากเท่าใด โอกาสการแพร่กระจายเชื้อก็มีสูงมากขึ้นเท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2528) และยังพบว่าภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล หรือการเจ็บป่วยด้วยโรค บางอย่างจะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ เช่น เอชไอวี เบาหวาน พิสสูราเรื้อรัง ซิลิโคซิส หัก ไขหวัดใหญ่ เป็นต้น โดยเฉพาะ โรคเอชไอวีจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น เนื่องจากเป็นโรค ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ร่างกายไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรค และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม จึงมักพบการติดเชื้อวัณโรคได้มากกว่าโรคอื่น ๆ (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541; วิทยา ศรีมาดา, 2543; Kalafer, 1980)

พยาธิสภาพของวัณโรคปอดสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดด้วยกัน ได้แก่ วัณโรคปฐม ภูมิ (Primary TB) ซึ่งเป็นการติดเชื้อวัณโรคที่เกิดขึ้นในผู้ที่ไม่เคยได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายมา ก่อนเลยหรือได้รับการติดเชื้อแต่ได้หายโดยเด็ดขาดแล้ว และวัณโรคหลังปฐมภูมิ (Postprimary TB) ซึ่งเป็นวัณโรคที่เกิดขึ้นภายหลังที่วัณโรคปฐมภูมิเกิดขึ้นสมบูรณ์แล้ว

1. วัณโรคปฐมภูมิ (Primary TB) เกิดจากการที่เชื้อเข้าสู่ทางเดินหายใจ เมื่อเชื้อเข้าสู่ ปอดจะทำให้เกิดพยาธิสภาพแห่งแรกบริเวณส่วนกลางของปอดกลีบขวา ได้แก่ ส่วนล่างของปอด กลีบบน หรือส่วนบนของปอดกลีบล่าง หรือปอดกลีบกลาง เนื่องจากมีอากาศไหลถ่ายเทมากกว่า บริเวณอื่น ๆ ซึ่ง Alveolar Macrophages ที่อยู่ในถุงลมปอดจะเข้ามาจับกินเชื้อ หากเชื้อวัณโรคมีไม่ มากร่างกายก็สามารถกำจัดเชื้อเหล่านี้ได้ แต่ถ้ามีเชื้อมาก Lymphocytes และ Monocytes จะเข้ามา

ช่วยขจัดเชื้อด้วย ซึ่งทำให้มีปฏิกิริยาการอักเสบเกิดขึ้น บริเวณรอยโรคจึงเกิดเป็นลักษณะ Tubercle หรือ Granulomatous Lesion หรือ Ghon Focus บริเวณนี้จะเต็มไปด้วยเซลล์พวก Mononuclear Cells, Lymphocytes และ Macrophages นอกจากนี้จะพบ Langhan's Multinucleated Giant Cells อยู่ตรงกลางของ Tubercle นั้น ต่อมาเซลล์ที่ตายสะสมจะกลายเป็นไขเหลว ๆ และมีเชื้ออยู่เป็นจำนวนมาก เรียกว่า Caseous Necrosis หรือ Ghon Complex ซึ่งเมื่อบริเวณนี้สุกหรือแตกออกเชื้อที่อยู่ภายในก็จะกระจายออกมาตามหลอดเลือด ปนออกมาในเสมหะของผู้ป่วยได้ และทำให้ทูเบอร์เคิลมีลักษณะเป็นโพรงอากาศที่มีเชื้ออยู่เป็นจำนวนมาก นานไปจะมีแคลเซียมมาจับที่รอยโรค และต่อน้ำเหลืองที่เชื้อแพร่กระจายไป เชื้อที่สามารถทนอยู่ภายในเซลล์ของ Macrophages ได้จะรอดพ้นจากการถูกจับกิน ในสภาพเช่นนี้โรคจะสงบอยู่ระยะหนึ่งหรือตลอดไป แต่บางรายโรคไม่สงบลงทันทีและมีการดำเนินต่อไป ซึ่งเชื้อจะสามารถเพิ่มปริมาณขึ้นได้ภายในนั้น ทำให้เกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนโดยจะแพร่กระจายไปยังต่อน้ำเหลืองใกล้เคียง ทำให้ต่อน้ำเหลืองมีขนาดโตขึ้น เชื้ออาจแพร่กระจายโดยตรงจากปอดไปยังเยื่อหุ้มปอดทำให้เกิด Plural Effusion ได้ นอกจากนี้ยังแพร่กระจายทางกระแสโลหิตไปยังอวัยวะต่าง ๆ นอกปอด เช่น ไต กระดูก เยื่อหุ้มสมอง ตับ ม้าม เป็นต้น (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541; Copstead & Banasik, 2000; Porth et al., 1998)

2. วัณโรคหลังปฐมภูมิ (Postprimary TB) เป็นวัณโรคที่พบในผู้ที่เคยติดเชื้อมาแล้ว ซึ่งการเกิดโรคอาจเกิดจากเชื้อเดิมในร่างกาย เรียกว่า Endogenous Reactivation ซึ่งการเกิดโรคจากการเจริญแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคที่สงบอยู่ในรอยโรควัณโรคปฐมภูมิที่มีอยู่เดิมในร่างกาย ทำให้รอยโรคที่สงบอยู่ถูกตามขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยบางอย่างมาทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง หรือการติดเชื้อจากภายนอก ทำให้เกิดเป็นโรคจากเชื้อที่เข้ามาใหม่ เรียกการติดเชื้อแบบนี้ว่า Exogenous Reactivation (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541; Porth et al., 1998)

โดยทั่วไป อาการของวัณโรคจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ในระยะเริ่มแรกอาจมีหรืออาจไม่มีอาการ หรืออาการไม่ชัดเจน จนกระทั่งอยู่ในระยะที่เป็นมากผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์ ซึ่งอาการและอาการแสดงของวัณโรคปอดที่พบบ่อยได้แก่ ไอเรื้อรังเกิน 3 สัปดาห์ มักจะมีเสมหะร่วมด้วย ซึ่งเสมหะส่วนใหญ่จะมีสีเหลือง ขาวขุ่น เหนียว บางครั้งมีเลือดปน หรือไอเป็นเลือดสด ไข้ตอนบ่าย ๆ หรือค่ำเหงื่อออก ผอมแห้งแบบป่วยเรื้อรัง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย หายใจขัด และเจ็บหน้าอกหรือเจ็บบริเวณหลังหรืออาจไม่มีก็ได้ (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541; กระทรวงสาธารณสุข, 2544; วิทยา ศรีมาดา, 2543; George et al., 2000)

ในปัจจุบันการวินิจฉัยโรควัณโรค สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค การตรวจชิ้นเนื้อ และ

การตรวจสอบทูเบอร์คิวลิน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล, ประดิษฐ์ เจริญลาภ และสมเกียรติ วงษ์ทิม, 2544)

1. จากการซักประวัติ และตรวจร่างกาย ซึ่งอาจพบผู้ป่วยได้ใน 2 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ กลุ่มที่เป็นวัณโรคในแบบที่ไม่มีอาการ โดยอาจพบในผู้ป่วยที่ไม่เคยทราบมาก่อนว่าตนติดเชื้อวัณโรค แต่ตรวจพบโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก จากการตรวจร่างกายประจำปี หรือเข้าเรียนต่อ หรือเข้าทำงาน และกลุ่มที่มีอาการนำมาได้แก่ อาการ ไอเรื้อรังเกิน 3 สัปดาห์ ไข้ ไอมีเลือดปน เหนื่อย อ่อนเพลีย เหงื่อออกตอนกลางคืน น้ำหนักลด อาการเหล่านี้ทำให้นึกถึงวัณโรค แต่การซักประวัติ และการตรวจร่างกายยังไม่มี ความจำเพาะพอที่จะบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อวัณโรค

2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก มีความไวสูง แต่มีความจำเพาะต่ำเนื่องจากมีโรคอื่น ๆ ที่มีลักษณะภาพถ่ายรังสีทรวงอกคล้ายวัณโรค เช่น ปอดบวม โรคมะเร็ง จึงต้องใช้ข้อมูลอื่นมาประกอบด้วยก่อนให้การวินิจฉัย

3. การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค

3.1 การข้อมสัณฑกรดง่าย ทำได้เร็ว มีความจำเพาะสูง แต่มีความไวต่ำ การที่จะให้ผลบวกได้ เสมหะที่ตรวจต้องมีเชื้ออย่างน้อย 10^4 ตัว/ มิลลิลิตรขึ้นไป และควรเก็บตัวอย่างเสมหะตอนเช้ามาตรวจอย่างน้อย 3 วันติดต่อกัน (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541)

3.2 การเพาะเชื้อวัณโรคจากเสมหะ หรือสารคัดหลั่งจากอวัยวะส่วนอื่น ซึ่งจะต้องใช้เวลาาน อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์ (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, 2541) รวมทั้งสิ้นเปลือง แต่เป็นประโยชน์ในการศึกษา การดื้อยา หรือในรายที่มีปัญหาในการวินิจฉัย

4. การตรวจทางพยาธิของชิ้นเนื้อ เช่น ต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มปอด และไขกระดูก

5. การทดสอบทูเบอร์คิวลิน (Tuberculin Skin Test) เป็นการทดสอบเพื่อค้นหาว่าร่างกายเคยได้รับเชื้อวัณโรคหรือไม่ โดยฉีดน้ำยา Tuberculin เข้าใต้ผิวหนังแล้วดูปฏิกิริยาของผิวหนังหลังจากฉีดยา 12-24 ชั่วโมง หรืออาจใช้เวลาถึง 48 ชั่วโมง หากมีอาการผิวหนังนูนแดงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 10 มิลลิเมตรขึ้นไป จัดว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค (Long et al., 1993) แต่การทดสอบอาจให้ผลลบได้ในรายที่ภาวะทุพโภชนาการหรือโรคอื่น ๆ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยกำลังเป็นวัณโรคอยู่ก็ตาม และการทดสอบที่ให้ผลบวกอย่างมากก็เพียงแสดงว่าผู้ป่วยรายนี้เคยได้รับเชื้อวัณโรคมามาก่อนแล้วไม่ได้บ่งบอกว่าเป็นวัณโรคชนิดเฉียบพลัน (ปรีชา วิจิตพันธุ์, เปรม บุรี และวัลลภ ศัตยาชัย, 2537)

ในปัจจุบันนี้การรักษาวัณโรคโดยใช้ยา เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงมาก ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้เกือบร้อยละ 100 หากผู้ป่วยรับประทานยาครบกำหนด โดยเฉพาะในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งวัตถุประสงค์คือ ป้องกันการตายหรือความพิการ

จากวัณโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่น และยังเป็นการป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา (กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

ยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรค มี 5 ชนิด ได้แก่ Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutol และ Streptomycin ซึ่งมีฤทธิ์และฤทธิ์ข้างเคียงของยาดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงขนาดที่ใช้ ฤทธิ์และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ยา	ขนาดยาที่ใช้	ฤทธิ์ของยา	ฤทธิ์ข้างเคียง
Isoniazid	300 มก/ วัน	ฆ่าเชื้อวัณโรค	ฤทธิ์ข้างเคียงที่ทำอันตรายต่อร่างกายรุนแรง - ตับอักเสบพบได้ร้อยละ 0.5 ของผู้ป่วย - ความผิดปกติของเม็ดเลือด ซึ่งจะหายไปเมื่อหยุดยา - อาจมีอาการปากแห้ง ปัสสาวะคั่ง จากการขาด Pyridoxine ฤทธิ์ข้างเคียงที่ทำให้ร่างกายมีอาการผิดปกติไม่รุนแรง - อาการทางระบบประสาท เช่น ชา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ผื่นแดงตามตัว - อาจทำให้ชักในผู้ป่วยบางราย
Rifampicin	ผู้ป่วยที่น้ำหนักมากกว่า 50 กก. ให้ 600 มก/ วัน ถ้าน้ำหนักน้อยกว่า 50 กก. 450 มก/ วัน	ฆ่าเชื้อวัณโรค	ฤทธิ์ข้างเคียงที่ทำอันตรายต่อร่างกายรุนแรง - ตับอักเสบ หากพบว่ามีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง การทำงานของตับปกติต้องหยุดยาทันที - อาจกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของไต รวมถึงไตวาย - นอกจากนี้ยังอาจพบอาการ หายใจหอบ ซึ่งบางครั้งมีอาการช็อค มีเลือดออกตามผิวหนัง ซึ่งต้องหยุดการให้ยาทันทีและรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ฤทธิ์ข้างเคียงที่ทำให้ร่างกายมีอาการผิดปกติไม่รุนแรง - อาจมีผื่น คัน โดยเฉพาะที่บริเวณหน้าและหนังศีรษะ และปวดกระดูก - อาจมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ เช่น ไข้ สั่น ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ และปวดกระดูก - มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย - อาจพบอาการทางระบบประสาท - ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำลาย เสมหะ น้ำตาและเหงื่อมีสีแดงหรือสีส้มได้

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ยา	ขนาดยาที่ใช้	ฤทธิ์ของยา	ฤทธิ์ข้างเคียง
Pyrazinamide	ผู้ป่วยที่น้ำหนักมากกว่า 50 กก. ให้ 2000 มก./ วัน ถ้าน้ำหนักน้อยกว่า 50 กก. ให้ 1500 มก./ วัน	ฆ่าเชื้อวัณโรค	ฤทธิ์ข้างเคียงที่ทำอันตรายต่อร่างกายรุนแรง - ตับอักเสบ - ฤทธิ์ข้างเคียงที่ทำให้ร่างกายมีอาการผิดปกติไม่รุนแรง - ระดับของกรดยูริกสูงขึ้น มีอาการปวดข้อ อาจพบอาการไข้ ผื่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะขัด
Streptomycin	ขนาดยาที่ใช้ 15 มก./ กก./ วัน (ผู้ป่วยอายุ > 60 ปี ถึงแม้ว่าจะมีน้ำหนัก > 50 กก. ไม่ควรให้ยาเกิน 0.75 กรัม/ วัน)	ฆ่าเชื้อวัณโรค	- ประสิทธิภาพที่ 8 ถูกทำลาย ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ในขนาดสูง ทำให้มีอาการเสียงดังในหู วิงเวียน และเดินเซ - ไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน ผื่นแดง รอบริมฝีปากชา หลังฉีดยา - อาจมีอาการคลื่นไส้ หรือเป็นลมทันที ในผู้ป่วยยา กลุ่ม Aminoglycosides - มีพิษต่อไต
Streptomycin	ขนาดยาที่ใช้ 15 มก./ กก./ วัน (ผู้ป่วยอายุ > 60 ปี ถึงแม้ว่าจะมีน้ำหนัก > 50 กก. ไม่ควรให้ยาเกิน 0.75 กรัม/ วัน)	ฆ่าเชื้อวัณโรค	- ประสิทธิภาพที่ 8 ถูกทำลาย ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ในขนาดสูง ทำให้มีอาการเสียงดังในหู วิงเวียน และเดินเซ - ไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน ผื่นแดง รอบริมฝีปากชา หลังฉีดยา - อาจมีอาการคลื่นไส้ หรือเป็นลมทันที ในผู้ป่วยยา กลุ่ม Aminoglycosides - มีพิษต่อไต
Ethambutol	ขนาดยาที่ใช้ 15 มก./ กก./ วัน	ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรค	- ทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นได้ เช่น ลด Visual Acuity ตามัว มีอาการตาบอดสี อาการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับขนาดของยา และพบได้ไม่บ่อยถ้าใช้ยาขนาดไม่เกิน 25 มก./ วัน - อาจพบอาการ ผื่นแดง ตัวเหลือง และชาตามปลายประสาท - อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เห็นภาพหลอน

หลักสำคัญในการรักษา ที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาประกอบด้วยหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) ให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องทั้งชนิด และจำนวน โดยในการรักษาด้วยยามี 2 ระยะ คือในระยะแรกจะมียาน้อย 3 ชนิด ซึ่งจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นระยะแพร่เชื้อ และในระยะต่อเนื่องจะให้นยาน้อย 2 ชนิด ซึ่งมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อวัณโรคที่หลงเหลืออยู่ให้หมดไป 2) ให้นยาถูกต้องตามขนาด ซึ่งถ้าให้ยาในขนาดที่ต่ำเกินไป เชื้อวัณโรคจะไม่ตายและจะก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยา ในขณะที่หากให้ยาในขนาดที่สูงเกินไป ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจาก ฤทธิ์ข้างเคียงของยา 3) ให้ยาในระยะยาวเพียงพอ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันมีระยะการให้ยาแตกต่างกันไปตั้งแต่ 4, 6 และ 8 เดือน ขึ้นอยู่กับประเภทของผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการรักษานครบกำหนด เพื่อให้เชื้อวัณโรคถูกฆ่าจนหมด เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีเชื้อในเสมหะและไม่กลับมาเป็นวัณโรคอีก และ 4) มีความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง เชื้อวัณโรคจะไม่ตายและผู้ป่วยจะไม่หายขาดจากวัณโรค

การรักษาแบ่งตามประเภทของผู้ป่วยได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ตรวจพบเชื้อในเสมหะรายใหม่ หรือผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมาก เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคแพร่กระจาย วัณโรคเยื่อหุ้มหัวใจ วัณโรคช่องท้อง วัณโรคไขสันหลัง วัณโรคของเยื่อหุ้มปอดทั้ง 2 ข้าง หรือข้างใดข้างหนึ่งแต่เป็นมาก วัณโรคปอดที่ตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะแต่มีแผลโพรงหรือแผลที่กินเนื้อปอดมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้เวลาในการรักษา 6 เดือน แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1.1 ระยะแรกหรือระยะเข้มข้น ให้นยา 4 ชนิด คือ Isoniazid Rifampicin Pyrazinamide และ Ethambutal หรือ Streptomycin เป็นเวลา 2 เดือน

1.2 ระยะต่อเนื่อง ให้นยา 2 ชนิด คือ Isoniazid และ Rifampicin เป็นเวลา 4 เดือน

2. ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ (Relapse) ล้มเหลว (Failure) ขาดยาแล้วกลับมารักษา (Default) ที่ตรวจพบเชื้อในเสมหะ ใช้เวลาในการรักษา 8 เดือน แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

2.1 ระยะแรก ใช้เวลา 3 เดือน แบ่งเป็น 2 ระยะ

2.1.1 ใน 2 เดือนแรก ฉีด Streptomycin และ รับประทานยา 4 ชนิด คือ Isoniazid Rifampicin Pyrazinamide และ Ethambutal

2.1.2 เดือนที่ 3 รับประทานยา 4 ชนิด เป็นเวลา 1 เดือน คือ Isoniazid Rifampicin Pyrazinamide และ Ethambutal

2.2 ระยะต่อเนื่อง ใช้เวลา 5 เดือน รับประทานยา 3 ชนิด คือ Isoniazid Rifampicin และ Ethambutal และจะไม่ใช้การรักษาระบบนี้กับผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ

3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ไม่พบเชื้อในเสมหะ หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด รายใหม่ที่มีอาการไม่มาก เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง ใช้เวลา 6 เดือน แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

3.1 ระยะแรก ใช้เวลา 2 เดือน รับประทานยา 3 ชนิด คือ Isoniazid Rifampicin และ Pyrazinamide

3.2 ระยะต่อเนื่อง ใช้เวลา 4 เดือน รับประทานยา 2 ชนิด คือ Isoniazid และ Rifampicin

4. ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการรักษาล้มเหลว ให้ใช้ยา Isoniazid ชนิดเคียว (กระทรวง สาธารณสุข, 2541)

การประเมินผลการรักษาวัณโรคมี 3 วิธีคือ ผลการตรวจเสมหะ การถ่ายภาพรังสี และ อาการทางคลินิก (บัญญัติ ปริชญานนท์, 2542)

1. ผลการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ในการประเมินผลควร จะตรวจเสมหะอย่างน้อยทุก 1-2 เดือน ถ้าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเต็มทีนานเป็นเวลา 5-6 เดือนแล้ว เสมหะยังคงพบเชื้อวัณโรคแสดงว่าการรักษาไม่ได้ผล

2. การถ่ายภาพรังสีซ้ำทุก 1-3 เดือนในรายที่การวินิจฉัยโรคไม่แน่นอน และตรวจเสมหะ ไม่พบเชื้อ ส่วนในผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะพบเชื้ออาจถ่ายภาพรังสีทรวงอกซ้ำได้ทุก 3-6 เดือน

3. อาการทางคลินิก ได้แก่ ไข้ ไอ อ่อนเพลีย หายใจหอบ น้ำหนักตัวลด การรักษาที่ ได้ผล ผู้ป่วยจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อาการไข้ ไอ อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ มีอาการดีขึ้นจน หายเป็นปกติ

วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย เมื่อเชื้อวัณโรคเข้าสู่ทางเดินหายใจ เชื้อโรคจะไปก่อพยาธิสภาพที่ ส่วนกลางของปอดกลีบขวา เนื่องจากมีอากาศไหลถ่ายเทมากกว่าบริเวณอื่น ๆ ซึ่ง Macrophages ที่ อยู่ในถุงลมปอดจะเข้ามาจับกินเชื้อ หากเชื้อวัณโรคมีไม่มากร่างกายก็สามารถกำจัดเชื้อเหล่านี้ได้ ถ้ามีเชื้อมาก Lymphocytes และ Monocytes จะเข้ามาช่วยขจัดเชื้อด้วย ช่วงนี้จะทำให้มีปฏิกิริยา การอักเสบเกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงแค่ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ไอแห้ง ๆ ไข้ต่ำ ๆ ในช่วงบ่าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ อาจทำให้ผู้ป่วยขาดงาน ทำให้เป็น ภาระของสมาชิกในครอบครัวในการหารายได้ให้เพียงพอในกรณีที่ผู้ป่วยทำหน้าที่นี้มาก่อน โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัว (สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ, 2540) ซึ่งครอบครัวที่มีผู้ป่วย วัณโรค 1 ราย ทำให้ขาดรายได้ไป 40 – 60 วัน และสมาชิกในครอบครัวอื่น ๆ อย่างน้อย 1 – 2 คน ต้องเสียเวลาในการดูแลผู้ป่วยด้วย ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ทางอ้อม คิดเป็นเงินประมาณ

16,800 บาท เมื่อคิดเป็นภาพรวมทั้งหมดจะสูญเสียรายได้คิดเป็นปีละหลายพันล้านบาท (Palittipolgrangpim, 2000) ต่อมาเมื่อพยาธิสภาพของ โรครุนแรงขึ้นบริเวณรอยโรคแตกออกเชื้อที่อยู่ภายในก็จะกระจายออกมาตามหลอดเลือดป้อนออกมาในเสมหะของผู้ป่วย เนื้อปอดถูกทำลายไปมาก เนื้อปอดที่เหลืออยู่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้มีอาการหอบเหนื่อย เริ่มไอมีหนอง และ/หรือ เลือดปนออกมากับเสมหะ ซึ่งปริมาณเลือดที่ออกมีได้ตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงออกมากถึงครั้งละ 200 มิลลิลิตร หรือ 600 มิลลิลิตร จนเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 1 ราย ครอบครัวจะสูญเสียรายได้ติดต่อกันเป็นเวลา 10 – 15 ปี (Palittipolgrangpim, 2000) นอกจากนั้นถ้าผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัวและเสียชีวิต ภาระหน้าที่ของผู้ป่วยจะตกเป็นของสมาชิกครอบครัว และทำให้สมาชิกในครอบครัวขาดความอบอุ่น (สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ, 2540)

2. ด้านจิตใจ จากการที่วัณโรคเป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ อาการไอ อ่อนเพลียเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก สภาพร่างกายทรุดโทรม จึงอาจเป็นสาเหตุให้บุคคลในครอบครัวหวัดกลัวที่จะเข้าใกล้ นอกจากนั้นเพื่อนบ้านอาจมีพฤติกรรมไม่ยอมรับผู้ป่วย ห้ามบุตรหลานไปเล่นในบ้านผู้ป่วย (พวงรัตน์ กุมุทมาศ, สมจิต จรรย์นันทน์ และสมใจ จอกแก้ว, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ngugen et al. (2000) ที่ได้ศึกษาเรื่องทัศนคติต่อวัณโรคของชาวเวียดนามอพยพในสหรัฐอเมริกา พบว่า การแพร่กระจายของวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม และมีการรับรู้ว่าเป็นที่รังเกียจของสังคม ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคจึงเป็นเสมือนตราบาปจากสังคมที่ติดตัวผู้ป่วย และ Karyadi, West, Nelwan, Dolmans, Schultink and Van der Meer (2002) ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังของสังคมต่อผู้ป่วยวัณโรคในอินโดนีเซีย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคต้องออกจากงานและเผชิญหน้ากับความสัมพันธ์และทัศนคติในทางที่ไม่ดีจากเพื่อนบ้าน และมีการศึกษาพบว่า การที่บุคคลมีความเชื่อว่าวัณโรคสามารถติดต่อได้นั้น ทำให้ผู้ที่เป็วัณโรคเป็นตราบาปและถูกแยกออกจากสังคม (AhChing, Sapolu, Samifua, & Yamada, 2001; Gelaw, Genebo, Dejene, Lemma, & Eyob, 2001; Yamada, Caballero, Matsunaga, Agustin, & Magana, 1999) นอกจากนั้น Rajeswari et al. (2005) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยวัณโรค ทางกาย ใจ และความเป็นอยู่ทางสังคม ที่ภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 50 และมีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 9 และจากการศึกษาของ Nair, George and Chacko (1997) เกี่ยวกับมุมมองของประชาชนต่อวัณโรคในประเทศไทย พบว่า ผู้ชายจะวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาทางการเงิน เนื่องจากวัณโรคทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง ต้องขาดงานเป็นเวลานาน ส่วนผู้หญิงจะวิตกกังวลเกี่ยวกับการถูกสามีทอดทิ้ง

3. ด้านเศรษฐกิจและสังคม การรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในประเทศไทยโดยใช้ระบบยาระยะสั้นเป็นเวลา 6 เดือนมีค่าใช้จ่าย 7,889.78 บาทต่อคน (นฤมล สิงห์คง, 2539) และในปี พ.ศ.

2541 มีรายงานการใช้จ่ายงบประมาณสำหรับการป้องกันควบคุมวัณโรคเป็นจำนวนเงินถึง 333.6 ล้านบาท (Payanandana, Kladphuang, Somson, & Jittimane, 1999) และในปีเดียวกันกองวัณโรคได้ใช้จ่ายงบประมาณงานสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โดยจ่ายเป็นค่าเวชภัณฑ์เป็นเงิน 4,999,896 บาท (กองวัณโรค, 2542) และนอกจากนั้นยังพบว่าองค์การอนามัยโลกได้ใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาและควบคุมวัณโรคในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาสูงถึง 2,500 ล้านบาท ต่อปี (WHO, 2000)

จะเห็นได้ว่าวัณโรคส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย เศรษฐกิจและสังคมอย่างใหญ่หลวง ดังนั้นการรักษาวัณโรคจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลอย่างจริงจัง ซึ่งที่ผ่านมาปัญหาการรักษาวัณโรคคือ เชื้อดื้อยา ซึ่งเกิดจากการรับประทานยาอย่างไม่สม่ำเสมอ (จารุวรรณ ชันติสุวรรณ, 2540; จินตนา ทิพทัส, 2543; พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537; สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย, 2540; Division of Tuberculosis Elimination, 1994; Werf et al., 1990 อ้างถึงใน ชญานิษฐ์ ปัญญาทอง, 2544) การที่จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคหายขาดจากโรค ลดปัญหาการแพร่เชื้อและเชื้อดื้อยา คือ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

แนวคิดการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

Machtinger and Bangsberg (2005) ให้ความหมาย การรักษาอย่างสม่ำเสมอว่า หมายถึง การรับประทานยาหรือการปฏิบัติตามแผนการรักษา

Haynes (2000) ได้ให้ความหมายการรักษาอย่างสม่ำเสมอว่า (Adherence) หมายถึง การแสดงหรือคุณภาพของการยึดหรือติดกับบางสิ่ง โดยผสมผสานแผนการรักษาเข้ากับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

Taylor (2003) ให้ความหมายว่า การรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

จึงสรุปได้ว่าการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง การรับประทานยาที่ถูกต้องทั้งชนิด จำนวน ขนาด อย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวัน เกิดจากความร่วมมือและการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่

การรับประทานยาที่ถูกชนิด ถูกจำนวน และขนาดของยาทุกวันอย่างสม่ำเสมอ จนครบตามแผนการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคหายขาดได้เกือบร้อยละ 100 เนื่องจากยาบางชนิดมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ บางชนิดมีฤทธิ์หยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ ซึ่งยาเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งนั้นไม่สามารถจะรักษาวัณโรคได้ ดังนั้นผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างน้อย 3 ชนิดฆ่าเชื้อวัณโรค ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะการแพร่กระจายเชื้อและจะต้องใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิด ในระยะต่อเนื่องซึ่งจะมี

ฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อโรคที่หลงเหลืออยู่ การรับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาดทำให้การรักษาได้ผลดี (Rocha, Pereira, Ferreira, & Barros, 2003) แต่ถ้าขนาดของยาคำนวณเกินไป การรับประทานไม่สม่ำเสมอ เชื้อวัณโรคจะไม่ตายทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่หายขาด และจะก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยา ในขณะที่เดียวกันหากขนาดของยาสูงเกินไปผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจาก ฤทธิ์ข้างเคียงของยา (กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ประกอบด้วย ปัจจัย 5 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะทางสังคม 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม 3) ปัจจัยด้านบริบททางสังคม 4) ปัจจัยด้านการรักษา และ 5) ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพ (Taylor, 2003) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านลักษณะทางสังคม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ สถานะทางสังคม วัฒนธรรม และรายได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยดังนี้

1.1 เพศ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเรื่องเพศมีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค โดยพบว่า จารูวรรณ ชันติสุวรรณ (2538) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 300 ราย โดยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นเพศหญิงจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับ เกื้อกูล อนุมกิจ (2545) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอดแบบไม่ควบคุมพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ และคณะ (2548) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับยาครบในผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่จากการศึกษาในต่างประเทศ ของ Tulskey et al. (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาป้องกันวัณโรคอย่างสม่ำเสมอของผู้ใหญ่ที่ไม่มีที่อยู่จำนวน 119 รายในซานฟรานซิสโก ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า เพศชายมีการรักษาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$)

1.2 อายุ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอายุมีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค โดย สุภาภรณ์ วัฒนาธร (2543) พบว่าอายุมีผลต่อการขาดยาระหว่างการรักษาวัณโรค โดยเปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอกับกลุ่มผู้ป่วยขาดยา พบว่า กลุ่มที่ขาดยามีแนวโน้มอายุสูงกว่ากลุ่มที่รับประทานยาสม่ำเสมอซึ่งสอดคล้องกับ Balbay, Annakkaya, Arbak, Bilgin and Erbas (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรักษา

อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค จากผู้ป่วยจำนวน 101 คน ในตุรกี พบว่า ผู้สูงอายุมีการรักษาอย่างไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่อายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) และ จากการศึกษาของ Farah, Tverdal, Steen, Heldal, Brantsaeter and Bjune (2005) เกี่ยวกับผลของการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบเชื้อในเสมหะ จำนวน 655 คน ในประเทศนอร์เวย์ พบว่า อายุที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงประการหนึ่งของการรักษาอย่างไม่สม่ำเสมอ

1.3 อาชีพ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอาชีพมีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยวัณโรคหยุดการรับประทานยารักษาวัณโรคก่อนครบกำหนดการรักษา เนื่องจากความลำบาก และ ความไม่สะดวกในอาชีพการงาน เช่น อาชีพที่ต้องเดินทางบ่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยารักษาวัณโรคไม่สม่ำเสมอเป็นเดือน หรือขาดหายไปเลย ๆ (ประกิต วาทีสาชกิจ, ม.ป.ป. อ้างถึงใน สุชาติ คารามาต, 2527; Teklu, 1984) สุภาภรณ์ วัฒนาร (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการขาดยาระหว่างการรักษาวัณโรค ในผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะรายใหม่เขต 2 ปี 2543 โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอ กับกลุ่มผู้ป่วยขาดยา พบว่า กลุ่มที่ขาดยาส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่ได้ทำงาน นอกจากนั้นยังพบว่าการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของ Tulatong (2004) ในผู้ป่วยเอดส์จำนวน 406 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ทำงานบ้าน หรือไม่ได้ประกอบอาชีพรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1.4 ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้และเรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติตน (Pender, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ninan (1998) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 303 คน ในอินเดีย พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค

1.5 รายได้ จากการศึกษาพบว่ารายได้มีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค สาหรัย ค่านวนิช และคณะ (2533) ศึกษาปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลโรคทรวงอก จำนวน 300 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ขาดยามีปัญหาด้านเศรษฐกิจถึงร้อยละ 30 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ และคณะ (2548) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับยาครบในผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) Barnhoorn and Adriaanse (1992) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 102 คนในประเทศ

อินเดีย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ Mishra, Hansen and Sabroe (2004) ศึกษาสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจกับการรักษาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค จากผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะพบเชื้อ จำนวน 359 คน ในประเทศเนปาล พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการรักษาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรคคือ การมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และ Dodor and Afenyadu (2005) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค ในกานา พบว่ารายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$)

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการถูกคุกคามทางสุขภาพและ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วย วัตถุประสงค์ในการรักษา คำแนะนำที่ได้รับ ทักษะเกี่ยวกับการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การถูกรบกวนทางจิตใจ (Haynes, 2000) การรับรู้ที่เป็นตราบาป และความเฉื่อยฉาน เป็นต้น โดยพบว่า ทักษะและความรู้เกี่ยวกับโรคมีความเกี่ยวข้องกับ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจากการศึกษาของ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ และคณะ (2548) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับยาครบในผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย พบว่า ทักษะและความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สีชล วงศ์อยู่ (2548) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 111 ราย ที่มารับการรักษาในสถาบันโรคทรวงอก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาและการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p < 0.05$) และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สมัยพร อาชาล (2543) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 60 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพะเยา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ($r = .198, p = .603$) แต่ McDonnell, Turner and Weaver (2001) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 62 ราย ที่มลรัฐจอร์เจีย ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าความเชื่อในประโยชน์และผลการรักษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .83, p < 0.001$) และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการรักษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .44, p < 0.001$) และ Division of Tuberculosis Elimination (1994) พบว่าการรับรู้ที่เป็นตราบาปเป็นอุปสรรคในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

3. ปัจจัยด้านบริบททางสังคม มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ เช่นการให้ข้อมูล การให้การสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงาน หรือเงินทอง การให้การยอมรับและมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งในสังคม และการให้ความรัก เอาใจใส่จะสามารถบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากวัณโรคได้ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

4. ปัจจัยด้านการรักษา มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งได้แก่ อาการและอาการแสดง จำนวนชนิดยา จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวัน ระยะเวลาในการรักษา

4.1 อาการข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาวัณโรค เช่น เบื่ออาหาร หรือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย หรืออาจทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยานั้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) นอกจากนั้นความไม่เข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา ก็จะทำให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยา หรือเมื่ออาการดีขึ้นภายหลังจากการรับประทานยารักษาวัณโรคในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ก็จะเข้าใจว่าอาการของโรคหาย จึงหยุดรับประทานยา (สายัณห์ แก้วเกตุ, 2537; เสาวรส รัตนสาร และคณะ, 2530) จากการศึกษาของจารูวรรณ ขันติสุวรรณ (2528) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าร้อยละ 4.1 หยุดรับประทานยาเมื่อมีอาการแพ้ และร้อยละ 0.6 หยุดรับประทานยาเมื่ออาการไม่ดีขึ้น สอดคล้องกับ สัมฤทธิ์ ศรีธีราชสวัสดิ์ และ ประนอม หลิมสมบุญ (2536) ได้ทำการติดตามประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านต่อความสม่ำเสมอของการรักษา และอัตราการรักษาครบของผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 207 คน พบว่ามีผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาด้านวัณโรคต่อหลังจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

4.2 ระยะเวลาของการรักษา พบว่า ระยะเวลาของการรักษายิ่งนานเท่าไร ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหยุดการรักษาก่อนครบกำหนดมากขึ้น (Taylor & Littlewood, 1998) จากการศึกษาของสุคนธ์ โลศิริ (2539) ที่ทำการศึกษาผลการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบไม่ควบคุมของสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ในผู้ป่วยจำนวน 1,600 ราย พบว่า ใน 2 เดือนแรกของการรักษามีอัตราการขาดการรักษาเพียงร้อยละ 5.88 ในระยะ 4 เดือนต่อมา มีอัตราการขาดการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.51 ซึ่งสอดคล้องกับ ดวงจันทร์ รัตนมาลัย และคณะ (2540) พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยาคือ ระยะเวลารักษาที่ยาวนาน และ Driver, Matus, Bayuga, Winters and Munsiff (2005) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรคในนิวยอร์ก พบว่าระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

4.3 ความซับซ้อนในการรับประทานยา จากแผนการรักษาของแพทย์ที่มีความซับซ้อนในการรักษาโดยเฉพาะในการรับประทานยาด้านเชื้อวัณโรค ซึ่งหลักในการรักษาวัณโรค

จะต้องใช้ยาต้านเชื้อวัณโรคหลายชนิดพร้อมกัน แตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้ป่วยและระยะเวลาในการรักษา ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้ได้รับหลายชนิดทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดการสับสนหรือลืมวิธีในการรับประทานยาได้ Francis (1969) รายงานว่า ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา 3 อย่างหรือมากกว่า มีอัตราการรับประทานยาตามแผนการรักษาลดลง สอดคล้องกับ Somsong (2002) พบว่า จำนวนชนิดยามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย Ozuna (1981) พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาเพียงวันละครั้งจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยวันละหลาย ๆ ครั้ง สอดคล้องกับ Menzies et al. (2005) พบว่าจำนวนครั้งในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนครบตามแผนการรักษา

5. ปัจจัยด้านปฏิกิริยากับระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ความสะดวกสบาย ความสม่ำเสมอในการดูแล ความพึงพอใจ และการสนับสนุนจากสถานบริการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค ซึ่ง Barnhoorn and Adriaanse (1992) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความไม่ร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในผู้ป่วยจำนวน 52 คนที่ประเทศอินเดียน พบว่าความพึงพอใจในเจ้าหน้าที่สุขภาพมีผลทางบวกกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสามารถแบ่งได้ 2 วิธีดังนี้คือ การประเมินจากตัวผู้ป่วยเอง และการประเมินโดยผู้อื่น หรือบุคลากรทางสุขภาพ (Machtinger & Bangsberg, 2005)

1. การประเมินจากตัวผู้ป่วยเอง สามารถประเมินได้จาก การสอบถามสาเหตุของการขาดยา สอบถามความเข้าใจเรื่องยา สอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

1.1 สอบถามถึงสาเหตุของการขาดยา ด้วยการพูดคุย แสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าเจ้าหน้าที่เข้าใจถึงจิตใจผู้ป่วย โดยเกริ่นกับผู้ป่วยว่าการรับประทานยาทุกวันเป็นเรื่องยาก แล้วจึงค่อยสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจในการที่จะบอกสาเหตุเกี่ยวกับการขาดยาของเขา โดยบอกว่าเราต้องการที่จะช่วยทำให้การรับประทานยาทุกวันเป็นเรื่องง่ายสำหรับเขาที่จะทำได้ สำหรับในบางรายที่ไม่สามารถอธิบายได้ ให้ผู้ถามเตรียมคำตอบไว้ให้เลือก เช่น ลืม ไม่อยู่บ้าน งานยุ่ง มีการเปลี่ยนตารางเวลา แพีย รู้สึกไม่สบายหรือมีภาวะซึมเศร้า และยาหมด

1.2 ทบทวนความเข้าใจในแผนการรักษาโดยการใช้ รูปภาพ เช่น ภาพที่แสดงภาพสีของยา และสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับยาแต่ละชนิด ตั้งแต่จำนวน ชนิด และเวลาที่รับประทาน

1.3 สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา โดยเริ่มจากเมื่อวานนี้ โดยถามถึงจำนวนยาที่ขาด หรือ จำนวนยาที่รับประทานเข้าไป หลังจากนั้นถามถึง 2 วันที่ผ่านมา ต่อไปถามถึงจำนวนครั้งที่ขาดหรือรับประทานเข้าไปเมื่อ 7 วันที่ผ่านมา และ 30 วันที่ผ่านมา ถ้าไม่มีการขาดยาเลย ให้ถามว่านานเท่าไรแล้วตั้งแต่การขาดยาครั้งก่อนหรืออาจใช้ Visual Analogue Scale ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เป็นรูปเส้นตรง โดยด้านซ้ายสุดหมายถึงการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเลย และด้านขวาสุดแสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน โดยให้ผู้ป่วยกากบาทลงบนเส้นตรงที่คิดว่าตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาของตนมากที่สุด ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถประเมินได้ง่าย

1.4 ถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาและปัญหาอื่น ๆ เช่น มีผื่นคันรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ตาเหลือง หูอื้อ หรือปัญหาอื่น ๆ ทั้งทางกายภาพและอารมณ์

1.5 ถามซ้ำเกี่ยวกับปัญหาและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการขาดยามากกว่า 5-10 % สามารถทำให้การรักษาขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาจึงต้องขาดยาให้น้อยกว่านั้น ผู้ถามต้องจัดการกับปัญหาทุกปัญหาที่ผู้ป่วยบอกอย่างจริงจัง เช่น อาการข้างเคียงของยา ปัญหาทางกาย หรืออารมณ์ แนะนำเครื่องมือจัดการกับปัญหาและอุปสรรค เช่น นาฬิกาปลุก เครื่องจัดลำดับการรับประทานยา การบรรจุยาแบบพิเศษสำหรับการรับประทานในที่ทำงานหรือในรถ หรือขวดที่ไม่ระบุชนิดยาเพื่อความเป็นส่วนตัว สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความคิดใหม่ ๆ ในการที่จะทำให้การรับประทานยาเป็นไปได้ง่ายขึ้น

สำหรับเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลจากตัวผู้ป่วยที่นิยมใช้ มี 2 แบบด้วยกันได้แก่

1) Patient Medication Adherence Questionnaire (PMAQ) และ 2) Medication Adherence Self-Report Inventory (MARSI) โดย PMAQ สร้างโดย Chesney, Morin and Sherr (2000) เป็นแบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ โดยประเมินปัจจัยส่วนบุคคล อาชีพ ประวัติครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ ภาวะทางจิต และ สาเหตุของการขาดยา และ MARSI สร้างโดย Walsh, Mandalia and Sundhiya (2002) เป็นแบบรายงานด้วยตนเองใช้ในการประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ประเมิน 2 ด้าน คือ จำนวนยาที่รับประทาน และ เวลาที่รับประทาน โดยการให้ผู้ป่วยระลึกถึงจำนวนครั้งของการขาดยาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรก ประเมินจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทานมีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ส่วนที่ 2 และ 3 ประเมินเวลาที่ผู้ป่วยรับประทานยา มีจำนวนข้อคำถาม 7 ข้อโดยการตอบสามารถทำได้ 2 แบบ คือ แบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก และ Visual Analogue Scale ซึ่ง Maneesriwongul and Williams (2004) ได้นำมาวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสใน 1 เดือนที่ผ่านมา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 212 คนในประเทศไทย

2. การประเมินโดยผู้อื่น หรือบุคลากรทางสุขภาพ วิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบันได้แก่

2.1 Medication Event Monitoring System (MEMS) เป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ที่มีประโยชน์ในการประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ลักษณะของเครื่องมือเป็นขวดที่มีฝาปิดเป็นคอมพิวเตอร์ที่บันทึกวันที่และเวลาในการเปิดขวดแต่ละครั้งไว้ ข้อด้อยของวิธีการนี้ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากพฤติกรรมยาได้ไม่ตรงเนื่องจากถ้าผู้ป่วยเปิดฝาขวดมากกว่า 1 ครั้ง ทั้งฝา ทำฝาหาย หรือเก็บยามากกว่า 1 ชนิดในขวดเดียวกัน และนอกจากนั้นวิธีนี้ยังแพงและยุ่งยากในการใช้

2.2 การติดตามจากการเติมยาโดยเภสัชกร ซึ่งเภสัชกรสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้ ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับยา การไม่มารับยาหรือปัญหาเกี่ยวกับการกินยา การติดตามจากการเติมยาจะมีประโยชน์มากที่สุดถ้าใช้เภสัชกรคนเดิมในการดูแลผู้ป่วย ข้อด้อยของวิธีนี้ได้แก่ การบันทึกของเภสัชกรอาจไม่สามารถยืนยันความต่อเนื่องอย่างแม่นยำได้ เนื่องจาก ผู้ป่วย 1 รายมักมีเภสัชกรดูแลมากกว่า 1 คน จำนวนยาที่เติมไม่เพียงพอที่จะบอกได้ถึง การรับประทานยาที่เกิดขึ้นจริงได้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจรับยาจากแหล่งอื่น แบ่งยาให้ผู้อื่น ทิ้ง หรือไม่กินยา ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยมักจะมีเภสัชกรผลัดเปลี่ยนกันดูแลมากกว่า 1 คนเช่นเดียวกัน

2.3 การนับเม็ดยาโดยไม่แจ้งล่วงหน้า เนื่องจากพบว่าเมื่อแจ้งล่วงหน้าผู้ป่วยจะทิ้งยา ซึ่งทำให้การประเมินผลการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากเกินความจริง สอดคล้องกับ Brannon and Feist (1997) กล่าวว่า การนับเม็ดยานี้จะได้ข้อมูลที่มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด แต่มักมีข้อจำกัดเมื่อผู้ป่วยทิ้งยา และ Haynes (2000) เสนอแนะว่า การนับเม็ดยาอาจทำไม่ได้เมื่อผู้ป่วยลืมเอายามาด้วยในวันนัด หรือถ้าผู้ป่วยแบ่งยาให้ผู้อื่น อย่างไรก็ตามปัญหาใหญ่ของวิธีนี้คือการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกต่อต้านเจ้าหน้าที่เนื่องจากมีความรู้สึกว่าเป็นตำรวจที่คอยตรวจสอบเรื่องยาจึงมักจะไม่นำมาให้ ความร่วมมือ

2.4 การตรวจวัดผลทางชีววิทยา โดยการตรวจ ปัสสาวะ หรือเสมหะ เพื่อนำมาตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยแต่พบว่าข้อด้อยของวิธีนี้คือแพงและไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานได้ว่าครบตามแผนการรักษาหรือไม่ อีกทั้งความสามารถในการดูดซึมยาของร่างกายแต่ละคนไม่เท่ากัน

จะเห็นได้ว่าการประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีหลายวิธีด้วยกันทั้ง การประเมินจากตัวผู้ป่วยเองและการประเมินโดยผู้อื่นซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีเครื่องมือใดใช้ประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรคโดยตรง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วย

วัน โรค และพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินความถูกต้องในการรับประทานยาทั้งชนิด จำนวน และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขึ้นเอง

การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาวัน โรค ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะทางสังคม ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านบริบททางสังคม ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยดังกล่าวยังมีความขัดแย้งว่ามีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัน โรค ซึ่งความขัดแย้งดังกล่าวอาจเกิดจากการศึกษาที่บริบทและเวลาที่แตกต่างกัน

แนวคิดการรับรู้ที่เป็นตราบาป

ตราบาปเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมหรืออีกนัยหนึ่งเป็นอิทธิพลของสังคมในการสร้างความหมายนี้โดยสะท้อนให้เห็นกระบวนการใช้สัญลักษณ์ โดยเริ่มต้นจากสมัยกรีกที่ถือว่าตราบาปเป็นเครื่องหมายที่จะแสดงถึงการกระทำผิดบางสิ่งบางอย่าง โดยเฉพาะการกระทำผิดในบทบัญญัติทางศาสนาซึ่งเครื่องหมายนั้นจะทำลายตัวบุคคลโดยการแสดงหรือประกาศให้ผู้อื่นรู้ว่าบุคคลนั้นเป็นดังเช่น ทาส อาชญากร เป็นบุคคลที่เพื่อนมนุษย์ไม่ต้องการคบหาซึ่งเป็นการทำให้บุคคลนั้นเสื่อมเสียหมดศรัทธาจากบุคคลอื่น ต้องการขับไล่ไปให้พ้น หรือเป็นบุคคลที่แปลกไปจากบุคคลทั่วไปในสังคม

ในปัจจุบันตราบาปได้กล่าวรวมถึงสิ่งที่ไม่ปรากฏทางร่างกาย เช่น ความรู้สึกที่ทำให้เสื่อมเสีย พฤติกรรมที่เป็นเครื่องหมายของการกระทำ เช่น การกระทำที่ไม่เป็นที่ยอมรับหรือมีสิ่งที่ยึดกว่าผู้อื่น ซึ่งความรู้สึกที่เป็นตราบาปจะเกิดขึ้นเมื่อมีความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่คาดหวังและสิ่งที่เกิดขึ้นจริง จากความคาดหวังที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่น (Visual Social Identity) ซึ่งบุคคลนั้นอาจไม่คาดคิดว่าตนเองคาดหวังต่อบุคคลอื่นก็ได้ แต่ในทางปฏิบัติจริง (Actual Social Identity) บุคคลจะนำไปเชื่อมโยงกับสิ่งที่ตัวเองคาดหวัง โดยที่ไม่เคยคิดล่วงหน้ามาก่อนว่าตนเองเคยคาดหวังไว้ แต่แท้จริงแล้วตนเองเคยคาดหวังไว้

English (1977 cited in Lubkin & Larson, 2002) ให้ความหมายว่า ตราบาป เป็น การรับรู้ในเชิงลบหรือไม่ดีของบุคคลธรรมดาที่มีต่อบุคคลที่แตกต่างจากพวกเขา

Goffman (1963) กล่าวว่า ตราบาปคือคุณลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ลักษณะแตกต่างจากคนทั่วไป เป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ ซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540) กล่าวว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาป หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณลักษณะที่เกี่ยวกับผู้ป่วยประหม่นจากพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ

สรุปได้ว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาป หมายถึง การรับรู้ในเชิงลบ การรับรู้ในทางไม่ดี คุณลักษณะแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลให้บุคคลนั้นแตกต่างและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ในผู้ป่วยวัณโรคการรับรู้ที่เป็นตราบาปจึงหมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็นวัณโรคว่าตนเองถูกรังเกียจจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ เนื่องจากการที่วัณโรคเป็นโรคติดต่อสามารถแพร่กระจายเชื้อได้เมื่อผู้ป่วย ไอ จาม พูดยุย หั้วเราะ แล้วมีเชื้อวัณโรคปะปนออกมา ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความถี่ของการไอของผู้ป่วย ระยะเวลาที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย และจำนวนเชื้อในเสมหะ สถานที่พักอาศัยอากาศถ่ายเทไม่สะดวก ไม่มีแสงแดดส่องถึง การที่ผู้อาศัยอยู่กับผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้

Goffman (1963) ได้แบ่งลักษณะของสิ่งที่ก่อให้เกิดการรับรู้ที่เป็นตราบาปกับบุคคลออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ลักษณะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย พฤติกรรมหรือความผิดปกติของบุคคลที่เกิดจากความผิดปกติทางจิต และความแตกต่างของบุคคลในเชื้อชาติ หรือศาสนา ดังต่อไปนี้

1. เป็นลักษณะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น ความพิการ ซึ่งลดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ หรือการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรังบางชนิดทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพ หรือด้านการทำหน้าที่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้บุคคลเกิดความแตกต่างในภาพลักษณ์หรือการรับรู้ เช่น การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเหงื่อออกมาก กลืนตัวแรง มือและเท้าที่หงิกงอ ผิรุปร่าง และแผลตามตัวมีเลือดและหนองติดอยู่ด้วย ถูกมองว่าน่าเกลียดน่าขยะแขยง หรือน่าดู ส่งผลให้บุคคลเกิดการหลีกเลี่ยง หรือไม่ยอมที่จะพบปะ พูดยุย (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2536) เช่นเดียวกัน การที่บุคคลเจ็บป่วยด้วยวัณโรคทำให้เกิดความแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่สามารถติดต่อได้จากการไอจามซึ่งอาจมีเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคปะปนออกมา ดังนั้นสังคมและบุคคลรอบข้างจึงให้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยวัณโรคต่างไปจากคนปกติทั่วไปและมีปฏิกิริยากับผู้ป่วยโดยหลีกเลี่ยงที่จะเข้าใกล้และคบหาสมาคมด้วย จากการศึกษาของ Long et al. (2001) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของวัณโรค โดยทำการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรค 16 คน และผู้ป่วยที่ไม่เป็นวัณโรค พบว่า ครอบครัวและชุมชน มีการแยกตัวออกอย่างเป็นนัย ๆ ซึ่งดูเหมือนว่าจะเป็นเรื่องรุนแรงในครอบครัว และมีแนวโน้มการแยกตัวนานกว่าที่แพทย์แนะนำ

2. ความเสี่ยงของบุคคลที่เกิดจากพฤติกรรม หรือ ความผิดปกติทางจิต ได้แก่ บุคคลที่ติดเชื่อเอดส์ ติดสุรา ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต และพวกกรักร่วมเพศ เช่น บุคคลที่ติดเชื่อเอดส์ต้องถูกมองว่าเป็นตราบาปเนื่องจากมีความเชื่อว่าการติดเชื่อเอดส์นั้นสามารถควบคุมได้เนื่องจากเกิดจากพฤติกรรมของบุคคล นอกจากนั้นยังพบว่าอุดมคติเกี่ยวกับลักษณะที่ไม่พึงปรารถนายังเป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา เช่น ในวัฒนธรรมของชาวอัฟริกันที่ความอ้วนเป็นการแสดงถึงความสวยและสถานะทางสังคม ดังนั้นจะพบว่ามีหญิงสาวที่อ้วนมาพบปะกันเพื่อเพิ่มสถานะทางสังคมและรักษาอาการปวดหัวและน้ำหนักลด ดังเช่นพบว่า การที่โรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับความสำส่อนทางเพศ โสเภณี เกย์ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงถูกมองในฐานะที่เป็นโรคของคนสกปรก โรคของคนผิดศีลธรรม มีการล่วงล้ำ ฝ่าฝืนข้อห้าม อีกทั้งความเข้าใจของสังคมที่ว่าเลือดและน้ำอสุจิ เป็นของเหลวที่ออกจากร่างกายผู้ป่วยนั้นเป็นที่มาของการแพร่เชื่อเอดส์ ยังเป็นการเพิ่มภาพพจน์แห่งความเสี่ยงให้มากขึ้น (พิมพวลย์ บุญมงคล, 2536)

3. บุคคลที่มีความแตกต่างในเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา หมายถึงการรับรู้ถึงลักษณะสำคัญ ของ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ของชนกลุ่มอื่นโดยเปรียบเทียบกับโครงสร้างวัฒนธรรมของตน ถึงแม้ว่าสังคมปัจจุบันจะลดการแบ่งแยก กีดกันผู้หญิงในการประกอบอาชีพบางอย่างแล้วก็ตาม ในชาวอัฟริกันในอเมริกา หรือชนกลุ่มน้อยอื่น ๆ ก็ยังพบว่าการถูกแบ่งแยกหรือกีดกันทางสังคมอยู่เสมอ

นอกจากนั้นยังพบว่าความเป็นโรคเรื้อรังเป็นตราบาปของบุคคล โดยบุคคลที่เป็นโรคเรื้อรังจะมีความแตกต่างจากบุคคลธรรมดา เช่น โดยทั่วไปในการติดต่อธุรกิจบุคคลจะไม่คาดคิดว่า จะต้องติดต่อกับผู้ที่ต้องใช้รถเข็น หรือผู้ป่วยที่ต้องใช้อินซูลินตลอดเวลา และผู้ที่มีการมองบกพร่อง ก็จะไม่คาดหวังการทำหน้าที่ในสังคมอย่างเต็มที่เช่นกัน วัฒนธรรมของชาวอเมริกันสนับสนุนให้มีการรับรู้ว่าเป็นตราบาปโดยมีการเสนอว่า วัฒนธรรมหลักที่แท้จริงของสังคมคือ คุณภาพของคนหนุ่มสาว ความสวยงาม และความสำเร็จของบุคคล ผู้นำของชาวตะวันตกมักจะเป็นผู้ที่เข้มแข็ง มีความสามารถให้บุตรหลานสืบสกุล และมีสุขภาพที่แข็งแรง ซึ่งมีการนำเสนอทางโทรทัศน์และนิตยสารว่าการที่บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์นั้นเป็นมาตรฐานของสังคม โดยมีการเปรียบเทียบคุณค่าทางสังคมของผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์กับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังการแบ่งแยกทางสังคมที่ชัดเจนที่สุดของโรคเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบหรือโรคเอดส์กับผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง (English, 1977 cited in Lubkin & Larson, 2002) คุณลักษณะบางอย่าง เช่น ความคลุมเครือของสาเหตุการเกิดโรคสนับสนุนให้เกิดตราบาปในโรคเรื้อรัง ซึ่งมีโรคหลายโรคที่มีความไม่ชัดเจนของสาเหตุการเกิด หรือมีการรักษาที่ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร รวมถึงโรคอัลไซเมอร์

โรควิตกกังวล หรือโรคที่ลึกลับและมีความน่ากลัว เช่น โรคเรื้อนมักจะถูกมองว่าเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง

การที่จะทำให้เกิดทราบกับบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ ซึ่งการรับรู้เป็นกระบวนการคิด (Cognitive Process) ที่สมองแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์เดิม มาช่วยในการแปลความหมายและตอบสนองโดยการแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Garisson & Margoon, 1972; Mischal & Michal, 1980; Lindgren & Harvey, 1981 อ้างถึงใน ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2540) เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีทราบแล้ว กลไกการรับรู้จะทำหน้าที่รับสิ่งเร้าทั้งภายใน และภายนอก เข้าสู่ระบบบุคคลซึ่งจะผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม กระบวนการคิดและตัดสินใจในการแก้ปัญหา ตลอดจนการตอบสนองทางด้านอารมณ์ โดยใช้กระบวนการทางจิต และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของการปรับตัว (Roy, 1984 อ้างถึงใน ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2540)

Goffman (1963) ยังได้ทำการศึกษาแบบแผนการปรับตัวของบุคคลที่มีการรับรู้ว่าเป็นทราบ พบว่ามีกระบวนการปรับตัว ได้หลายรูปแบบดังนี้ 1) ปิดบังซ่อนเร้นความเจ็บป่วย และความพิการที่เป็นทราบ นอกจากนั้นบุคคลอาจมีการพยายามแก้ไขส่วนที่เป็นต้นเหตุให้สังคมทราบได้ เช่น การทำศัลยกรรมตกแต่ง 2) การเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การเปิดเผยตัวเองเพื่อขอความเห็นใจ หรือขอรับความช่วยเหลือ 4) การปฏิเสธไม่ยอมรับว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน บอกว่าสิ่งที่ตนเป็นนั้นไม่ได้ทำให้ตนเองแตกต่างจากผู้อื่น 5) การไม่ยอมรับว่าตนถูกตีตราและในทางกลับกันตนเองก็ตีตราคนอื่น ๆ ในสังคมว่า ใจ ไม่มีศีลธรรม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคใช้การแบบปิดบังซ่อนเร้นความเจ็บป่วยที่จะทำให้ตนเป็นทราบ และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคต้องการให้เก็บการวินิจฉัยโรคไว้เป็นความลับถึงร้อยละ 50 เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นทราบ (Ahsan et al., 2004) เนื่องจากการการเป็นทราบจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้านด้วยกัน

สำหรับผลกระทบของการรับรู้ที่เป็นทราบในผู้ป่วยวัณโรคพบว่ามีผลต่อบุคคลในด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจและการรักษา ดังนี้คือ

1. ด้านจิตใจ จากการศึกษาของ Ngugen et al. (2000) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ทักษะจิตต่อวัณโรคของชาวเวียดนามอพยพ โดยทำการศึกษาในชาวเอเชียในหมู่เกาะแปซิฟิกในศูนย์สุขภาพชุมชนที่แคลิฟอร์เนียจำนวน 11 คน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าจากการแพร่กระจายของวัณโรคทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม สอดคล้องกับ การศึกษาของ Johanson et al. (1996) ซึ่งทำการศึกษาทัศนคติของเจ้าหน้าที่สุขภาพ และผู้ป่วยที่มีต่อวัณโรคกับความร่วมมือในการรักษาในเวียดนาม โดยทำการศึกษาใน เจ้าหน้าที่สุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน 2 กลุ่ม และผู้ป่วยขาดยา 10 คน พบว่าผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับจากผู้อื่นลดลง ส่วน Westaway and Wolmarans (1994)

ได้ทำการศึกษาการรับรู้อารมณ์และปฏิกิริยาของชนผิวดำที่มีต่อวัณโรค ในกลุ่มชนผิวดำ จำนวน 487 คน ซึ่ง 67 คนเป็นวัณโรคระยะฟื้นฟู และ 420 คนเป็น สมาชิกในชุมชนที่ไม่เป็นวัณโรค โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าปัญหาสำคัญที่สุดคือ ความทุกข์ทรมานจากการถูกรังเกียจจากผู้อื่น การถูกแยกตัว เนื่องจากอันตรายของวัณโรคที่มีต่อผู้อื่น Rajeswari et al. (2005) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยวัณโรคที่ภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในผู้ป่วย จำนวน 980 คน พบว่าสังคมยังคงแสดงความรังเกียจผู้ป่วยวัณโรคอยู่ถึงแม้การรักษาจะครบแล้ว Long et al. (2001) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเพศ ความวิตกกังวลจากการเป็นตราบาปในสังคมและการแยกตัวจากสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในเวียดนามจำนวน 16 คน พบว่า ผู้ป่วยชายที่มีการรับรู้ที่เป็นตราบาปจากสังคมจะวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้หญิงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคม

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ Ahsan et al. (2004) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคที่บังกลาเทศ หลังจากถูกวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค พบว่า ร้อยละ 85.6 ของผู้ป่วยหญิงจะมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับสามี ถึงร้อยละ 61 และมีปัญหาสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวถึงร้อยละ 58 ซึ่งสอดคล้องกับ Robin and Maureen (2002) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปฏิเสธหรือลังเลที่จะเปิดเผยว่าตนเป็นวัณโรคให้ครอบครัว หรือให้เพื่อนรู้ เนื่องจากกลัวจะถูกตัดขาดจากสังคมนั้น ๆ และผู้อพยพชาวเวียดนามในนิวยอร์กร้อยละ 77 เชื่อว่า ชุมชน กลัวและหลีกเลี่ยงคนเป็นวัณโรค นอกจากนั้นพบว่าความกลัวการเป็นตราบาปในผู้อพยพชาวเม็กซิกันในแคลิฟอร์เนียเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยวัณโรคหยุดติดต่อกับครอบครัวและเพื่อน รวมทั้งจากการศึกษาของ Ngugen et al., (2000) พบว่า จากการที่วัณโรคสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแยกตัวออกจากสังคม

3. ด้านการรักษา พบว่าการรับรู้ที่เป็นตราบาปมีความเกี่ยวข้องกับการรักษาและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เช่น เกิดความล่าช้าในการเข้ารับรักษา ทำให้ระยะเวลาในการแพร่เชื้อยาวนานขึ้น ขาดแรงกระตุ้นในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การพยากรณ์การรักษาไม่ดี มีโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการดื้อยา และเพิ่มภาระในการบริการทางสุขภาพ Coriel, Lauzardo and Heurtelou (2004) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในมลรัฐฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการเป็นตราบาปในสังคมของผู้ป่วยวัณโรคมีผลให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลง สอดคล้องกับ Liefvooghe and Muynck (2001) ที่ศึกษาทบทวนของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค พบว่าการรับรู้ที่เป็นตราบาปในผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และจากการศึกษาของ Edginton, Sekatane and Goldstein (2002) เกี่ยวกับอิทธิพลของความเชื่อต่อการควบคุมวัณโรค ในแอฟริกา พบว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาปในผู้ป่วยวัณโรคมีอิทธิพลกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้ที่เป็นตราบาปในผู้ป่วยวัณโรค มีการสร้างเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ที่เป็นตราบาปเฉพาะในผู้ป่วยโรคเอดส์ และโรคเรื้อน (เปี่ยมปิติ ช่างสาร, 2536; ทัดติยา มานิจสิน, 2535; ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2540; Suksatit, 2004) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวมีองค์ประกอบ ในการประเมินการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคเอดส์จากปฏิกิริยาของบุคคลในครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ดังนั้นการประเมินการรับรู้ที่เป็นตราบาปในผู้ป่วยวัณโรค จึงยังมีความต้องการเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมาใช้วัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวควรเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินการรับรู้ที่เป็นตราบาปในสังคมของผู้ป่วยวัณโรค จากครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ

สรุปได้ว่าการศึกษาที่วัณโรคเป็นโรคติดต่อ ผู้ป่วยมีอาการไอ สภาพร่างกายทรุดโทรม ทำให้สังคมรังเกียจ หลีกเลี่ยงที่จะเข้าใกล้ ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปเกิดขึ้น ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านการรักษาที่พบว่าการรับรู้ที่เป็นตราบาปมีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ที่เป็นตราบาปในผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง และเจ้าหน้าที่ โดยการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ ให้ความไว้วางใจในการรับผิดชอบงานต่าง ๆ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ให้การดูแลสนับสนุนเรื่องเงิน อาหาร กระตุ้นเตือน และช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่การงาน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น คลายความเครียด ลดความวิตกกังวล และทำให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหายขาดได้ Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือการติดต่อสื่อสารกันและกันและได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้น เชื่อว่ามีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และได้รับยกย่องซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Shaefer, Coyne, Coyne and Lazarus (1982 cited in Stewart, 1993; Mcnett, 1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากกระบวนการรับรู้ของบุคคล ที่ส่งผลช่วยการประคับประคองจิตใจ เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเครียดในชีวิต

House (1981 cited in Brown, 1986) ได้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมคือการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่

ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ โดยแบ่งออกเป็นทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่าและด้านทรัพยากร

Thoits (1982) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูลซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บปวดหรือความเครียดได้ ในระยะที่รวดเร็วขึ้น

Pilisuk (1982) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการช่วยเหลือระหว่างบุคคล ในด้านวัตถุสิ่งของ การให้ความเชื่อมั่นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสังคมมีความรู้สึกมั่นคง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Hanucharumkul (1988) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำ หรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่นรวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการแต่ละบุคคล

จากที่ได้รวบรวมความหมายของการสนับสนุนทางสังคมข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกันเพื่อให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้ความช่วยเหลือด้านแรงงานหรือสิ่งของ การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ การยกย่องนับถือ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในด้านร่างกาย จิตใจ และรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนสามารถปรับตัว และเผชิญเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดได้อย่างเหมาะสม

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมากมาย และได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นหลายด้านตามแนวคิดต่าง ๆ ของผู้ศึกษาดังนี้

1. แนวคิดของ Cobb (1976) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

3 ประเภทคือ

1.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าบุคคลนั้นได้รับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและความรู้สึกเป็นเจ้าของ

1.2 การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งได้รับการยอมรับในสังคม

1.3 การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มีให้การช่วยเหลือและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

2. แนวคิดของ Schaefer et al. (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการได้รับการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลเกิดมีความอบอุ่นใจและความรู้สึกมั่นใจ

2.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการได้รับข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการประเมินกระทำของบุคคล

2.3 การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง แรงงานหรือการบริการต่าง ๆ

3. แนวคิดของ Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภทดังนี้

3.1 ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) หมายถึง การแสดงออกถึงภาวะอารมณ์ในด้านบวกของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความรัก ความผูกพัน การเคารพและการยอมรับ

3.2 ความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล (Affirmation) หมายถึง การแสดงออกถึงการเห็นพ้องยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการกระทำและความคิดของบุคคล

3.3 การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Aid) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือการให้ความช่วยเหลือโดยตรงได้แก่ ความช่วยเหลือด้านวัตถุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือแรงงานต่าง ๆ

4. แนวคิดของ House (1981 cited in Tilden, 1985) มีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดเป็น 4 ประเภทได้แก่

4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่และห่วงใยซึ่งกันและกัน

4.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางเลือกในการปฏิบัติทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

4.3 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) หมายถึง การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบตนเองกับ

ผู้อื่น ได้แก่ การเห็นพ้อง การยอมรับและการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

4.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ แรงงานและการบริการต่าง ๆ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ

- 1) การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การแสดงความเห็นพ้องกับความคิดเห็นและการกระทำ
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลและสิ่งของ ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ เงินทอง และวัตถุ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคมีความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทางจิตใจ และสังคม เช่น อาการไอรุนแรงจนพักไม่ได้ อาการไอเป็นเลือด ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่เป็นดราม่าเกิดขึ้นนั้น ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลกับอาการของโรค กลัวว่าตนจะเป็นผู้แพร่เชื้อให้กับบุคคลในครอบครัวและชุมชน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการความรักและการดูแลเอาใจใส่ ต้องการระบายความรู้สึกคับข้องใจกับบุคคลที่ไว้วางใจได้ การสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าเขาได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและคนรอบข้าง ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและความอบอุ่นใจและความรู้สึกมั่นใจ

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การที่ผู้ป่วยวัณโรคไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การได้ช่วยเหลือผู้อื่น ให้ความเคารพนับถือ การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวและการได้รับการยอมรับความคิดเห็นหรือการกระทำ การได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า ได้รับความเคารพ มีประโยชน์ มีความหมายต่อบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งได้รับการยอมรับในสังคม

3. การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากการที่วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สังคมรังเกียจ บุคคลรอบข้างรังเกียจ หลีกเลียงที่จะเข้าใกล้ ผู้ป่วยมักมีการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อสื่อสาร การมีกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในสังคม การให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนออกความคิดเห็นในสังคม รับรู้ข้อมูลข่าวสาร เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีตนเป็นส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4. การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ และบริการ จากผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยมีร่างกายอ่อนแอลง เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำงานหารายได้ และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ขาดรายได้ เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทต่อครอบครัวและสังคมได้เหมือนเดิม การสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา การจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ครบคุณค่า การช่วยจัดยาและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องนอน ในบ้าน และบริเวณบ้านให้สะอาด ปลอดภัย โปร่ง แสงแดดส่องถึง การช่วยเหลือหรือแบ่งเบาภาระหน้าที่การงาน จะทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล สามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่องจนหายขาดจากวัณโรคได้

5. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร เนื่องจากการที่วัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาที่นานถึง 6 เดือน ยาที่ใช้ในการรักษามีอาการข้างเคียงที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้ป่วย การแพร่กระจาย ของโรค ที่ทำให้บุคคลรอบข้างรังเกียจหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่เป็นตรรกะ อาจทำให้ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการรักษาได้ การให้ข้อมูลความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรค ระยะเวลาในการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันและการทำลายเชื้อ การรักษา ระยะเวลาในการรักษา อาการข้างเคียงที่เกิดจากยา การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา การรับประทานยาที่มีประโยชน์ การพักผ่อนและการกระตุ้นเตือนเมื่อใกล้วันนัด จะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่องจนครบกำหนด

จากการศึกษาของ Pena et al. (2001) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ในคลินิกในลอสแอนเจลิสและแคลิฟอร์เนียพบว่าร้อยละ 81 ของผู้ที่ได้รับการรักษาครบ และร้อยละ 73 ของผู้ที่มาตรงตามนัด มีพ่อและแม่ช่วยเตือนความจำในการกินยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Niazi and Al-Delaimi (2003) ที่ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อผลลัพธ์ในการรักษาและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 172 รายในอิรัก พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในชุมชนที่ได้รับการอบรมมาแล้วมีอัตราการรักษาหายขาดถึงร้อยละ 83.7 และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลมีอัตราการรักษาหายขาดเพียงร้อยละ 68.6 นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในชุมชนที่ได้รับการอบรมมาแล้วมีอัตราการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 100 และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลมีอัตราการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 14 นอกจากนี้ Dodor and Afenyaadu (2005) ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรคในกานา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$)

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน และ กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Kaplan, n.d. อ้างถึงใน อุบล นิวัติชัย, 2527)

1. กลุ่มมีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous of Natural Supportive System) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภทคือ 1) บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ พ่อ แม่ ลูก หลาน ปู่ ย่า ตา ยาย และ 2) บุคคลที่มีความใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย และคนที่ทำงานด้วยกัน
2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) เป็นกลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ซึ่งมีใช้กลุ่มที่จัดโดยวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนด้านการประคับประคองด้านจิตใจ และอารมณ์
3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) เป็นบุคคลในวิชาชีพที่ทำหน้าที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน

จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคส่งผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม นอกจากนั้นยังต้องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จึงจะทำให้หายขาดจากโรค การรับรู้ว่าเป็นดราบาปในสังคม เกิดความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทเดิมของตนเองได้ ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานหรือบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถช่วยบรรเทาความเครียด ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ได้รับความเคารพ มีประโยชน์และมีความหมายต่อบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งได้รับการยอมรับในสังคม อบอุ่น และมั่นใจในการที่จะรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่องจนครบกำหนด

วัณโรคเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่กลับมาระบาดอีกครั้ง และมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคของโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งแม้ว่าจะใช้ระบบยาระยะสั้นที่มีประสิทธิภาพสูงโดยมีพีเลียมกัมกับดูแล ก็ยังพบว่ามียอัตราการขาดยาเกินเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ เชื้อดื้อยา และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นในการรักษาและควบคุมวัณโรคที่มีประสิทธิภาพคือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และในการที่จะปรับปรุงการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้นั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่าง

สม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษา ปัจจัยด้านลักษณะทางสังคม คือ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ที่เป็นตราบาป การสนับสนุนทางสังคม อาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาในการรักษา จำนวนชนิดยา และจำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีอิทธิพลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ จนครบตามแผนการรักษาและหายขาดจากวัณโรคได้