

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาวัณโรค โดยมีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

การสนับสนุนทางครอบครัว

ความร่วมมือในการรักษาวัณโรค

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

1. สาเหตุของโรค พยาธิสภาพ และการแพร่กระจายโรค

1.1 สาเหตุและพยาธิสภาพ วัณโรคเป็นโรคเก่าแก่ที่พบกันมานานแล้ว เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในอดีต ผู้ค้นพบสาเหตุของวัณโรคคือ แพทย์ชาวเยอรมันชื่อ โรเบิร์ต โคช (Robert Koch) ได้ค้นพบเชื้อแบคทีเรียซึ่งเป็นสาเหตุของโรคคือ ไมโครแบคทีเรียทิวเบอร์คิวโลซิส (microbacterium Tuberculosis) ในปี พ.ศ. 2425 เชื้อวัณโรคทำให้เกิดพยาธิสภาพแผลวัณโรคตามอวัยวะเกือบทุกแห่งของร่างกาย ที่พบมากและเป็นปัญหาสำคัญมากในการควบคุมวัณโรคคือ วัณโรคปอด เพราะเป็นแหล่งที่จะแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดต่อไป เพราะสามารถแพร่เชื้อโดยระบบทางเดินหายใจ ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรคปอด ไอ จาม หัวเราะ ร้องเพลงหรือพูดจะมีอนุภาคละอองเสมหะถูกขับออกมาทางปากและจมูกอนุภาคขนาดใหญ่จะตกลงสู่พื้นดิน อนุภาคขนาดเล็กจะแขวนตัวลอยอยู่ในอากาศ เมื่อมีผู้หายใจเอาอากาศเข้าไปพร้อม ๆ กับอนุภาคละอองเสมหะ อนุภาคที่มีขนาดใหญ่จะติดอยู่ในโพรงจมูกและทางเดินหายใจส่วนต้น และถูกขับออกจากเยื่อทางเดินหายใจโดยกลไกด่านทาน แต่อนุภาคขนาดเล็กมาก ๆ ซึ่งมีขนาดประมาณ 2-3 ไมครอนจะถูกหายใจเข้าสู่หลอดลมฝอยส่วนปลายหรือถุงลมซึ่งร่างกายไม่สามารถขับออกได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, หน้า 2X โดยปกติเกือบร้อยละ 10 ของบุคคลที่ได้รับเชื้อวัณโรคเท่านั้นที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค โดยส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 2 ปีแรกที่มีการรับเชื้อ ส่วนอีกร้อยละ 90 จะไม่ป่วยเป็นวัณโรคเนื่องจากภูมิคุ้มกันที่จะ

เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่บุคคลที่มีความต้านทานต่ำจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ได้รับยากดภูมิคุ้มกันหรือมีการติดเชื้อเอดส์ คนเหล่านี้จะเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าคนปกติที่ได้รับเชื้อวัณโรคทั่วไป กล่าวคือผู้ที่ติดเชื้อเอดส์จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคประมาณร้อยละ 8-10 ต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 1)

1.2 การแพร่กระจายของโรค และความเสี่ยงต่อการรับเชื้อวัณโรคขึ้นกับเงื่อนไขต่าง ๆ ดังนี้

1.2.1 มีการศึกษาพบว่าแผลวัณโรคปอดแต่ละประเภทมีปริมาณของเชื้อวัณโรคต่างกัน เช่น แผลวัณโรคปอดชนิดเป็นแผลโพรง (cavitary) มักจะมีปริมาณเชื้อสูงถึง 10^9 แต่แผลวัณโรคชนิดที่ไม่มีแผลโพรง (infiltration) และไม่มีทางติดต่อกับหลอดลมในปอดจะมีเชื้อ 10^2 - 10^3 ซึ่งแน่นอนว่าเมื่อปริมาณเชื้อวัณโรคในแผลสูงมากเท่าใด โอกาสการแพร่กระจายเชื้อก็มีสูงมากขึ้นเท่านั้น (Canetti อ้างใน กระทรวงสาธารณสุข, 2528, หน้า 2)

1.2.2 ปริมาณของเชื้อวัณโรคที่ตรวจพบในเสมหะ จะพบว่ามี การแพร่เชื้อ มากหรือน้อยต่างกัน แบ่งตามประเภทของการแพร่เชื้อ โดยผู้แพร่เชื้อมาก หมายถึงตรวจพบเชื้อวัณโรคทั้งโดยวิธีการย้อมสีและการเพาะเลี้ยงเชื้อ ผู้ป่วยแพร่เชื่อน้อย หมายถึงตรวจไม่พบเชื้อโดยวิธีย้อมสีแต่พบเชื้อโดยการเพาะเลี้ยง ผู้ป่วยไม่แพร่เชื้อ หมายถึง ตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทั้งวิธีย้อมสีและการเพาะเลี้ยง (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, หน้า 2-4) และจากการศึกษาของชอว์และวิลเลียม (Shaw and Williams อ้างใน กระทรวงสาธารณสุข, 2528, หน้า 2) เรื่องโอกาสรับเชื้อวัณโรคของกลุ่มผู้สัมผัสโรคที่มีอายุ 0-14 ปี ซึ่งสัมผัสโรคกับผู้ป่วยวัณโรคแต่ละประเภทเปรียบเทียบกับโอกาสรับเชื้อวัณโรคของกลุ่มเด็กทั่ว ๆ ไป พบว่ากลุ่มผู้สัมผัสโรคในผู้ป่วยที่แพร่เชื้อมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อวัณโรคสูงมากที่สุด โดยสูงกว่าความเสี่ยงต่อการรับเชื้อในกลุ่มเด็กทั่วไปถึง 3.8 เท่า กลุ่มผู้สัมผัสของผู้ป่วยวัณโรคที่แพร่เชื่อน้อยมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อสูงกว่ากลุ่มเด็กทั่วไป 1.5 เท่า กลุ่มผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่แพร่เชื้อมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไม่ต่างจากกลุ่มเด็กทั่ว ๆ ไป ผู้สัมผัสโรคจากผู้แพร่เชื้อมากมีโอกาสเป็นวัณโรคปอดสูงกว่ากลุ่มผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยที่แพร่เชื่อน้อย หรือผู้ป่วยไม่แพร่เชื้อหรือคนทั่ว ๆ ไปถึงร้อยละ 90

1.2.3 ความใกล้ชิดของผู้ป่วยและผู้รับเชื้อ พบว่ามีผลต่อการกระจายของโรค ผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคที่แพร่เชื้อ มีโอกาสรับเชื้อสูงกว่าผู้ที่ไปมาหาสู่ประจำ หรือผู้ที่ทำงานในสำนักงานเดียวกันกับผู้ป่วย (Genus อ้างใน กระทรวงสาธารณสุข, 2528, หน้า 3)

1.2.4 ความถี่ของการไอของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งลอนดอนและสโพน (London and Spohn อ้างใน กระทรวงสาธารณสุข, 2528, หน้า 3) ได้ศึกษาพบว่า มีผลต่อการแพร่กระจายโรค

ผู้ป่วยมีอาการไอถี่มากเท่าใดโอกาสที่จะแพร่เชื้อให้ผู้ที่อยู่ในบ้านเดียวกันมากเท่านั้น การแพร่เชื้อมักเกิดขึ้นในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยารักษาวัณโรค ภายหลังการรักษาไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ อาการไอของผู้ป่วยและจำนวนเชื้อจะลดลง ทำให้การแพร่เชื้อของผู้ป่วยวัณโรคจะลดลงด้วย (บัญญัติ ปริษณานนท์, 2539, หน้า 8)

2. ลักษณะอาการของโรค

อาการของวัณโรคสามารถแบ่งได้เป็น 3 แบบ คือ (พูนเกษม เจริญพันธ์, 2530, หน้า 86-90)

2.1 แบบปลอดอาการ พบในผู้ป่วยที่ไม่เคยทราบมาก่อนว่าตนติดเชื้อวัณโรค แต่ตรวจพบโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบว่ามีเงารอยโรคและไม่มีอาการ

2.2 แบบที่มีอาการ ซึ่งอาการที่พบบ่อยได้แก่

2.2.1 อาการไข้ โดยส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการไข้ที่เป็นมานานเกินสัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งมักจะร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น อาการไอ

2.2.2 อาการไอ ผู้ป่วยวัณโรคระยะลุกลามจะมีอาการไอเรื้อรัง ร้อยละ 50-70 โดยมีระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่ 2-3 สัปดาห์ขึ้นไป ลักษณะอาการไอเป็นแบบที่มีเสมหะน้อยถึงเกือบไม่มีเสมหะ ผู้ป่วยที่ไอมีเสมหะปริมาณมากมักมีอาการติดเชื้ออื่นร่วมด้วย

2.2.3 อาการไอเป็นเลือดพบประมาณร้อยละ 8-19 ของผู้ป่วยวัณโรค ปริมาณเลือดที่ออกมีได้แต่น้อย ๆ จนถึงออกมากถึงครั้งละ 200 มิลลิลิตร หรือ 600 มิลลิลิตรขึ้นไป ซึ่งเป็นเหตุทำให้เสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาทันเวลาที่ ผู้ป่วยที่มีอาการไอเป็นเลือดมักเป็นโรคระยะลุกลาม (active pulmonary TB) หรือแผลโพรงในปอด (cavitary)

2.2.4 ผอมแห้งแบบป่วยเรื้อรัง วัณโรคเป็นโรคเรื้อรังในผู้ป่วยที่เป็นระยะลุกลามมากๆ จะมีอาการซูบผอม น้ำหนักลดได้มากตั้งแต่ 1-20 กิโลกรัมในระยะเวลาไม่กี่เดือน

2.2.5 อาการหอบเหนื่อย เป็นอาการที่พบไม่บ่อยซึ่งอาจเกิดจากมีสารน้ำในเยื่อหุ้มปอด หลอดลมตีบ ภาวะมีอากาศในโพรงเยื่อหุ้มปอดเนื่องจากถุงลมได้เยื่อหุ้มปอดแตก ภาวะการหายใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง หรือหัวใจห้องขวาถูกบีบรัดจากวัณโรคเยื่อหุ้มหัวใจ

2.2.6 อาการอ่อนเพลียและซีด พบได้ในผู้ป่วยวัณโรคเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

3. การวินิจฉัยวัณโรคปอด

การวินิจฉัยวัณโรคปอด มีวิธีการดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, หน้า 23-24, 40)

3.1 การตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรค เป็นการตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยการนำเสมหะป้ายสไลด์แล้วย้อมสีเพื่อตรวจหาเชื้อมด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งเป็นวิธีหลักของงานควบคุมวัณโรค สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับสามารถส่งตรวจเสมหะ โดยใช้รายงานของบริการตรวจเสมหะชนิดนี้เพื่อให้มีบริการครอบคลุมและทั่วถึง ส่วนการเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) มีข้อบ่งชี้ที่จำกัด เนื่องจากต้องใช้ห้องชั้นสูงตรวจทางวัณโรคพิเศษ ซึ่งมีในระดับศูนย์วัณโรคเขตและโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งหรือในส่วนกลาง ส่วนโอกาสในการพบเชื้อวัณโรคในเสมหะขึ้นกับปริมาณของเสมหะ ความเข้มข้นหรือปริมาณเชื้อที่มีในเสมหะและจำนวนครั้งที่ตรวจการแปรผลการตรวจเสมหะ Department of Communicable disease control, Tuberculosis division (1996, p. 5) ได้อธิบายผลการตรวจเสมหะไว้ดังนี้

3.1.1 ผลเสมหะบวก หมายถึง ข้อความต่อไปนี้ข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่

- (1) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะโดยกล้องจุลทรรศน์โดยวิธีย้อมสีได้ผลเป็นบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง
- (2) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก 1 ครั้ง และภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด
- (3) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจโดยกล้องจุลทรรศน์โดยวิธีย้อมสีได้ผลเป็นบวก 1 ครั้ง และมีผลเพาะเชื้อเป็นบวก 1 ครั้ง

3.1.2 ผลเสมหะลบ หมายถึง ข้อความต่อไปนี้ข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่

- (1) ผู้ป่วยที่มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ตรวจเสมหะอย่างน้อย 3 ครั้งเป็นลบ และการตัดสินใจของแพทย์ที่จะให้การรักษาแบบวัณโรค
- (2) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยวิธีย้อมสีได้ผลเป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่มีผลเพาะเชื้อเป็นบวก

3.2 การถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, หน้า 23-24, 40) จะมีประโยชน์มากในการตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรค แต่ได้รับการตรวจเสมหะหลายครั้งแล้วไม่พบเชื้อ การตรวจผู้สัมผัสโรค การตรวจสถานะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในวัณโรคปอด การช่วยวิเคราะห์แยกโรคและการประเมินผลการรักษา แต่มีข้อเมื่อเสียเปรียบกับการตรวจเสมหะ คือ ค่าใช้จ่าย

ในการลงทุนดำเนินการสูง บุคลากรต้องใช้เวลาในการอบรมนานและต้องมีประสบการณ์ แต่ผลการตรวจมีค่าความไว (sensitivity) สูงแต่ความจำเพาะเจาะจง (specificity) ต่ำ

3.3 การทดสอบทูเบอร์คูลิน (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, 40) มีประโยชน์เฉพาะการวินิจฉัยโรคปฐมภูมิ (primary TB) แต่ต้องเป็นผู้ที่ไม่เคยฉีดวัคซีนบีซีจีมาก่อน สำหรับประเทศไทยมีการฉีดวัคซีนบีซีจีให้แก่เด็กตั้งแต่แรกเกิด จึงไม่สามารถทดสอบทูเบอร์คูลินในการวินิจฉัยโรคได้ แต่การทดสอบทูเบอร์คูลินยังเป็นวิธีสำคัญในด้านระบาดวิทยา เพื่อหาอัตราการติดเชื้อ (infection rate) เพื่อเป็นแนวทางป้องกันการแพร่กระจายของโรค

4. การรักษาวัณโรค

4.1 ประวัติการรักษาวัณโรค สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรยอดยเดชวิกรม พระบรมราชชนกในรัชการปัจจุบันทรงนิพนธ์เอกสารสาธารณสุข เรื่องทูเบอร์คูลิส โปรดเกล้าให้จัดพิมพ์เป็นวิทยาทานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2463 ทรงนิพนธ์ถึงวิธีการรักษาวัณโรคว่า รักษาได้ยากมากเพราะยาสำหรับรักษาวัณโรคโดยตรงและโดยเฉพาะนั้นยังทำขึ้นไม่ได้ มีเพียงแต่ยาสำหรับบรรเทาอาการไอ ไข้ และอาการต่าง ๆ ของโรค โดยผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้องจะเป็นการช่วยในการรักษาโรค เช่น การนอนต้องนอนให้พอเพียงให้หลับไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง ห้องที่อยู่อาศัยจะต้องสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก อาหารควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้พลังงาน เช่น อาหารหวานมัน เนื้อสัตว์ อาหารจำพวกแป้ง ควรรับประทานยาบำรุง เช่น น้ำมันปลา น้ำมันตับปลา การแต่งกายควรแต่งกายให้ถูกกับสภาพของอากาศ ควรออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การเดินเล่น ถ้ามีไข้ควรงดการออกกำลังกาย การอาบน้ำทำให้ร่างกายสะอาดสดชื่น และควรดื่มน้ำเมื่อมีไข้ (กรมหลวงสงขลานครินทร์, 2524, หน้า 4-8) สมบุญ ผ่องอักษร (2524, หน้า 52) ได้กล่าวถึงการรักษาวัณโรคมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ รักษาผู้ป่วยในระยะติดต่อโดยด่วน การรักษาที่ถูกต้องเพียงพอจะทำให้หายจากวัณโรคร้อยละ 90-100 และช่วยให้การแพร่เชื้อหมดไปยาที่ใช้ในโครงการควบคุมวัณโรคของประเทศที่กำลังพัฒนา คือ ไอโซไนอะซิด เสตรพโตมัยซิน พีเอเอส (PAS) และริฟอะมิซิน ระยะเวลาของการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะใช้เวลา 18-24 เดือน (สมบุญ ผ่องอักษร, 2524, หน้า 54) เป็นเวลา 40 ปีที่แล้วได้มีการใช้ยาในการรักษาวัณโรคในประเทศกำลังพัฒนา แต่การรักษาวัณโรคได้ประสบความสำเร็จสูงซึ่งส่งผลทำให้อัตราตายจากวัณโรคสูงขึ้น เหตุผลสำคัญของความสำเร็จนี้คือการใช้ยาไอโซไนอะซิด และริฟอะมิซินต้องใช้เวลานาน 12-18 เดือน การฉีดยาเสตรพโตมัยซินในผู้ป่วย

เสมหะพบเชื้อในระยะเวลา 2 เดือนแรกของการรักษา จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลของเสมหะ ต้องใช้เวลาถึง 5 เดือน จึงจะเปลี่ยนผลเสมหะจากเสมหะพบเชื้อเป็นเสมหะไม่พบเชื้อ และพบว่าผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีเฉพาะ 2 เดือนแรกเท่านั้น เนื่องจากระยะเวลาดังกล่าวผู้ป่วยยังมีความกลัวของวัณโรค เช่น อาการไอ ไข้ เป็นต้น และการมารับยาฉีดผู้ป่วยจะได้พบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกวันเป็นการควบคุมการรักษาไปในตัว แต่เมื่อหยุดฉีดยาจำนวนผู้ป่วยที่ขาดการรักษาจะเพิ่มขึ้นและยังพบผู้ป่วยมีเสมหะพบเชื้อ ร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีพโตมัยซิน และริบอะซิโตน มีพิษข้างเคียงสูงทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มอัตราล้มเหลวของการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อยาไอโซไนอะซิด เพิ่มอัตราความล้มเหลวเนื่องจากความต้องการการใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาปราศจากเชื้อเพิ่มขึ้นจากการป้องกันการแพร่ของโรคติดเชื้ออื่น ๆ เช่น เอชไอวี และโรคตับอักเสบบี ดังนั้นถึงแม้ว่าราคาของยาไอโซไนอะซิด และริบอะซิโตนในการรักษาวัณโรคจะมีราคาต่ำ แต่เมื่อรวมรายจ่ายในการรักษาผู้ป่วยคือยา หรือการรักษาล้มเหลวซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ความสำคัญของราคายาไอโซไนอะซิด และริบอะซิโตน ที่มีราคาประหยัดกว่าไม่ได้รับความสนใจ (Spinacci, 1991, p. 4-5) ในปี ค.ศ. 1970 ได้มีการค้นพบยา rifampicin และพบว่ายา rifampicin มีประสิทธิภาพในการรักษาวัณโรคในระยะขั้นต้น เมื่อใช้ในจำนวนที่เหมาะสมจะมีผลทำให้เสมหะเปลี่ยนจากผลบวกเป็นผลลบสูงถึง ร้อยละ 98-100 ในช่วง 2 เดือน และทำให้อัตราการกลับเป็นซ้ำของวัณโรคในระยะเวลา 2-5 ปี มีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 5 (Spinacci, 1991, p. 6)

4.2 การใช้สูตรยาระยะสั้น เพื่อให้การรักษาได้ผลตามเป้าหมายให้มีอัตราการรักษาครบร้อยละ 85 โดยการเลือกใช้สูตรยาเดียวกันทั่วประเทศ กองวัณโรคได้กำหนดสูตรยาระยะสั้นโดยแบ่งระยะเวลาในการให้ยาออกเป็น 2 ระยะ คือ ในช่วง 2 เดือนเป็นระยะแรก (intensive phase) เวลาช่วงที่เหลือเรียกเป็นระยะตาม (maintenance phase) (บัญญัติ ปริษญานนท์, 2539, หน้า 14) สำหรับผู้ป่วยวัณโรคประเภทต่าง ๆ สูตรยาระยะสั้นกระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งประเภทตามท้องที่การอนามัยโลกได้เสนอแนะไว้มีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 9-11)

4.2.1 สูตรยาประเภทที่ 1 ให้การรักษาในระยะ 2 เดือนแรกด้วย rifampicin พัยราซินามัยด์ และอีแอมบูธอล และระยะตามด้วย 4 เดือนของการให้ไอโซไนอะซิดและ rifampicin (category 1: Cat 1: 2HRZE/4HR) ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือได้รับการรักษาไม่เกิน 1 เดือน ที่มีผลตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นบวก การให้สูตรยาประเภทที่ 1 หมายถึงในระยะ 2 เดือนแรกผู้ป่วยจะได้ยา 4 ชนิด ได้แก่ ไอโซไนอะซิด rifampicin พัยราซินามัยด์ และอีแอมบูธอล รับประทานทุกวัน ในระยะ 4 เดือนที่เหลือผู้ป่วยจะได้ยา 2

ขนาน คือ ไอโซไนอะซิดและริแฟมปีซิน รับประทานทุกวันหรือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน ในกรณีที่ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ยังคงบวก จะต้องขยายเวลาในช่วง 2 เดือนแรกอีก 1 เดือน

4.2.2 สูตรยาประเภทที่ 2 ให้การรักษาระยะแรกด้วย ไอโซไนอะซิด ริแฟมปีซิน พัยราซินามัยด์ อีแอมบูธอลและสเตรพโตมัยซินนาน 2 เดือน ต่อด้วย 1 เดือนของการให้ไอโซไนอะซิด ริแฟมปีซิน พัยราซินามัยด์ และอีแอมบูธอล ตามด้วยระยะตามของการให้ 5 เดือนของไอโซไนอะซิด ริแฟมปีซินและอีแอมบูธอล (category 2: cat 2: 2HRZSE/1HRZE/5HRE) ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำหรือผู้ป่วยที่มีผลการรักษาล้มเหลว การให้สูตรยาประเภทที่ 2 หมายถึง ในระยะ 2 เดือนแรกผู้ป่วยจะได้รับยา 5 ขนาน ได้แก่ยารับประทานทุกวัน 4 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด ริแฟมปีซิน พัยราซินามัยด์ อีแอมบูธอล และยาฉีดสัปดาห์ละ 5 วันอีก 1 ขนาน คือสเตรพโตมัยซิน ในระยะ 1 เดือนถัดมาผู้ป่วยจะได้รับการรับประทานทุกวัน 4 ขนาน คือ ไอโซไนอะซิด ริแฟมปีซิน พัยราซินามัยด์ และอีแอมบูธอล และในระยะ 5 เดือนสุดท้ายผู้ป่วยจะได้รับประทานยาทุกวัน 3 ขนาน คือ ไอโซไนอะซิด ริแฟมปีซิน และอีแอมบูธอล รวมเวลาทั้งสิ้น 8 เดือน ในกรณีที่ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ยังคงเป็นบวก จะต้องขยายเวลาในระยะแรกอีก 1 เดือนคือให้ยาไอโซไนอะซิด ริแฟมปีซิน พัยราซินามัยด์ อีแอมบูธอลและสเตรพโตมัยซิน 2 เดือน ต่อด้วยไอโซไนอะซิด ริแฟมปีซิน พัยราซินามัยด์และใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธีย้อมเชื้อลบ อย่างน้อย 3 ครั้งต่างวันกัน และมีภาพรังสีทรวงอกที่มีรอยโรคชนิดแผลไม่มีโพรงขนาดเล็ก (minimal infiltration) หรือผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธีเพาะเชื้อเป็นบวก แต่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธีย้อมเชื้อเป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้งต่างวันกัน

4.2.3 การให้สูตรยาประเภทที่ 3 หมายถึง ในระยะ 2 เดือนแรกผู้ป่วยจะได้รับยารับประทานทุกวันทั้งสิ้น 3 ขนาน คือไอโซไนอะซิด ริแฟมปีซิน และพัยราซินามัยด์ และในระยะ 2 เดือนต่อมาผู้ป่วยจะได้รับยารับประทานทุกวัน 2 ขนาน คือไอโซไนอะซิดและริแฟมปีซิน รวมเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน (category 3: cat 3: 2HRZ/2HR)

4.2.4 การให้สูตรยาประเภทที่ 4 (category 4: cat 4) หมายถึงการรักษาวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคเรื้อรัง โดยการใช้ยาวัณโรคที่เป็นยาชนิดสำรอง (reserved drug) เช่น ออฟลอกซ์ซาซิน โซโคเซอริริน เอทริโคโนนามัยด์ คานามัยซิน เป็นต้น โดยระยะเวลาในการรักษาแพทย์เป็นผู้กำหนด หรือการใช้ยาไอโซไนอะซิดอย่างเดียวตลอดไป

รูปแบบการรักษาของศูนย์วัณโรคเขต 10 มีการประเมินผลการรักษา คือ

- (1) การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคในระบบยาระยะสั้นจะตรวจทุกเดือนจนครบระยะ

ตามระบบยาที่ให้แกผู้ป่วย (2) ถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุก 4-6 เดือนในปีแรกและต่อไปทุก 6 เดือน (3) อาการทางคลินิก ได้แก่ อาการไอ มีไข้ตอนเย็นหรือกลางคืน เหนื่อยหอบ เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, หน้า 51)

4.3 การป้องกันความล้มเหลวในการรักษา ได้แก่ วิธีการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับความรุนแรงของโรค และความร่วมมือในการรักษา การให้สุศึกษา ผู้ป่วยต้องได้รับยาครบชนิดและขนาด ระยะเวลาการรับประทานยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ถ้าการรักษาได้ผลไม่ดีไม่ควรเพิ่มหรือเปลี่ยนยาที่ละขนาน และไม่ควรใช้ยารักษาเดียวรักษาวัณโรค สิ่งที่สำคัญที่สุดในการรักษาไม่ได้อยู่ที่ชนิดของยาที่ใช้เพียงอย่างเดียวแต่อยู่ที่วิธีบริหารยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอครบชนิด ครบขนาดและระยะเวลาที่ถูกต้องซึ่งจะทำให้เสมหะปราศจากเชื้อเร็ว ทำให้การติดต่อแพร่เชื้อลดลงภายในระยะเวลา 1-2 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, หน้า 51-52)

ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายอัตราการรักษาหายของวัณโรคเป็นร้อยละ 85 โดยมีเจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุข อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้มีส่วนช่วยควบคุมกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยตามความเหมาะสม (นิตดา ศรีภักย์, 2538, หน้า 305) และเนื่องจากครอบครัวมีความผูกพันกับชีวิตของมนุษย์มากดังที่จำเรียง กุระมสุวรรณ (2522, หน้า 28) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดที่มีความสำคัญต่อสังคมมาก ชีวิตมนุษย์ผูกพันและมีความหมายต่อครอบครัวตั้งแต่เกิดจนตาย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกสมาชิกในครอบครัวมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนในการรักษาวัณโรค

การสนับสนุนทางครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดที่มีความสำคัญต่อสังคมมาก สุพัตรา สุภาพ (2516, หน้า 106-107) กล่าวถึงครอบครัวว่าเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด เป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมืออย่างใกล้ชิด เป็นสถาบันที่มีความคงทนที่สุด มนุษย์ทุกคนต้องอยู่ในสถาบันครอบครัว เนื่องจากเป็นสังคมกลุ่มแรกที่บุคคลจะต้องเผชิญตั้งแต่แรกเกิดเจริญเติบโตในครอบครัว คนในครอบครัวมีการพึ่งพาอาศัยกัน มีการแบ่งหน้าที่หรือรวมกลุ่มเพื่อทำหน้าที่ทางชีวิตวิทยาของครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยการติดต่อตอบโต้ระหว่างบุคคล เช่น สามี ภรรยา พ่อแม่ พี่น้อง ลูก ต่างคนต่างมีปฏิริยาสัมพันธ์ต่อกัน เช่น ความรัก ความ

เอาใจใส่ การสั่งสอน และการมีจิตผูกพันกัน เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนทางครอบครัวมีเนื้อหา ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากพบว่ามีความสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้เหมาะสม ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้าน สรีรวิทยา และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมอันจะทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมายขึ้น (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531, หน้า 96) การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวที่บุคคลได้รับจากบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และองค์กรช่วยเหลือต่าง ๆ พอลล็อค (Pollock อ้างใน ภาวดี มโนหาญ, 2536, หน้า 3) ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่มากระทบได้และมีสุขภาพดี แต่ผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวอาจไม่สามารถเผชิญต่อปัญหาได้ และได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ กล่าวคืออาจเกิดการเจ็บป่วยได้ สำหรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังการสนับสนุนทางครอบครัวเป็นการสนับสนุนที่เหมาะสมและสำคัญที่สุด เพราะ ครอบครัวเป็นระบบที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เคนเนท (Kenneth อ้างใน ภาวดี มโนหาญ, 2536, หน้า 3) กล่าวเช่นเดียวกับ ไอวีสัน-ไอวีสัน (Iveson-Iveson อ้างใน ภาวดี มโนหาญ, 2536, หน้า 3) กล่าวว่าบุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการให้กำลังใจและดูแลช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับบุคลิกของตนเอง รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความหวังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถดำรงชีวิตได้ตามสภาพ

2. แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางครอบครัว

กลุ่มสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือกลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531, หน้า 99)

อุบล นิวัติชัย (2527, หน้า 285) ได้อ้างถึงแนวคิดของ แคปแลนเกี่ยวกับการจัดกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่มคือ

2.1 กลุ่มมีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (spontaneous of natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภทคือ ประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูกหลาน อีกประเภทหนึ่งได้แก่ กลุ่มที่มีความผูกพันใกล้ชิด (Kint) ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย และคนที่ทำงานด้วยกัน

2.2 องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (organized support) หมายถึงกลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งมีไว้กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือการประคับประคองด้านจิตใจ ด้านอารมณ์

2.3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ (professional health care workers) หมายถึงบุคคลที่อยู่ในอาชีพส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด โดยเฉพาะการสนับสนุนจากคู่สมรส รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตามความต้องการการสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531, หน้า 100)

3. ความหมายของการสนับสนุนทางครอบครัว

การศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางครอบครัวโดยตรงนั้นยังมีน้อยมากเพราะส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และจากเหตุผลที่ว่าครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่เล็กที่สุด ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางครอบครัวว่าเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ดังเช่น คอบบ์ (Cobb อ้างใน บังอร ฤทธิ์อุดม, 2536, หน้า 25) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูล

เชื่อว่าบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและให้การยกย่องในตัวเอง และบุคคลนั้น รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ส่วนคาห์น (Kahn อ้างใน น้อมจิตต์ สกุลพันธ์, 2535, หน้า 57) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่ง ที่มีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมของกันและกัน แสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกัน รับรู้ถึงการแสดงออก สิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ทอยส์ (Thoits อ้างใน บังอร ฤทธิ์อุดม, 2536, หน้า 26) กล่าวว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น และเห็นว่าเป็นมโนทัศน์หลายมิติ ซึ่งจะพิจารณามิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ต้องพิจารณารวมกันทุกด้าน สอดคล้องกับ ทิลเดนและไวเนอร์ท (Tilden & Weinert อ้างใน จรรยา หน่อแก้ว, 2536, หน้า 39) ว่าเป็นการช่วยเหลือด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายสังคม เช่นเดียวกับ บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528, หน้า 171) กล่าวว่า หมายถึงสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลได้รับกิจกรรมหรือพฤติกรรมการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเดียวกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถแบ่งการสนับสนุนทางครอบครัวออกเป็น 4 ด้าน คือด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือยกย่อง ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเงินทอง สิ่งของหรือการให้บริการ

4. ประเภทของการสนับสนุนทางครอบครัว

จากการประยุกต์แนวคิดดังกล่าว ได้จำแนกส่วนประกอบขององค์ความรู้ด้านการสนับสนุนทางครอบครัวเป็น 4 ด้าน คือ

4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ไวส์ (Weise อ้างใน น้อมจิตต์ สกุลพันธ์, 2535, หน้า 58) ว่าเป็นการให้ความรักผูกพัน (attachment) ส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนรวมคือทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและอบอุ่น ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในคู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกับความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (sense of reliable

alliance) การสนับสนุนจะได้จากครอบครัว หรือเครือข่าย ซึ่งมีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือ ห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดความห่วงใยที่จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าการขาดความมั่นคง และถูกทอดทิ้ง คอบบ์ (Cobb อ้างใน จรรยา นน่อแก้ว, 2536, หน้า 42) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์คือการให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน เช่นเดียวกับ เฮาส์ (House อ้างใน ปรีดา อุ๋นเสียม, 2539, หน้า 20) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง เซฟเฟอร์และคณะ (อ้างใน จรรยา นน่อแก้ว, 2536, หน้า 42) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลได้รับความรักหรือได้รับการดูแลเอาใจใส่ สอดคล้องกับจาคอบสัน (Jacobson อ้างใน ปรีดา อุ๋นเสียม, 2539, หน้า 20) กล่าวถึงการสนับสนุนทางอารมณ์ว่าเป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก ความชื่นชม ความนับถือ ตลอดจนความห่วงใย และความปลอดภัย คาห์นและแอนโตนูคซี (Kahn & Antonucci อ้างใน ปรีดา อุ๋นเสียม, 2539, หน้า 18) กล่าวว่า เป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลด้านการแสดงออกของความรัก ความชื่นชม และบุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528, หน้า 171) กล่าวว่า เป็นการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแคปแลน (Caplan อ้างใน ปรีดา อุ๋นเสียม, 2539, หน้า 18) ซึ่งกล่าวว่า เป็นการช่วยให้บุคคลนำแหล่งประโยชน์ทางจิตใจมาเพื่อขจัดปัญหาทางอารมณ์ และนำคำแนะนำไปใช้ในการต่อสู้กับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่นเดียวกับทอยส์ (Thoits อ้างใน จรรยา นน่อแก้ว, 2536, หน้า 35) กล่าวว่าบุคคลในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม จะทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ วิตกกังวลต่ออาการของโรคที่เป็นอยู่ กลัวความทรมานขณะเกิดอาการ เช่น อาการไอรุนแรงจนพักไม่ได้ อาการไอเป็นเลือด เป็นต้น ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการการประคับประคองด้านอารมณ์ ต้องการความรักและมีผู้ดูแลเอาใจใส่ ต้องการระบายความรู้สึกคับข้องใจกับบุคคลที่ไว้ใจได้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัยและทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นด้วย

3.2 การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือยกย่อง ไวส์ (Weise อ้างใน จรรยา หน่อแก้ว, 2536, หน้า 41) กล่าวว่า การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น (opportunity of nurturance) หมายถึงการที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่นแล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึงพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกในชีวิตนี้ไร้ค่า (meaningless in life) และกล่าวถึงการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและครอบครัว ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใยเข้าใจซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม (social isolation) และชีวิตน่าเบื่อหน่าย (boring) และยังกล่าวว่าการได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่องและชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์ (uselessness) สวอนคอบบ์ (Cobb อ้างใน น้อมจิตต์ สกฤตพันธ์, 2535, หน้า 59) กล่าวว่า การยอมรับและเห็นคุณค่าเป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย ทอยส์ (Thoits อ้างใน น้อมจิตต์ สกฤตพันธ์, 2535, หน้า 61) อธิบายว่าเป็นระดับของความต้องการพื้นฐานทางสังคม (basic social needs) ของบุคคลซึ่งเกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในกลุ่มสังคม การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (socioemotional need) ได้แก่ การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า ความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสังคมและครอบครัว ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย คอบบ์ (Cobb อ้างใน จรรยา หน่อแก้ว, 2536, หน้า 39) กล่าวว่าเป็นการที่บุคคลได้รับการยกย่องในตัวเขา และฮับบาร์ด มุลเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp & Brown อ้างใน จรรยา หน่อแก้ว, 2536, หน้า 39) ว่าการสนับสนุนทางครอบครัวประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวซึ่งมีความหมายเช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมดี ไวส์ (Weise อ้างใน สุกัญญา ปริสฺฐณกุล, 2536, หน้า 49) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความสัมพันธ์ของบุคคล เมื่อบุคคลแสดงความสามารถในการช่วยเหลือเรื่องต่าง ๆ ก็จะได้การยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่าในตนเอง ถ้าไม่ได้รับการยอมรับก็จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่วนคานันและแอนโตนูคชี (Kahn & Antonucci อ้างใน ปรีดา อุ่นเสียม, 2539, หน้า 18) กล่าวว่าเป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลด้านการให้ความนับถือ ในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือยกย่อง ได้แก่ ในขณะที่เจ็บป่วยการมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น โดยการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวและได้รับการยอมรับในความคิดเห็นหรือการกระทำ การได้รับความไว้วางใจ

ให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ที่สามารถทำได้จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น เป็นผู้มีคุณค่าในตนเอง แต่ถ้าไม่ได้รับการยอมรับก็จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คาห์น (Kahn อ้างใน น้อมจิตต์ สกฤพันธุ์, 2535, หน้า 59) กล่าวว่า การให้ความช่วยเหลืออาจจะเป็นการให้ข้อมูลหรือข่าวสาร โดย ไวส์ (Weise อ้างใน จรรยา หน่อแก้ว, 2536, หน้า 42) กล่าวว่า การได้รับคำแนะนำ (the obtaining of guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจ ช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่คนศรัทธาและเชื่อมั่น ในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤติ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (hopelessness or despair) จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531, หน้า 100) กล่าวว่า เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ สอดคล้องกับเซฟเฟอร์และคณะ (Shaefer et al. อ้างใน น้อมจิตต์ สกฤพันธุ์, 2535, หน้า 60) ว่าเป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล เช่นเดียวกับ บาร์เรรา (Barrera อ้างใน จรรยา หน่อแก้ว, 2536, หน้า 39) ให้ความหมายว่าเป็นการช่วยเหลือในการให้คำแนะนำ และการให้ข้อมูล สอดคล้องกับ บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528, หน้า 171) ว่าเป็นการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร เช่นเดียวกับ เฮ้าส์ (House อ้างในปริดา อุณเสียม, 2536, หน้า 18) และไวส์ (Weise อ้างใน สุกัญญา ปรีสปัญญากุล, 2536, หน้า 49) ได้อธิบายเพิ่มว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันของคนที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นการได้รับคำแนะนำข้อมูลต่าง ๆ เพื่อจะได้นำไปใช้ในการแก้ปัญหา สำหรับคอบบ์ (Cobb อ้างใน จรรยา หน่อแก้ว, 2536, หน้า 39) กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่จะทำให้เกิดความเชื่อว่าเป็นการแสดงถึงความรัก และความเอาใจใส่ ในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การรักษาวัดโรคถึงแม้จะใช้ระบบระยะสั้นแต่ยังต้องใช้เวลาในการรักษานานประมาณ 4-6 เดือน ผู้ป่วยจะต้องปรับแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ซึ่งเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่ายที่จะปฏิบัติหรือเกิดความท้อแท้ต่ออาการเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีผลให้โรคทรุดลงมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับโรค และการแพร่กระจายเชื้อโรค การบอกให้ไปตรวจเมื่อถึงวันนัด การหาเอกสารหรือแผ่นพับเกี่ยวกับอาหารที่ครบคุณค่า การแนะนำรายการโทรทัศน์ที่มีเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการรักษาและสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

3.4 การสนับสนุนด้านเงินทอง สิ่งของหรือการให้บริการ ทิลเดนและไวเนอร์ท (Tilden & Weinert อ้างใน จรรยา นน่อแก้ว, 2536, หน้า 39) กล่าวว่าเป็นการช่วยเหลือทางด้าน สิ่งของ เงินทองและแรงงานที่บุคคลได้รับ และบุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528, หน้า 171) กล่าวว่า เป็นการช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ เช่นเดียวกับแคปแลน (Caplan อ้างใน ปรีดา อุ่นเสียม, 2539, หน้า 18) ว่าเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระงานและให้การสนับสนุนด้วยการให้เงินทอง สิ่งของ สอดคล้องกับคาห์นและแอนโตนูคซี (Kahn & Antonucci อ้างใน ปรีดา อุ่นเสียม, 2539, หน้า 18) ว่าเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลด้านการให้สิ่งของ หรือความช่วยเหลือ ส่วนชูมาร์คเกอร์ และบราวเนล (Shumaker & Brownell อ้างใน ปรีดา อุ่นเสียม, 2539, หน้า 18) ว่าเป็นการแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ระหว่างบุคคลอย่างน้อยสองคน โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ให้อีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้รับ เพื่อส่งเสริมความสุขของผู้รับ วอล์เกอร์และคณะ (Walker et al. อ้างใน สุกัญญา ปริสฺณบุญกุล, 2536, หน้า 49) เน้นสัมพันธภาพของคนในครอบครัวแต่ละคนสามารถเข้าใจพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งกันและกันโดยมีการพึ่งพากัน โครเนนเวท ทิลเดน อิสเรล และบราวน์ (Cronenwett, Tildren, Israel & Brown อ้างใน น้อมจิต สุกุลพันธ์, 2535, หน้า 60) มีความคิดเห็นสอดคล้องว่าเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุ สิ่งของ เงิน แรงงาน เช่นเดียวกับ จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2531, หน้า 100) กล่าวว่า เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของ บุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับเชฟเฟอร์และคณะ (Shaeffer et al. อ้างใน น้อมจิต สุกุลพันธ์, 2536, หน้า 60) ว่าเป็นการช่วยเหลือในด้าน สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ ในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางด้านเงินทอง สิ่งของ หรือการให้ บริการ เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยต้องการจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผลกระทบจากโรคทำให้ สมรรถภาพการทำงานของร่างกายลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานบางอย่างที่ต้องใช้แรงงานหรือ หักไหมที่ต้องใช้แรงมากจนเกินกำลัง ผู้ป่วยทำไม่ได้ ทำให้รายได้จากการประกอบอาชีพต้อง ลดลง นอกจากนี้ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบ แพทย์ ค่ายา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทต่อครอบครัวและสังคมได้เหมือน เดิม ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวในด้านการเงิน การ สนับสนุนให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์ครบคุณค่า การกระตุ้นเตือนหรือจัดให้รับประทานยาวันโรค ตามแผนการรักษาของแพทย์ การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องนอน ในบ้าน และบริเวณบ้านให้สะอาด ปลอดภัย การพาไปพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ การสร้างความเพลิดเพลิน หรือมีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่การงาน จะทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล ทำให้ความร่วมมือในการรักษามีมากขึ้น

สภาพครอบครัวสังคมและสิ่งแวดล้อมล้วนแต่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังและต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น ญาติพี่น้อง สามีหรือภรรยา บุตรธิดา เพื่อนฝูงหรือผู้ใกล้ชิดที่ให้การดูแลผู้ป่วย ต้องมีส่วนร่วมรับรู้เข้าใจและตระหนักในความสำคัญของการรักษาผู้ป่วยอย่างดี นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะสติ การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย แรงจูงใจ ข้อมูลทางปัจจัยประชากรและสังคม ระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการรักษาพยาบาล แผนการรักษา ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นต้น (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531, หน้า 51-52)

ความร่วมมือในการรักษาโรค

ดราคุปและมิลิส (อ้างในนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531, หน้า 50) ให้ความหมายความร่วมมือในการรักษาว่า เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ เฮนส์ (อ้างใน นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531, หน้า 50) ได้จำแนกรายละเอียดของความร่วมมือในการรักษาว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลในเรื่อง การรับประทานยา การรับประทานอาหารหรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต ภิรมย์ กมลรัตนกุล (2530, หน้า 853) กล่าวว่า ความร่วมมือของผู้ป่วย (patient compliance) คือรับประทานยาด้วยจำนวนและขนาดที่ถูกต้อง การมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนมีความสำคัญต่อประสิทธิผลของการรักษาทั้งสิ้น กรณีตัวอย่างข้างต้น แม้ว่ายานั้นจะมีคุณภาพในการรักษา แต่ถ้าคนไข้ไม่รับประทานอย่างต่อเนื่องก็จะขาดประสิทธิผลโดยสิ้นเชิง

ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด จึงหมายถึงวิธีการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเกี่ยวกับจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา การมารับยาและการตรวจตามนัดร่วมกับผลของการรักษา การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุราในขณะที่รับการรักษาโรค การประเมินความร่วมมือในการรักษา อาจกระทำได้ 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ (Kocher & Daniels อ้างใน นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531, หน้า 51)

1. การประเมินทางตรง อาศัยหลักทางชีววิทยา เช่น การตรวจเสมหะ การตรวจเอกซเรย์ปอด

2. การประเมินทางอ้อม อาศัยเครื่องมือประเมิน ความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนสร้างขึ้น อาจเป็นแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ การมา

รับยาและการตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวตามคำสั่งของแพทย์ และการประเมินอาการของผู้ป่วย โดยแพทย์ผู้รักษา

ดังที่กล่าวแล้วว่า วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขถึงแม้ว่าทางการแพทย์จะมีการคิดค้นวิธีการรักษาด้วยยาชนิดใหม่ และระบบยาระยะสั้นที่ใช้เวลาในการรักษาให้สั้นลง แต่อัตราการรักษาก็ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญมากในการที่จะทำให้หายจากโรค โดยการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การมาตรวจเพื่อรับยาวัณโรค การตรวจเสมหะหรือเอกซเรย์ปอดตามนัด การสังเกตสิ่งผิดปกติ การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการผิดปกติ หลีกเลี่ยงต่อสิ่งเสพติดให้โทษต่อสุขภาพ เช่น งดสูบบุหรี่และงดดื่มสุราในขณะรับการรักษาวัณโรค

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

Josten, Savik, Mullett, Cambell & Vincent (1995, p. 1-12) ศึกษาความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเสี่ยงเกี่ยวกับระดับของความร่วมมือในการรักษาและเหตุผลของความไม่ร่วมมือในการรักษาโดยการให้นอนพักบนเตียงและห้ามลุกจากเตียง โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเสี่ยงจำนวน 326 ราย ซึ่งมีปัญหาที่เสี่ยงด้วยการคลอดก่อนกำหนด มีความดันโลหิตสูงหรือพบปัญหาการมีเลือดออกจากช่องคลอด พบว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยมีเหตุผล คือ 'ไม่ต้องการเด็ก' 'ไม่รู้สึกว่าตัวเองป่วย' มีความต้องการทำงาน ความรู้สึกไม่สบายที่ถูกห้ามลุกจากเตียง และมีสถานภาพหย่าร้างหรือแยก ทำให้ขาดการสนับสนุนทางครอบครัว สอดคล้องกับเพลินดา พรหมบัวศรี (2536, หน้า 67) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยการศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพความร่วมมือในการรักษานูตของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด พบว่ามารดาในกลุ่มที่ควบคุมโรคหอบหืดในบุตรดีมีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าร้าง ร้อยละ 2.7 แต่มารดาในกลุ่มที่ควบคุมโรค

หอบหืดในบุตรไม่ได้มีสถานภาพสมรสหมาย หย่าร้างร้อยละ 9.3 สถานภาพสมรสอาจมีผลให้มารดาในกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดีและให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมโรคดี

งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา อัลวิน เรย์ และแฟรปปี้แอร์ (Alvin, Rey & Frappie, 1995, p. 874-882) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาโรคเรื้อรังในวัยหนุ่มสาว พบว่าระดับความร่วมมือสามารถวัดได้จากปัจจัยทางประชากรศึกษา ลักษณะของผู้ป่วยและครอบครัว ชนิดของการเจ็บป่วย การรักษา และความสัมพันธ์ที่ดีของผู้ป่วยและแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง (2532, หน้า 58-67) ซึ่งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาโรคเรื้อรังที่รักษาด้วยยาต้านโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 258 ราย พบว่าปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ อาการของโรคระหว่างการมารับการรักษา อาการแสดงของโรคในปัจจุบัน ผู้แนะนำกระตุ้นเตือนให้มารับการรักษาในแต่ละเดือนและสถานที่รักษา มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05 เคอร์ทไรท์ กันจาโลติ และเลวาล์สเลน (Courtright, Kanjaloti & Lewallen, 1995, p. 8-15) ศึกษาอุปสรรคของการยอมรับการผ่าตัดต่อกระดูกของผู้ป่วยต่อกระดูกในชนบทมาลาวี โดยการสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกแล้วนาน 9-12 เดือน พบว่าผู้ป่วยต่อกระดูกที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและการสนับสนุนจากครอบครัว จะยอมรับการผ่าตัดต่อกระดูกน้อยกว่าผู้ป่วยต่อกระดูกที่ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

2. งานวิจัยเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางครอบครัว

ด้านการสนับสนุนทางครอบครัว เคตัน เซร่าท์ โดมินเกส อีเกิล โอเปอร์ และเคอร์มอส (Caton, Shrout, Domingues, Eagle, Opler & Courmos, 1995, p. 1153-1156) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หญิงโรคจิตชนิดเก็บตัว (Schizophrenia) เป็นคนเร่ร่อน โดยการศึกษาเปรียบเทียบหญิงโรคจิตชนิดเก็บตัวที่มีประวัติเร่ร่อน จำนวน 100 คน กับหญิงโรคจิตชนิดเก็บตัวที่ไม่มีประวัติเร่ร่อน จำนวน 100 คนในเมืองนิวยอร์ก โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเร่ร่อนจากความรุนแรงของอาการป่วยทางจิต ภูมิหลังของครอบครัวและการใช้สถานบริการทางจิตเวช พบว่าหญิงโรคจิตชนิดเก็บตัวที่มีประวัติเป็นคนเร่ร่อนมีอัตราการติดสุราสูง ติดยาเสพติด มีบุคลิกต่อต้านสังคมและไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอ

การสนับสนุนทางด้านสังคมที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ตัน (Morton, 1995, p. 495-503) เรื่องความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ พบว่าคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นโดยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาความลำบากของการพูด อาการเจ็บคอขณะกลืนอาหาร และการสนับสนุนทางครอบครัวที่เพียงพอและสนับสนุนผลการรักษาของคิมเมล (Kimmel, 1995, p. 1418-1426) ซึ่งได้ศึกษาความอยากตายของผู้ป่วยใน (inpatient) ที่ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 200 คน โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semistructured interview) ตามข้อกำหนดของการวิจัยเพื่อการวินิจฉัย (research diagnosis criteria) ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความอยากตายจะได้รับการสัมภาษณ์ซ้ำในอีก 2 อาทิตย์ต่อมา ผลการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่อยากตายมีจำนวนร้อยละ 44.5 โดยร้อยละ 85 มีความอยากตายอย่างรุนแรง โดยเกี่ยวเนื่องกับระดับของความเจ็บป่วยและมีการสนับสนุนทางครอบครัวต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของเอสกิน (Eskin, 1995, p. 158-172) ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและการสนับสนุนทางครอบครัวในนักเรียนชาวสวีเดน จำนวน 652 ราย และชาวเดอร์กี จำนวน 654 ราย พบว่านักเรียนชาวสวีเดน 61 ราย ร้อยละ 9.4 และชาวเดอร์กี 71 ราย ร้อยละ 10.9 เคยมีความพยายามฆ่าตัวตายและเคยพบกับนักจิตวิทยาเพื่อต้องการความช่วยเหลือ ส่วนใหญ่จะเป็นนักเรียนหญิงซึ่งมีประวัติว่า สมาชิกในครอบครัวเคยพยายามฆ่าตัวตาย และไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวที่ดีจะช่วยให้การฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาพปกติได้ดีขึ้น จากการศึกษาของเฮนดริกส์ เฟิร์กูสัน และออร์ทมาน (Hendriks, Ferguson & Ortman, 1995, p. 514-518, 521-522, 525) ซึ่งศึกษาโดยการผ่าตัดวิธีซีเลคตีฟ ดอร์ซอล ไรโซโตมี (Selective Dorsal Rhizotomy) เพื่อลดความเกร็งตัวของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยซีรีบรอนพาลีส (Cerebral Palsy) พบว่าเด็กที่ได้รับการผ่าตัดวิธีซีเลคตีฟ ดอร์ซอล ไรโซโตมี มีความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเท้า และเดินขาได้กว้างมากขึ้น และลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนที่ควบคุมการทำงาน ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวที่ดี เช่นเดียวกับเวบบ์ วิกลี่ โยเอล และไฟน์ (Webb, Wrigley, Yoels and Fine, 1995, p. 1113-1119) ได้ศึกษาเพื่ออธิบายคุณภาพชีวิตของบุคคลภายหลังจากการได้รับการกระทบกระเทือนของศีรษะเนื่องจากอุบัติเหตุเป็นเวลา 2 ปี ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 116 ราย ที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูหลังจากได้รับการบาดเจ็บของศีรษะ การศึกษาพบว่า การมีงานทำมีส่วนช่วยในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและที่สำคัญที่สุดคือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถจ่ายเงินเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองจะฟื้นฟู

สภาพได้น้อย และมีคุณภาพชีวิตต่ำ การได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวที่ดีจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยลดความพิการและมีโอกาสในการได้งานทำ

นอกจากนี้ ลีและกรับส์ (Lee & Grubbs, 1995, p. 38-49) ได้ศึกษาเพื่อหาเหตุผลของการมาฝากครรภ์ช้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยศึกษาในหญิงวัยรุ่นที่เริ่มตั้งครรภ์ จำนวน 49 ราย อายุระหว่าง 13-18 ปี พบว่าเหตุผลหนึ่งของการมาฝากครรภ์ช้าเกิดจากความกลัวผู้ปกครองทราบ และไม่มีเงิน ส่วนในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มแรกได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวดีกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฝากครรภ์ช้า

ภาวดี มโนหาญ (2536, หน้า 4) พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขาดการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและประสบปัญหาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรค ระดับการศึกษาและรายได้ ไม่สนใจร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น และไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531, หน้า 38) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง 34.29 ที่ขาดการสนับสนุนทางครอบครัว เช่นเดียวกับไลส์และคณะ (Liese et al. อ้างใน สุกัญญา บริสัญญกุล, 2536, หน้า 59) ศึกษาหญิงมีครรภ์จำนวน 157 ราย ที่อยู่ในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีสามีอยู่ด้วยกันจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ วัตถุ และเงินทอง มีผลให้หญิงมีครรภ์มีการปรับตัวทางด้านจิตในทางบวก ซึ่งตรงข้ามกับหญิงตั้งครรภ์ที่สามีไม่ได้อยู่ด้วยกันจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาวัณโรค พบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรนี้อย่างชัดเจน ดังนั้นในการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาวัณโรค โดยสรุปกรอบแนวคิดของการสนับสนุนทางครอบครัวว่าพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจาก บิดา มารดา สามีหรือภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องในบ้านเดียวกัน โดยชนิดของการสนับสนุนทางครอบครัวได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือยกย่อง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเงินทอง สิ่งของหรือการให้บริการ โดยความร่วมมือในการรักษาโรคได้แก่ การปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การมาตรวจเพื่อรับยาวัณโรค การตรวจเสมหะหรือเอกซเรย์ปอดตามนัด การสังเกตสิ่งผิดปกติ การปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติ หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดที่ให้โทษต่อสุขภาพ เช่น การงดสูบบุหรี่และการงดดื่มสุราในขณะรับการรักษาวัณโรค

สรุปกรอบแนวคิด

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิด เขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

