

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ต่อความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อตามลำดับ ต่อไปนี้

1. วัณโรคปอดและการรักษา
2. ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด
3. การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

วัณโรคปอดและการรักษา

วัณโรคปอดเป็นโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อแบคทีเรียมัยโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คิวโลซิส (Mycobacterium tuberculosis) (Thompson, McFarland, Hirsch, & Tucker, 1997) เชื้อวัณโรคชนิดนี้เป็นแบคทีเรียชนิดทนกรด (acid-fast aerobic bacillus :AFB)ซึ่งเป็นคำที่ใช้เรียกเชื้อนี้ โดยทั่วไปมาจาก ผลของการย้อมสีด้วยแซ็นนิลเซน (Ziehl-Neelsen stain) หรือคินีโอน (Kinyoun stain) เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์เชื้อนี้มีลักษณะเป็นแท่งโค้ง ขนาดยาว 1-5 ไมครอน กว้าง 0.2-0.5 ไมครอน ในเสมหะต้องมีเชื้ออย่างน้อย 10,000 ตัวต่อเสมหะ 1 มิลลิลิตร จึงจะมองเห็นจากสเมียร์ แต่ถ้าเห็นเชื้อเพียง 1 ตัว ในสเมียร์ก็ถือว่ามีความสำคัญ (อังกูร เกิดพานิช, 2540) เชื้อวัณโรคทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบเป็นจตุรรวมเรียกว่า แกรนูโลมา (granulomas) (Monahan & Neighbors, 1998) เชื้อวัณโรคสามารถถูกทำลายได้ด้วยความร้อน แสงแดด และแสงอัลตราไวโอเลต (สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย, 2540; Monahan & Neighbors, 1998)

วัณโรคปอดแพร่กระจายได้โดยบุคคลสูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคขนาดเล็กประมาณ 1-5 ไมครอน เข้าไป ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดพูด ไอ หวเราะ ร้องเพลง หรือบ้วนเสมหะ (Monahan & Neighbors, 1998; Taylor & Littlewood, 1998) การติดเชื้อวัณโรคระยะแรก (primary tuberculosis infection) เกิดขึ้นเมื่อ มีการสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าสู่ปอด เมื่อผ่านถึงถุงลม เชื้อจะ

มีการแบ่งตัวและถูกจับกินโดยแมคโครฟาจ แต่เชื้อยังไม่ตายยังสามารถแบ่งตัวได้ในเซลล์ของแมคโครฟาจ หลังจากนั้นเชื้อจะแพร่กระจายไปทางระบบน้ำเหลืองไปสู่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงกระจายสู่กระแสโลหิตไปสู่อวัยวะอื่นๆ โดยเฉพาะไขกระดูก ตับ ม้าม บริเวณที่มีการติดเชื้อครั้งแรกมักเป็นที่ปอด แต่ตำแหน่งอื่นๆ ของร่างกายก็สามารถเกิดได้เช่นกัน เนื่องจากปอดมีออกซิเจนอยู่มาก จึงเป็นตำแหน่งที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเชื้อและยังสามารถแพร่กระจายเชื้อออกไปสู่นอกร่างกายได้ง่าย โดยการติดต่อผ่านทางอากาศ ถ้าร่างกายแข็งแรงมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดี ก็จะมีการสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะออกมายับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อ ผู้ป่วยจะยังไม่มีอาการแสดง และตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพก็จะหายไปได้ บริเวณรอยโรคจะกลายเป็นพังผืดและมีแคลเซียมมาเกาะ แต่การทดสอบทูเบอร์คูลินจะได้ผลบวก (อังกูร เกิดพานิช, 2540; Monahan & Neighbors, 1998) ในผู้ได้รับเชื้อวัณโรคบางคนอาจไม่มีอาการเป็นเวลาหลายๆ ปี เรียกว่า การติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง อย่างไรก็ตามมีเพียงร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อเหล่านี้ที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ซึ่งอาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับเชื้อไม่กี่สัปดาห์หรืออีก 20-30 ปี ให้หลังก็ได้ กล่าวโดยสรุป หากผู้ติดเชื้อวัณโรคปอดมีสุขภาพดี และมีภูมิคุ้มกันที่ดี ก็จะไม่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ในทางตรงกันข้ามหากผู้ติดเชื้อวัณโรคปอด มีภูมิคุ้มกันต่ำ โอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดก็มากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; Thompson et al., 1997; Monahan & Neighbors, 1998) การติดเชื้อวัณโรคระยะที่สอง (secondary tuberculosis) คือ การป่วยเป็นวัณโรคในบุคคลที่เคยได้รับเชื้อและมีปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันแล้ว ร่วมกับการได้รับเชื้อวัณโรคใหม่เพิ่ม แต่โดยทั่วไปเป็นผลสืบเนื่องมาจากการมีปฏิกิริยาซ้ำจากการติดเชื้อวัณโรคในระยะเริ่มแรก (Monahan & Neighbors, 1998)

อาการแสดงของวัณโรคปอด ในระยะเริ่มแรกยังไม่มีอาการที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง อาการที่พบ คือ มีไข้ต่ำๆ ในช่วงบ่าย ชีต หนาวสั่น มีเหงื่อออกมาก (พบบ่อยในเวลากลางคืน) เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เมื่อมีการอักเสบที่ปอดจะพบอาการไอเรื้อรัง ซึ่งจะไอนานกว่า 3 สัปดาห์ ในระยะแรกจะไอแห้งๆ มีเสมหะเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่ไอในตอนเช้า แต่เมื่อมีการดำเนินของโรคต่อไป ผู้ป่วยจะไอมากขึ้นทั้งกลางวันและกลางคืน เสมหะจะกลายเป็นหนอง มีกลิ่นเหม็น อาจมีเลือดปน อาการอื่นๆ ที่พบได้คือ หายใจลำบาก ไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก อาจมีเชื้อหุ้มปอดอักเสบ เกาะได้เสียงทึบ และแน่นอก ซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกเมื่อมีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปทั่วปอด (สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย, 2540; Harkness & Dincher, 1996; Thompson et al., 1997)

การวินิจฉัยวัณโรคปอดสามารถกระทำได้หลายวิธีที่นิยมในปัจจุบัน ได้แก่ การทดสอบทูเบอร์คูลิน การตรวจเสมหะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (ยุทธิชัย เกษตรเจริญ, 2542; สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยฯ, 2540; Monahan & Neighbors, 1998; Taylor & Littlewood, 1998) การทดสอบทูเบอร์คูลิน จะอ่านผลหลังการทดสอบ 48 และ 72 ชั่วโมง ซึ่งจะแปลผลจากขนาด

เส้นผ่าศูนย์กลางของรอยย่นแดงที่ผิวหนังหลังฉีด PPD Tween 80 5 TU (PPD 5 TU) 0.1 ลูกบาศก์ เซนติเมตร เข้าในผิวหนังบริเวณท้องแขน ถ้ามีขนาด 0-4 มิลลิเมตร แสดงว่าได้ผลลบ ถ้ามีขนาด 5-9 มิลลิเมตร สงสัยว่าเป็นวัณโรค และถ้ามีขนาด 10 มิลลิเมตรหรือมากกว่าแสดงว่าให้ผลบวก ซึ่งบ่งชี้ว่าบุคคลผู้นั้นเคยสัมผัสหรือได้รับเชื้อวัณโรค แต่อาจไม่มีอาการหรือเป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (active TB) วิธีที่ 2 สำหรับวินิจฉัยวัณโรคปอด คือ การตรวจเสมหะ เป็นการศึกษาถึงเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ การย้อมเสมหะ การเพาะเชื้อวัณโรค รวมทั้งการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ซึ่งการย้อมเสมหะเป็นการวินิจฉัยวัณโรคที่แน่นอน และสามารถคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สมควรได้รับการรักษามากที่สุด การตรวจเสมหะจะกระทำติดต่อกัน 3 วัน โดยให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะจากส่วนลึกของหลอดลม และนำมาย้อมเสมหะด้วยวิธีเชียนีลเซน (Ziehl-Neelsen stain) หรือคินีโอน (Kinyoun stain) แล้วรายงานผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์กำลังขยาย 1,000 เท่า ดังนี้คือ ถ้าพบ 3-9 AFB (acid fast bacilli) /300 field แปลผลเป็น 1⁺ ถ้ามากกว่า 10 AFB /300 field แปลผลเป็น 2⁺ และถ้ามากกว่า 10 AFB/field แปลผลเป็น 3⁺ ส่วนการเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ทำในรายที่สงสัยว่าเป็นวัณโรคแต่เสมหะย้อมไม่พบเชื้อหรือในกรณีสงสัยว่าเชื้อคือยา วิธีสุดท้ายในการวินิจฉัยวัณโรคปอดคือ การถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นอีกวิธีหนึ่ง มีประโยชน์สำหรับการวินิจฉัยวัณโรคปอดแต่วิธีนี้มีความจำเพาะต่ำ จึงต้องกระทำร่วมกับการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยเสมอ เพื่อหลีกเลี่ยงการวินิจฉัยที่ผิดพลาดและการรักษาที่ไม่จำเป็นให้เหลือน้อยที่สุด

การแบ่งประเภทของผู้ป่วยวัณโรคปอด สามารถแบ่งประเภทตามการตรวจเสมหะได้เป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก ซึ่งจะมีผลการตรวจข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 2 ครั้ง 2) ผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้ง ร่วมกับมีภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด และแพทย์ตัดสินใจรักษาวัณโรค และ 3) ผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้ง และผลการเพาะเชื้อวัณโรคให้ผลบวก สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบ คือ ผู้ป่วยมีผลการตรวจข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยเป็นวัณโรค ผลการตรวจเสมหะอย่างน้อย 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ตัวอย่าง (แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์) ไม่พบเชื้อ และมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค โดยผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหลังจากรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ 1 สัปดาห์ และแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาแบบวัณโรค 2) ผู้ป่วยที่มีอาการปว่หนัก ผลการตรวจเสมหะอย่างน้อย 2 ตัวอย่าง ด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อ โดยมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาแบบวัณโรค (บัญญัติ ปริษณานนท์, ชัยเวช นุชประยูร, และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2542; ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก, 2542)

การรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในปัจจุบันความเห็นในเรื่องการใช้ยารักษาวัณโรคที่เหมาะสมที่สุด ก่อนข้างตรงกันทั่วโลก ยารักษาวัณโรคที่รู้จักกันแพร่หลายเป็นการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น

(short course chemotherapy) เป็นระบบยาระดับนานาชาติที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดที่จะรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ (สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยฯ, 2540; Taylor & Littlewood, 1998) จุดมุ่งหมายของการรักษาวัณโรค มีดังนี้คือ 1) เพื่อรักษาผู้ป่วยวัณโรค 2) เพื่อป้องกันการตายหรือความพิการจากวัณโรค 3) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และ 4) เพื่อลดการแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่น (ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก, 2542) หลักในการรักษาวัณโรคที่สำคัญมี 4 ประการ คือ 1) ให้ยาถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน 2) ให้ยาถูกต้องตามขนาด 3) ให้ยาระยะยาวเพียงพอ เพื่อให้เชื้อวัณโรคถูกฆ่าหรือถูกทำลายจนหมด และไม่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นวัณโรคซ้ำอีก และ 4) มีความต่อเนื่องในการรักษา ระยะของการรักษาวัณโรคมีอยู่ 2 ระยะ คือ 1) ระยะเข้มข้น (intensive phase) ผู้ป่วยจะได้รับยาอย่างน้อย 3 ชนิด ซึ่งมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อจะมีอาการดีขึ้น และไม่สามารถแพร่เชื้อได้อีกหลังจากรักษาไปได้เพียง 2 สัปดาห์ และ 2) ระยะต่อเนื่อง (continuation phase) จะใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิด ซึ่งจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคที่หลงเหลืออยู่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

สำหรับยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค มีคุณสมบัติที่สำคัญ 3 ประการ คือ คุณสมบัติในการฆ่าเชื้อ คุณสมบัติในการทำให้ปราศจากเชื้อ และคุณสมบัติในการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ในปัจจุบันแบ่งยาที่ใช้รักษาวัณโรคออกเป็น 2 ระบบ คือ 1) ระบบยาหลัก (first-line antituberculosis drugs) ได้แก่ ไอโซไนอะไซด์ (isoniazid: H) ไรแฟมปีซิน (rifampicin: R) ไพราซินามิด (pyrazinamide: Z) สตรปโตมัยซิน (streptomycin: S) และอีแธมบูทอล (ethambutol: E) และ 2) ระบบยาสำรอง (second-line antituberculosis drugs) ใช้ในกรณีการรักษาด้วยระบบยาหลักล้มเหลว ทำให้เชื้อวัณโรคดื้อยา เป็นยาที่มีความยุ่งยากในการใช้ มีประสิทธิภาพต่ำ และมีผลข้างเคียงมากกว่ายาหลัก การใช้ยาควรอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาวัณโรค ยาในระบบนี้ได้แก่ คาพรีโอมัยซิน (capreomycin) กานามัยซิน (kanamycin) อะมิกาซิน (amikacin) เอ็ทรินาไมด์ (ethinamide) ไซโคลเซอรีน (cycloserine) พารา-อะมิโนซาลิไซลิก แอซิด (para-aminosalicylic acid) ไธอะเซตทาโซน (thiacetazone) และกลุ่มยาควิโนโลน (quinolones) ได้แก่ ไซโปรฟลอกซาซิน (ciprofloxacin) และ ออฟฟลอกซาซิน (ofloxacin) (ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก, 2542; Behlau & Daniel, 1997; Harkness & Dincher, 1996)

ตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกได้แบ่งระบบยารักษาวัณโรคออกเป็น 4 ระบบ คือ ระบบที่ 1: 2HRZE(S)/4HR ระบบที่ 2: 2SHRZE/1HRZE/5HRE ระบบที่ 3: 2HRZ/4HR และระบบที่ 4: H alone หรือ second-line drug โดยระบบยารักษาวัณโรคมีรหัสย่อเป็นมาตรฐานเพื่อสะดวกในการจดจำ ระบบยาแต่ละระบบจะแบ่งเป็น 2 ระยะ (phase) ตัวเลขนำหน้า คือ จำนวนเดือนของระยะนั้นๆ ตัวเลขที่ห้อยท้ายอักษรย่อ คือ จำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา

หากไม่มีตัวเลขห้อยท้ายตัวอักษร ผู้ป่วยต้องรับประทานยาทุกวัน (บัญญัติ ปริญญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร, และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2542; ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก, 2542)

ระบบที่ 1: 2HRZE(S)/4HR ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ได้รับ การรักษาเป็นครั้งแรกหรือผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมาก เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคของไขสันหลัง กล่าวคือ รับประทานยาไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมปีซิน (R) ไพราซิनाไมด์ (Z) และ อีแอมบูทอล (E) หรือสเตรปโตมัยซิน (S) ทุกวันเป็นเวลา 2 เดือน แล้วตามด้วยยาไอโซไนอะซิด (H) และไรแฟมปีซิน (R) อีก 4 เดือน หลังจากนั้นตรวจสอบเสมหะซ้ำเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครบ 2 เดือน หากผลเสมหะเป็นลบ ให้เริ่มการรักษาในระยะต่อเนื่อง (4 เดือนหลัง) แก่ผู้ป่วย ถ้าผลเสมหะเป็นบวกให้หยุดยา 2-3 วัน ส่งเสมหะไปเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยา ขยายการรักษาในระยะเข้มข้นอีก 1 เดือน แล้วตรวจสอบเสมหะ ให้ยาในระยะต่อเนื่องได้ไม่ว่าผลตรวจสอบเสมหะจะเป็นบวกหรือลบก็ตาม จากนั้นตรวจสอบเสมหะในเดือนที่ 5 ของการรักษา และเมื่อครบการรักษา หากผลเสมหะครั้งใดครั้งหนึ่งใน 2 ครั้ง เป็นบวก ให้ถือว่าผู้ป่วยรายนี้ล้มเหลวต่อการรักษา

ระบบที่ 2: 2SHRZE/1HRZE/5HRE ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรากลับเป็นซ้ำ ล้มเหลวหรือขาดยาแล้วกลับมารักษา โดยก่อนการรักษาต้องทำการเพาะเชื้อทดสอบความไวในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มว่าอาจดื้อยาได้ ตรวจสอบเสมหะเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครบ 3 เดือน หากผลเสมหะเป็นลบเริ่มให้ยาในระยะต่อเนื่อง (5 เดือนหลัง) แก่ผู้ป่วย แต่ถ้าผลเสมหะเป็นบวกให้ยาเกิน 4 ตัว ต่ออีก 1 เดือน และตรวจสอบเสมหะในเดือนที่ 5 ของการรักษา และเมื่อครบการรักษา หากผลตรวจสอบเสมหะเมื่อครบเดือนที่ 5 ยังคงเป็นบวกให้การรักษาด้วยระบบยาที่ 4 แก่ผู้ป่วยต่อไป

ระบบที่ 3: 2HRZ/4HR ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีอาการไม่มาก เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง ตรวจสอบเสมหะเมื่อผู้ป่วยรักษาครบ 2 เดือน หากผลเสมหะเป็นลบให้ยาในระยะต่อเนื่องต่อไป หากผลเสมหะกลับเป็นบวก จำหน่ายผู้ป่วยเป็นล้มเหลว และเริ่มให้ยา ระบบที่ 2 (ต้องรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น)

ระบบที่ 4: H alone หรือ second-line drugs ใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะการล้มเหลวจากระบบที่ 2 (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก, 2542)

ระบบยาดังกล่าวเป็นระบบยาที่มีประสิทธิภาพที่สุดที่จะรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอและปฏิบัติตามตัวอย่างถูกต้อง นั่นคือ ผู้ป่วยต้องรับการรักษาอย่างครบถ้วนหรือให้ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพจึงเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรคปอด

ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอด

แนวคิดของความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ (adherence to health regimens) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวคิดเดียวกับความร่วมมือในแผนการรักษา (adherence to medication regimens) โดยมองในบทบาทของพยาบาล ซึ่งสามารถให้การพยาบาลครอบคลุมทุกด้าน ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นในบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะในบุคคลที่ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายหรือเป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งบุคคลที่ป่วยด้วยโรคที่หายช้า ต้องรับประทานยาเป็นเวลาหลายเดือนหรือเป็นปี การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพเป็นวิธีการที่จะสามารถให้การพยาบาลได้ครอบคลุมทุกด้าน ไม่ได้เน้นเฉพาะการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพียงอย่างเดียว

ความหมายของความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ

ความหมายของความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ สามารถเสนอตามความหมายของความร่วมมือในการรักษาได้ ดังนี้

ดราคัพและเมลีส (Dracup & Meleis, 1982) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จะเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งแผนการรักษานั้นต้องเป็นไปตามความเห็นชอบของบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมใหม่ เช่น รับประทานยาถูกต้อง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิม เช่น ลดอาหารเค็ม งดสูบบุหรี่ เป็นต้น ในทางตรงกันข้ามความไม่ร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมที่ขัดแย้งกับแผนการรักษา อาจเป็นลักษณะที่ไม่ปฏิบัติตาม (omission) เช่น ไม่รับประทานยา ไม่มาตรวจตามนัด หรือปฏิบัตินอกเหนือการรักษา (commission) เช่น รับประทานยามากเกินไป รับประทานอาหารที่ควรงด เป็นต้น นอกจากนี้แซคเกตต์และเฮนเนส (Sackett & Haynes, 1976 cited in Kyngas & Hentinen, 1995) ได้ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งตอบสนองต่อคำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับของเฮนเนส (Haynes, 1979 cited in Brannon & Feist, 1997) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคล เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิต ที่สอดคล้องตามคำแนะนำของแพทย์หรือผู้ดูแลสุขภาพ

จากความหมายของความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ ตามแนวคิดของนักวิชาการหลายๆ ท่านข้างต้น (Dracup & Meleis, 1982; Haynes, 1979 cited in Brannon & Feist, 1997; Sackett & Haynes, 1976 cited in Kyngas & Hentinen, 1995) สามารถสรุปความหมายของความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอด ที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ได้ว่า หมายถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอด ยอมรับและเต็มใจที่จะปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการดูแลสุขภาพ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกกระทำกิจกรรมเหล่านั้น ได้แก่ การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคปอด และการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

1.1 การรับประทานยารักษาวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคปอดต้องรับประทานยารักษาวัณโรคทุกวันอย่างสม่ำเสมอ จนครบกำหนดทั้งชนิดและขนาดตามแผนการรักษา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดของยาเองโดยไม่มีคำสั่งแพทย์ เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาไปประมาณ 2 สัปดาห์ อาการไอและอาการต่างๆ จะดีขึ้น รู้สึกสบายขึ้น แต่ไม่ควรหยุดรับประทานยา เนื่องจากอาการที่ดีขึ้นนั้นไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยหายจากวัณโรคแล้ว นอกจากนี้เชื้อวัณโรคยังไม่ได้หมดไป แต่เชื้อวัณโรคจะหลบซ่อนอยู่ในเนื้อปอดของผู้ป่วย ซึ่งเชื้อที่เหลือยู่เป็นกลุ่มของวัณโรคที่แข็งแรงและเป็นอันตรายอย่างที่สุด เชื้อวัณโรคดังกล่าวอาจคือยาที่เคयरักษาอยู่ โอกาสหายจากโรคจะยากขึ้น และสามารถแพร่เชื้อวัณโรคที่ื้อยาไปสู่บุคคลอื่นได้ (พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537; สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่, 2540) ในขณะที่รับประทานยาผู้ป่วยต้องสังเกตอาการข้างเคียงของยาร่วมด้วย ซึ่งอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ อาการข้างเคียงของยาอย่างรุนแรง (major side effects) และอาการข้างเคียงของยาไม่รุนแรง (minor side effects) อาการข้างเคียงของยาอย่างรุนแรง ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ทำอันตรายต่อร่างกายรุนแรง ซึ่งจะต้องหยุดยารักษาวัณโรคทันทีและส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ อาการข้างเคียงของยาไม่รุนแรง ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงที่ทำให้ร่างกายมีอาการผิดปกติบ้าง แต่ไม่มาก ในกรณีนี้การให้การรักษาตามอาการก็เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการอธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ จะทำให้การรักษาได้ผลมาก ไม่จำเป็นต้องหยุดยารักษาวัณโรค

อาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรคที่อาจพบได้ มีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; Thompson, McFarland, Hirsch, & Tucker, 1997)

1. ยาไอโซไนอะซิด (H) อาการข้างเคียงของยาอย่างรุนแรง เช่น ตับอักเสบ พบได้ร้อยละ 0.5 ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง เบื่ออาหาร เกร็ง กลืนได้ลำบาก ควรหยุดยาและแนะนำให้พบแพทย์ นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติของเม็ดเลือดซึ่งจะหายไปเมื่อหยุดยา อาจมี

อาการปากแห้ง ปัสสาวะคั่งได้ ส่วนอาการข้างเคียงของยาที่ไม่รุนแรง เช่น อาการทางประสาท ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ผื่นแดงตามผิวหนัง

2. ยาไรแฟมปีซิน (R) อาการข้างเคียงของยาอย่างรุนแรงที่พบได้คือ ดับอวัยวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่มีความผิดปกติของตับมาก่อน เช่น โรคตับแข็ง หากพบว่ามีอาการ ตัวเหลือง ตาเหลือง การทำงานของตับผิดปกติ ต้องหยุดยาทันที นอกจากนี้อาจกระตุ้นให้เกิดทำงานผิดปกติรวมถึงไตวายได้ รวมทั้งอาจพบอาการหายใจหอบและมีจุดเลือดออกตามผิวหนัง ในกรณีเช่นนี้ต้องหยุดยาทันที และรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ส่วนอาการข้างเคียงยาที่ไม่รุนแรง ได้แก่ อาการคัน อาจมีผื่น โดยเฉพาะที่บริเวณหน้าและหลังศีรษะ บางครั้งมีอาการตาแดงและน้ำตาไหล อาการแพ้คล้ายไข้หวัดใหญ่ อาจมีไข้ หนาวสั่น ปวดเมื่อย ปวดศีรษะและปวดกระดูก อาการในช่องท้อง เช่น มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย อาการทางระบบประสาท เช่น เกร็ง ปวดศีรษะ วิดกกังวล กล้ามเนื้ออ่อนแรง แผลในปาก และอาจพบโปรตีนในปัสสาวะ

3. ยาสเตรปโตมัยซิน (S) อาการข้างเคียงของยาอย่างรุนแรง ได้แก่ อาการประสาทหูคู่ที่แปลถูกทำลาย (vestibular damage) คือ มีเสียงดังในหู วิงเวียน และเดินเซ, อาการปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity reaction) เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน, อาการชา (numbness) รอบริมฝีปาก ภายหลังฉีดยา อาจมีอาการคลื่นไส้หรือเป็นลมทันที ควรระวังการแพ้ยาในกลุ่มผู้ป่วยที่แพ้ยาปฏิชีวนะกลุ่มอะมิโนกลัยโคไซด์

4. ยาไพราซิโนไมด์ (Z) อาการข้างเคียงของยาอย่างรุนแรงคือ ดับอวัยวะ ควรมีการตรวจสอบการทำงานของตับทั้งก่อนและหลังการให้ยา หากพบความผิดปกติต้องรีบหยุดยา อาจพบภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity) เช่น มีไข้ ออกผื่น อาการไม่สุขสบายในช่องท้อง เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะขัด นอกจากนี้อาจพบว่ามีระดับของกรดยูริกสูงขึ้น ทำให้มีอาการปวดข้อได้

5. ยาอีแธมบูตอล (E) สามารถทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นได้ เช่น ตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัดเจน มีอาการตาบอดสี, อาจพบอาการแพ้ยา ผื่นแดง ตัวเหลือง และชาตามปลายประสาท, อาการทางประสาทส่วนกลาง เช่น ภาพหลอน

นอกจากนั้นการรักษาวัณโรคปอด ควรรับการรักษาจากสถานบริการแห่งใดแห่งหนึ่งเป็นประจำ ไม่ควรย้ายที่รักษาบ่อย เพราะอาจได้รับยาไม่ต่อเนื่อง และการเปลี่ยนยาที่ใช้ในการรักษาบ่อยเป็นสาเหตุให้เชื้อวัณโรคคือยาที่ใช้รักษาได้ (พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537)

1.2 การมาตรวจตามนัด มีความสำคัญเช่นเดียวกับการรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากวัณโรคปอดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานประมาณ 6-8 เดือน ดังนั้นจึงต้องมีการนัดหมายผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา

รักษาวันโรครอย่างสม่ำเสมอ และได้รับการตรวจสอบสุขภาพเพื่อติดตามดูแลอาการของผู้ป่วย ซึ่งหากมีอาการผิดปกติหรืออาการอื่นๆ แทรกซ้อน ผู้ป่วยก็จะได้รับการรักษาร่วมด้วย นอกจากนี้การมาตรวจตามนัด ยังเป็นการประเมินประสิทธิภาพของการรักษา โดยมีการตรวจสอบหะหรือถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นระยะๆ ส่วนการจัดยารักษาวันโรคให้แก่ผู้ป่วยนั้น แพทย์จะจัดยาให้ครั้งละ 15 วัน ถึง 1 เดือน โดยนัดผู้ป่วยครั้งต่อไปเมื่อยาใกล้หมด (พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537; Monahan, Drake, & Neighbor, 1994) นั่นคือ แพทย์จะนัดผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ สำหรับการรักษาในระยะเข้มข้น และนัดผู้ป่วยทุก 1 เดือน สำหรับการรักษาในระยะต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นไม่สามารถมาตรวจตามนัดสามารถมาติดต่อขอรับยารักษาวันโรคล่วงหน้า หรือให้ผู้อื่นมาติดต่อขอรับยารักษาวันโรคแทนได้ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2530)

2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวันโรคปอด เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวันโรคปอดไปสู่บุคคลอื่น มีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2536, บัญญัติ ปริญญานท์, ชัยเวช นุชประยูร, และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2542)

2.1 การปิดปากและจมูกเวลาไอ จาม ผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยงการไอ จามรดผู้อื่น โดยปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อไอหรือจามด้วยผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษชำระ และล้างมือให้สะอาดบ่อยๆ เพราะเสมหะที่มีเชื้อวันโรคปอดอาจติดอยู่ที่มือ เมื่อไปสัมผัสกับสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่นจะทำให้เชื้อวันโรคติดกับสิ่งเหล่านั้นหรือบุคคลนั้นๆ ได้ และผู้ป่วยควรบ้วนเสมหะหรือน้ำลายลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด แล้วนำไปทำความสะอาดโดยเทลงส้วม ราดน้ำให้สะอาด

2.2 การทำความสะอาดผ้าเช็ดหน้าและภาชนะใส่เสมหะ ผ้าเช็ดหน้าที่ใช้แล้ว ควรนำไปซักให้สะอาดผึ่งแดดให้แห้งก่อนนำมาใช้อีก ถ้าเป็นกระดาษชำระควรนำไปทิ้งลงส้วมหรือเผาไฟ ภาชนะที่ใช้แล้วต้องล้างให้สะอาดแล้วผึ่งแดดให้แห้งหรือต้มในน้ำเดือดนาน 15-30 นาที เนื่องจากแสงแดดและความร้อนสามารถทำลายเชื้อวันโรคปอดได้

2.3 การแยกภาชนะ การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นควรแยกภาชนะ เช่น แก้วน้ำ จาน ช้อน และควรใช้ช้อนกลางตักอาหาร เมื่อใช้เสร็จต้องล้างทำความสะอาดและผึ่งแดดให้แห้ง

2.4 การแยกผู้ป่วยออกจากผู้ที่มิภูมิต้านทานต่ำและเด็กเล็ก เนื่องจากบุคคลดังกล่าวมีโอกาสได้รับเชื้อวันโรคจากผู้ป่วยวันโรคปอดได้ง่ายกว่าบุคคลปกติ ดังนั้นในกรณีที่มียาอาการไอบ่อยๆ ควรมีการแยกห้องนอนจากบุคคลเหล่านั้น

3. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยวันโรคปอดมีร่างกายแข็งแรง มีภูมิต้านทานเพิ่มขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อยลง การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

3.1 การงดสิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น สุรา บุหรี่ และยาเสพติด เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้ลายสุขภาพให้เสื่อมโทรม การดื่มสุราทำให้การทำงานของตับเสื่อมลง เกิดภาวะตับอักเสบได้ เพราะยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรคปอดก็มีพิษต่อดับอยู่แล้ว จึงมีผลทำให้เกิดตับอักเสบได้ง่ายมากขึ้น ส่วนการสูบบุหรี่ ทำให้ผิวในของปอดและหลอดลมอักเสบได้ ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้เพิ่มขึ้น

3.2 การระบายอากาศและการทำลายเชื้อวัณโรคในสิ่งแวดล้อม ควรจัดบ้านให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้แสงแดดส่องถึง และควรนำเครื่องนอนออกผึ่งแดดบ่อยๆ เพราะแสงแดดสามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ ห้องนอนควรสะอาด และควรเปิดหน้าต่างไว้เสมอ ส่วนพื้นห้องไม่ควรปูพรมหรือเสื่อ รักษาพื้นห้องให้สะอาด เช็ดถูบ่อยๆ อย่าให้มีละอองฝุ่นจับ

3.3 การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ ควรรับประทานอาหารให้เพียงพอ ทั้งคุณภาพและปริมาณ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเฉพาะ เนื้อ นม ไข่ ผักและผลไม้ ส่วนการดื่มน้ำ ควรดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำต้มสุก เมื่อมีอาการไอ ควรดื่มน้ำบ่อยๆ หลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองต่างๆ เช่น ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง การดื่มน้ำช่วยขับเสมหะที่เหนียวข้น ควรดื่มน้ำวันละประมาณ 1,500-2,000 มิลลิลิตร หรือไม่น้อยกว่า 6-8 แก้ว จะช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นของเสมหะและทางเดินหายใจ

3.4 การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายเบาๆ สม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20-30 นาที เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันโรคมมากขึ้น การออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ การเดินเล่น หากมีอาการเหนื่อยให้หยุดพัก และค่อยเพิ่มการทำกิจกรรมทีละน้อย

3.5 การพักผ่อน ผู้ป่วยควรพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยนอนหลับไม่ต่ำกว่าวันละ 6-8 ชั่วโมง และกลางวันควรนอนพักผ่อนบ้างเพื่อให้ร่างกายได้พัก

3.6 การผ่อนคลายความเครียด ผู้ป่วยควรผ่อนคลายความเครียดเพื่อให้จิตใจเบิกบานและสดชื่น ไม่มีความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยมากเกินไป โดยผู้ป่วยควรเรียนรู้และพัฒนาทักษะการจัดการกับภาวะเครียด เช่น นั่งสมาธิ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย ทำงานบ้านเบาๆ หรือทำงานอดิเรกตามความถนัด และการพักผ่อนหย่อนใจ

3.7 การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา รวมทั้งไม่คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้งจากสังคม โดยผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และเมื่อได้รับการรักษาวัณโรคจนตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค ผู้ป่วยก็สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้ตามปกติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ สามารถสรุปตามการแบ่งของ แบรินอนและเฟิสต์ (Brannon & Feist, 1997) ได้เป็น 3 ปัจจัย ดังนี้ ลักษณะของความเจ็บป่วยและการรักษา ลักษณะส่วนบุคคล และลักษณะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับผู้ป่วย

1. ลักษณะของความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค อาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาของการรักษา และความซับซ้อนของการรักษา

1.1 ความรุนแรงของโรค โดยปกติคนทั่วไปมักมีความเห็นว่า บุคคลที่เจ็บป่วยรุนแรงหรือมีความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต จะมีแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา มากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วยไม่รุนแรง (Brannon & Feist, 1997)

1.2 อาการข้างเคียงของยา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาวันโรค อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยหรืออาจทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดการใช้ยานั้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ดังการศึกษาของสาหร่าย คำนวนิช, ปรียา วงษ์ไทย, และยุวดี โชติวัฒนพงษ์ (2533) ซึ่งศึกษาปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยวันโรคในโรงพยาบาลโรคทรวงอก จำนวน 300 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ขาดการรักษามีปัญหาการแพ้ยาร้อยละ 9.47 ซึ่งเป็นสาเหตุ ลำดับที่ 3 รองจากปัญหาทางเศรษฐกิจ และการไปทำงานต่างจังหวัด ส่วนการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาวันโรคปอดระยะสั้นโดยการเฝ้าสังเกตโดยตรง (directly observed therapy short course : DOTS) ในกลุ่มผู้ป่วยวันโรคปอดที่รักษาไม่ได้ผล กล่าวคือเป็นผู้ป่วยที่ยังตรวจเสมหะพบเชื้อวันโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา หรือขาดยาเกิน 2 เดือนและได้ยาไม่ครบตามกำหนด หรือเสียชีวิต จำนวน 104 คน พบว่า การมีผลข้างเคียงของยาที่ใช้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล (กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, ไพศาล ลูบิส, ศุภิต สุจิรัตน์, และกานดา วัฒนภาส, 2542)

1.3 ระยะเวลาของการรักษา พบว่า ระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนานเท่าไร ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดูการรักษาก่อนครบกำหนดมากขึ้น (Cameron, 1996; Taloy & Littlewood, 1998) จากการศึกษาของจรรุวรรณ มานะสุรการ (2530) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวันโรคปอด จำนวน 300 ราย พบว่า ระยะเวลาที่มารับการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบ กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้ที่มีระยะเวลาที่มารับการรักษาเป็นเวลานานจะให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี เนื่องจากระยะเวลาที่มารับการรักษานานจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้หมดกำลังใจ หรือมีโอกาสดูจะละเลยต่อการรับประทานยามากขึ้น เนื่องจากเมื่อรับประทานยาไประยะหนึ่ง อาการทั่วไปจะดีขึ้น ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าจะไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาอีกต่อไป สอดคล้องกับผลการรักษา

วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบไม่ควบคุมของสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ ของสุคนธ์ โลศิริ (2539) พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 1,600 ราย ใน 2 เดือนแรกของการรักษา มีอัตราการรักษาการรักษาเพียงร้อยละ 5.88 ส่วนการรักษาในระยะ 4 เดือนต่อมา มีอัตราการรักษาการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.51

นอกจากนี้ระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน จะส่งผลต่อการผิคน้ดรับยาหรือละเลยในการรักษามากขึ้น จากผลการวิเคราะห์การผิคน้ดรับยาหรือละเลยการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ของศูนย์วัณโรคเขต 4 ราชบุรี พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรค 941 ราย มีการผิคน้ดรับยาร้อยละ 33.82 โดยพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 71.81 จะผิคน้ดรับยาของการรักษาในระยะเข้มข้น (บุญเชิด กัดผ่อง, พดา ลิ้มปสาขชล, และฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, 2538) ส่วนไอลิงเกอร์และเดียร์ (Ailiger & Dear, 1998) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้านการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยารักษาวัณโรคตลอดระยะเวลา 6 เดือนของการรักษาเพื่อป้องกันในผู้อพยพชาวลาติโนที่เป็นวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection) จำนวน 65 ราย ประเมินจากการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาโดยรวบรวมจากการบันทึกของผู้ป่วย (self-report) ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดในครั้งแรกมีร้อยละ 81 เมื่อครบ 6 เดือน มีร้อยละ 60 ส่วนความร่วมมือในการรับประทานยารักษาวัณโรคลดลงจากร้อยละ 89 ในเดือนแรกเป็นร้อยละ 65 เมื่อรักษาครบ 6 เดือน จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าความร่วมมือในการรักษา เป็นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักในผู้อพยพชาวลาติโน และสิ่งทีอาจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา คือ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการเป็นวัณโรคระยะแฝง 2) ผู้ป่วยวัณโรคระยะแฝงไม่เห็นความสำคัญของการรักษาเนื่องจากไม่มีอาการแสดง 3) ความเชื่อของผู้ป่วย ที่เชื่อว่าการรักษาไม่สอดคล้องกับรูปแบบชีววิทยาทางการแพทย์ (biomedical model) และ 4) ผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการเข้าถึงระบบสุขภาพ เช่น บุคลากรด้านสุขภาพที่เชี่ยวชาญทางด้านภาษามีไม่เพียงพอเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พยพ

1.4 ความซับซ้อนของการรักษา โดยทั่วไป ยิ่งผู้ป่วยต้องรับประทานยาจำนวนมากและหลายครั้งต่อวัน ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Brannon & Feist, 1997) เครเมอร์และคณะ (Cramer et al., cited in Brannon & Feist, 1997) พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่รับประทานยากันชัก 1 เม็ดต่อวัน ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาถึงร้อยละ 88 ผู้ป่วยที่รับประทานยา 2 เม็ดต่อวัน ให้ความร่วมมือร้อยละ 81 ผู้ป่วยที่รับประทานยา 3 เม็ดต่อวัน ให้ความร่วมมือร้อยละ 77 และผู้ป่วยที่รับประทานยา 4 เม็ดต่อวัน ให้ความร่วมมือเพียงร้อยละ 39 จากข้อมูลที่ได้บ่งชี้ว่า ความร่วมมือลดลงเมื่อผู้ป่วยรับประทานยามากกว่า 3 เม็ดต่อวัน นอกจากนี้วิธีการให้ยาก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจากรูรณ มานะสุรการ

(2530) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาแบบมาตรฐานซึ่งรับประทานยาสองขนานร่วมกันติดต่อกันทุกวัน ตลอดการรักษา ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาแบบสองระยะ คือ ระยะ 1-3 เดือนแรก ให้ยาสามขนาน ต่อจากนั้นให้ยาอีกสองขนานติดต่อกันทุกวัน จนครบกำหนด

2. ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล บรรทัดฐานและทัศนคติของบุคคล

2.1 อายุ ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพและอายุ มีความซับซ้อนและเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น ลักษณะโรคที่เฉพาะเจาะจง ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จากการทบทวนรายงานการวิจัยพบว่า อายุของผู้ป่วยวัณโรคปอดมีผลต่อความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามระดับอายุ ดังการศึกษาของจารุวรรณ มานะสุวรร (2530) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 300 ราย ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่ศึกษามีอายุตั้งแต่ 16-72 ปี โดยผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มากที่สุด และมีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี มากเป็นอันดับสอง ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ซึ่งอาจเป็นผลมาจากวัยผู้ใหญ่จะมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพ การยอมรับ และรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตัวเองได้ดีกว่าวัยเด็ก ส่วนไอลิงเกอร์และเดียร์ (Ailinger & Dear, 1990) กลับพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาวัณโรคจนครบ 6 เดือน

2.2 เพศ พบความแตกต่างของความร่วมมือในการรักษาระหว่างผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงเพียงเล็กน้อย ซึ่งจากผลการศึกษาของจารุวรรณ มานะสุวรร (2530) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาวัณโรคปอด โดยพบว่า เพศหญิงจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศชายรู้สึกว่าเป็นอะไรมา เมื่ออาการดีขึ้นมักคิดว่าหายดี รับประทานยา หรือขาดการมาตรวจตามนัดไปบ้างคงไม่เป็นอันตรายมากนัก นอกจากนี้โอกาสมาตรวจตามนัดได้อย่างสม่ำเสมอ เป็นไปได้น้อยกว่าเพศหญิง เพราะส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่การงานและต้องเดินทางไปต่างจังหวัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 57 ราย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาวัณโรคปอด และการรับประทานยาด้านความดันโลหิตสูง

2.3 การสนับสนุนทางสังคม คาเมรอน (Cameron, 1996) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยกับบุคลากรด้านสุขภาพ และสมาชิกครอบครัวมีผลทางบวกต่อความร่วมมือใน

การรักษา ส่วนการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวมีผลทางลบต่อความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ (จุฑาทิพย์ ชื่อสัตย์, 2537) และผู้ป่วยวัณโรค (สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ, 2540; Morisky, et al., 1990) จากการศึกษาของจุฑาทิพย์ ชื่อสัตย์ (2537) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จำนวน 161 ราย พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ส่วนการศึกษาของสุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2540) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัว และความร่วมมือในการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคของศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ จำนวน 151 ราย พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางครอบครัวกับคะแนนความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กันเชิงบวก และการศึกษาของมอริสกีและคณะ (Morisky, et al., 1990) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อน สมาชิกในครอบครัวหรือทีมสุขภาพช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยวัณโรครับรู้ถึงอันตราย กระตุ้นให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาวัณโรค

2.4 ความเชื่อส่วนบุคคล จากการศึกษาของกรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100 ราย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

2.5 บรรทัดฐานและทัศนคติของบุคคล จากการศึกษาของจารุวรรณ มานะสุรการ (2530) พบว่า ทัศนคติที่มีต่อการป่วยเป็นวัณโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาวัณโรคปอด โดยผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ดีต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอด จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี สอดคล้องกับอำไพ ชนะกอก, และยุวรงค์ เขียวพานนท์ (2535) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 461 ราย พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ แต่ตรงกันข้ามกับผลการศึกษาของอัญชลี สิงห์สุด (2534) พบว่า ทัศนคติต่อโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์

2.6 ปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรักษาวัณโรค ดังการศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษา 24 เดือนแล้วไม่หายและแนวทางแก้ไข พบว่าผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 181 ราย ที่ยังไม่หาย มีฐานะยากจนสูงถึงร้อยละ 49.72 (จิราลักษณ์ ผดุงสมัย, ยุทธนา ประนุช, และสมทรง คุปวิญญู, 2532) และจากการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล

โรคทรวงอก พบเช่นกันว่า ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาจำนวน 300 ราย มีปัญหาทางเศรษฐกิจถึงร้อยละ 30 (สาหร่าย คำนวนิช, ปรียา วงษ์ไทย, และชวดี โชติวัฒนพงษ์, 2533)

2.7 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการปฏิบัติตัว ในต่างประเทศได้มีการศึกษาของมาร์เชลล์, เพนคอฟเฟอร์ และลีเวลลิน (Marshall, Penckofer, & Llewellyn, 1986) ซึ่งศึกษาการสอนอย่างมีแบบแผนหลังผ่าตัดต่อระดับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี จำนวน 60 ราย แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการสอนอย่างไม่มีแบบแผน และกลุ่มทดลองได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ ปัญหาที่พบหลังผ่าตัด การปฏิบัติกิจกรรม การรับประทานอาหาร การรับประทานยาหลังผ่าตัด โดยมีการใช้สื่อวีดิทัศน์ โมเดลรูปหัวใจ และไดอะแกรมของหัวใจ สอนผู้ป่วยในวันแรกที่รับไว้ในแผนกศัลยกรรมหลอดเลือดและหัวใจ ประเมินความรู้ และความร่วมมือในการรักษา 3 ครั้ง คือ 1) ก่อนสอน 2) วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3) สัปดาห์ที่ 6 เมื่อมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างไม่มีแบบแผน และในผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนไม่พบรายงานว่ามีภาวะความไม่ร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น ส่วนมอริสกีและคณะ (Morisky, Malotte, Choi, Davison, Ringler, Suland, & Langer, 1990) ได้ศึกษาโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อเพิ่มอัตราความร่วมมือในการรักษาในด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 205 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคระยะมีการแพร่เชื้อ (active TB) 88 ราย และผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะไม่แพร่เชื้อ (no evidence of active disease) 117 ราย แบ่งตัวอย่างของทั้ง 2 ระยะ ออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลพิเศษ (special intervention) คือ ได้รับการให้คำปรึกษา ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรค และได้รับแรงเสริม (incentive) เป็นรายบุคคล และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ (usual care) มีการติดตามผู้ป่วยเดือนละครั้งจนครบกำหนดตามแผนการรักษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อที่ได้รับการพยาบาลพิเศษมีระดับการมาตรวจตามนัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยวัณโรคระยะไม่แพร่เชื้อ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลพิเศษมีความต่อเนื่องในการรักษาและมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการให้สุขศึกษาและการให้แรงเสริมเป็นรายบุคคลมีผลทางบวกต่อการเพิ่มการดูแลอย่างต่อเนื่องและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนคาร์กิลล์ (Cargill, 1992) ได้ศึกษาตัวแปรและการปฏิบัติกรพยาบาลที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุ จำนวน 70 ราย

แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มที่ 2 ได้รับการให้ความรู้ 20 นาที และกลุ่มที่ 3 ได้รับการให้ความรู้ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในประเทศไทย นงพิมล ศาพิมล (2530) ได้ศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการสอนสุขศึกษาและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 60 รายที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย วัดความร่วมมือในการรักษาก่อนและหลังการสอนสุขศึกษาและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 8 ของการรักษา ผลการศึกษาพบว่าในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 8 ของการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องมีความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติตัวดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนจริยาวัตร คมพยัคฆ์ และประภา ลิ้มประสูตร (2532) ได้ศึกษาผลของการใช้วิธีการพยาบาลสาธารณสุขสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 241 รายแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 81 ราย ได้รับวิธีการพยาบาลสาธารณสุขวิธีที่ 1 คือ สนทนา ชักถาม ให้คำแนะนำ และร่วมกันแก้ไขปัญหาระหว่าง ผู้วิจัยกับผู้ป่วย เป็นรายบุคคล กลุ่มที่ 2 จำนวน 80 ราย ได้รับการพยาบาลสาธารณสุขวิธีที่ 2 สนทนา ชักถาม ให้คำแนะนำและร่วมกันแก้ปัญหาระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยระบุว่าเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมกับผู้วิจัยที่บ้านผู้ป่วย กลุ่มที่ 3 กลุ่มควบคุม จำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลสาธารณสุขทั้งวิธีที่ 1 และ 2 มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 (1 เดือน และ 3 เดือนหลังการทดลอง) โดยพบว่าความร่วมมือในการรักษาระยะที่ 2 เพิ่มขึ้นจากระยะที่ 1 ด้วย ส่วนวิธีการพยาบาลสาธารณสุขทั้งสองวิธี ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า วิธีการให้ความรู้ควรมีลักษณะเป็นการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำและมีการแก้ไขปัญหาร่วมกันตามปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าเป็นการสอนตามงานปกติ

ส่วนสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และประนอม หลิมสมบุญ (2536) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความสม่ำเสมอและอัตราการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่ากับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 207 ราย ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ โดยทบทวนประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2535 ผลการศึกษาพบว่า อัตราความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับผู้ป่วย บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และระยะเวลาในการรอพบแพทย์

3.1 การติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับผู้ป่วย คาเมรอน (Cameron, 1996) กล่าวว่าเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพควรให้ข้อมูลที่เพียงพอ มีการติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูดที่ชัดเจน ไม่กำกวมเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่ควรใช้คำศัพท์ทางเทคนิค ควรให้ข้อมูลต่างๆ ตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับบริการ ซึ่งมีความสำคัญคือ ช่วยลดความเครียดให้แก่ผู้ป่วย อาจให้ผู้ป่วยสะท้อนกลับทันที เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย สำหรับชนิดของการติดต่อสื่อสารที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาควรเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว ซึ่งแบรนนอนและเฟิสต์ (Brannon & Feist, 1997) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและเหตุผลเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับ สอดคล้องกับเฮลบีและคณะ (Helby et al., 1989 cited in Brannon & Feist, 1997) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเบาหวาน และสอดคล้องกับสแตนตัน (Stanton, 1987 cited in same) ที่พบว่า สิ่งหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้คือ การมีความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

3.2 บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลิกภาพของแพทย์ จะเป็นตัวแปรสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา (Brannon & Feist, 1997) ซึ่งไดนิโคลาและไดแมททีโอ (DiNicola & DiMatteo, 1984 cited in same) พบว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ที่มีบุคลิกภาพที่อบอุ่น ดูแลเอาใจใส่ ให้ความเป็นมิตร และสนใจในปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาในด้านที่เกี่ยวกับแพทย์ คือ การอธิบายไม่ชัดเจน มีความขัดแย้งกันเองในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย แพทย์มีท่าทางไม่น่าเชื่อถือ และไม่สนใจผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2540)

3.3 ระยะเวลาในการรอพบแพทย์ พบว่าการรอคอยเป็นเวลานานมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา (Brannon & Feist, 1997) ความร่วมมือในการรักษาจะไม่มีผลกระทบ เมื่อผู้ป่วยนั่งรอประมาณ 30 นาที และเมื่อผู้ป่วยต้องรอนานกว่า 1 ชั่วโมง ความร่วมมือในการรักษาจะลดลงต่ำกว่าร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่นั่งรอประมาณ 30 นาที (Davidson & Schrag, 1969 cited in Brannon & Feist, 1997)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ซึ่งได้แก่ ลักษณะของการรักษา ลักษณะส่วนบุคคล และลักษณะสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ล้วนมีผลต่อความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ

การจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ บุคลากรด้านสุขภาพต้องตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ เพื่อปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ

การประเมินความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ

การประเมินความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ ใช้แนวคิดเดียวกับการประเมินความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเฮย์และคณะ (Hays, Kravitz, Mazel, Sherbourne, DiMatteo, Roger, & Greenfield, 1994) ได้ให้แนวทางการประเมินความร่วมมือในการรักษาไว้ 3 วิธี คือ การให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตัวเอง การให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือบุคลากรด้านสุขภาพรายงาน และการสังเกตลักษณะทางคลินิก เช่น การตรวจหาระดับยาในเลือดหรือปัสสาวะ และนำมาหาความสัมพันธ์กับสภาพร่างกาย

ส่วนเบรนนอนและฟีสต์ (Brannon & Feist, 1997) ได้ให้แนวทางการประเมินความร่วมมือในการรักษาที่เป็นพื้นฐานมีอยู่ 5 วิธี ได้แก่

1. การซักถามจากแพทย์ผู้รักษา เป็นวิธีการที่มีประโยชน์ค่อนข้างน้อย เพราะแพทย์โดยทั่วไปจะคาดคะเนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยไว้สูงกว่าความเป็นจริง
2. การซักถามจากตัวผู้ป่วย เป็นวิธีการที่มีประโยชน์ ทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน แต่ค่อนข้างยุ่งยากเนื่องจากผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เพื่อหลีกเลี่ยงการทำให้ผู้สัมภาษณ์ไม่พอใจหรือผู้ป่วยไม่ทราบระดับความร่วมมือในการรักษาของตนจึงทำให้ได้ข้อมูลที่เกินความเป็นจริง
3. การซักถามจากบุคลากรทีมสุขภาพและสมาชิกครอบครัว สิ่งที่ต้องคำนึงในวิธีการนี้คือ การสังเกตผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอค่อนข้างเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การดื่มสุราและบ่อยครั้งที่พบว่าสมาชิกทีมสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวบอกเกินความเป็นจริง
4. การนับจำนวนเม็ดยา เป็นวิธีการที่ดีและเป็นวิธีการที่นิยมใช้กันมาก แต่วิธีนี้อาจมีความคลาดเคลื่อนในการนับจำนวนเม็ดยา และสิ่งที่จะต้องตระหนัก คือ ผู้ป่วยอาจจะทิ้งเม็ดยาหรือทำเม็ดยาหายไป หรืออีกกรณีหนึ่งคือ ผู้ป่วยแบ่งให้ผู้อื่นร่วมรับประทานยาด้วย
5. การทดสอบทางชีวเคมี เพื่อทดสอบหาปริมาณยาในกระแสเลือดหรือในปัสสาวะ วิธีการนี้มีราคาแพง เสียค่าใช้จ่ายสูงอาจไม่คุ้มค่า นอกจากนี้อาจมีปัญหาคือ ยาบางตัวไม่สามารถประเมินได้โดยการตรวจเลือดหรือตรวจปัสสาวะ ผู้ป่วยแต่ละคนมีการดูดซึมของยาแตกต่างกัน การตรวจทางชีวเคมีต้องทำบ่อยๆ อย่างสม่ำเสมอจึงจะสามารถประเมินความร่วมมือใน

การรักษาได้อย่างแม่นยำ และระดับยาที่ตรวจพบเป็นการรับประทานยาของผู้ป่วยในบางเวลาเท่านั้น ไม่สามารถบ่งชี้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาจำนวนตามที่ตรวจพบทุกช่วงเวลา

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะประเมินความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด แม้ว่าวิธีการนี้อาจมีข้อผิดพลาดได้ แต่ผู้วิจัยได้แก้ไขโดยการปรับปรุงความแม่นยำของแบบสอบถาม โดยใช้คำถามที่ชัดเจน สำหรับการแปลผลจากการประเมินความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ ถ้าหากพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เป็นไปในทางที่ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ แสดงว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามถ้าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเป็นไปในทางที่ไม่สอดคล้องกับแผนการดูแลสุขภาพ แสดงว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพไม่ดี ซึ่งพฤติกรรมที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานยา การปรับ (ลดหรือเพิ่ม) จำนวนยา การสังเกตอาการผิดปกติจากการรับประทานยา การมาตรวจรักษาตามนัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ และการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป (บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร, และสงคราม ทรัพย์เจริญ, 2542; Monahan & Neighbor, 1998)

การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง

คิง (Imogene M. King) นักทฤษฎีการพยาบาลมองว่า บุคคลเป็นระบบเปิดที่ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา เป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นผู้มีความรู้สึนึกคิด มีเหตุผล มีการรับรู้ มีการแสดงออก มีการควบคุมตนเอง มีจุดมุ่งหมาย มีการกระทำของตนเอง และเป็นผู้มีกาละ (King, 1981) โดยระบบเปิดนี้ประกอบด้วยระบบ 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม

ต่อมาคิงได้พัฒนาทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (theory of goal attainment) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่พยาบาลและผู้รับบริการ โดยอธิบายถึงธรรมชาติของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการว่า ทั้งสองฝ่ายมีการแลกเปลี่ยนการรับรู้ (perception) ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน โดยผ่านขบวนการติดต่อสื่อสาร มีการกำหนดปัญหา กำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน (mutual goal setting) มีการแสวงหาวิธีปฏิบัติและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ร่วมกันกำหนด (goal attainment) ทฤษฎีนี้คิงได้กำหนดมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องไว้ 10 ประการ คือ การปฏิสัมพันธ์ การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร

การปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย การมองคนหรืออัตตา บทบาท ภาวะเครียด การเจริญเติบโตและพัฒนาการ กาละ และเทศะ (King, 1981) มีรายละเอียดดังนี้

1. การปฏิสัมพันธ์ (interaction) หมายถึง กระบวนการของการรับรู้และการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปติดต่อสื่อสารกันทั้งแบบใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูดอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยแต่ละฝ่ายได้นำความรู้ ความต้องการ จุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง การรับรู้ และประสบการณ์ในอดีต เข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายร่วมกัน

2. การรับรู้ (perception) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการรวบรวม จัดระบบ แปลความหมาย และปรับเปลี่ยนข้อมูลที่ได้จากประสาทสัมผัสและความทรงจำ เป็นการแสดงออกถึงประสบการณ์ การมองความเป็นจริงของบุคคล ซึ่งการรับรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต อัตมโนทัศน์ ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม การถ่ายทอดทางชีววิทยา และภูมิหลังทางการศึกษา

3. การติดต่อสื่อสาร (communication) เป็นมโนทัศน์ที่สำคัญต่อการรับรู้และการปฏิสัมพันธ์ เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยการใช้คำพูด (verbal communication) ใช้สัญลักษณ์ของคำ ภาษาพูด ภาษาเขียน และการไม่ใช้คำพูด (nonverbal communication) เช่น การเคลื่อนไหวของร่างกาย การแสดงออกทางสีหน้า การกระทำท่าทางขณะฟัง และการแสดงความรู้สึก การสัมผัส รวมทั้งการแต่งกาย

4. การปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย (transaction) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของบุคคลเกี่ยวกับบทบาท ความคาดหวัง เป็นเรื่องเฉพาะบุคคล (unique) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์

5. อัตตา (self) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกซึ่งประกอบเป็นการตระหนักของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่เขาเป็น หรือคิดว่าเขาคือใคร และเป็นอะไร อัตตาเป็นระบบเปิด เป็นภาวะของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ค่านิยมและความเชื่อจะช่วยให้บุคคลคงไว้ซึ่งความสมดุลในการดำเนินชีวิต ประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตตา ถ้าเป็นประสบการณ์ทางบวก อัตตาจะได้รับการส่งเสริม ถ้าเป็นประสบการณ์ทางลบ อัตตาจะต้องการความช่วยเหลือ อัตตาเป็นภาวะที่มีจุดมุ่งหมาย ซึ่งการมีจุดมุ่งหมายมีผลโดยตรงต่อการกระทำของบุคคล นอกจากนี้ อัตตายังเป็นระบบที่ประกอบขึ้นมาจากอย่างซับซ้อนและมีความแตกต่างเฉพาะแต่ละบุคคล

6. บทบาท (role) เป็นกลุ่มของพฤติกรรมที่ถูกคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นกับบุคคล เมื่อบุคคลนั้นอยู่ในตำแหน่งหนึ่งในสังคมหรือองค์กร ซึ่งมีกฎหรือข้อปฏิบัติที่กำหนดสิทธิและหน้าที่ของ

บุคคลที่อยู่ในตำแหน่งนั้น บทบาทเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เพื่อจุดประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง

7. ภาวะเครียด (stress) เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในกระบวนการ ปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อรักษาไว้ซึ่งความสมดุลของการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการทำหน้าที่ โดยมีการแลกเปลี่ยนพลังงานและข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมให้เกิดสมดุลและควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด (stressor) ภาวะเครียดเป็นพลังงานที่ ตอบสนองต่อบุคคล วัตถุ และสถานการณ์ที่มากระตุ้น ซึ่งเรียกลักษณะนี้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิด ความเครียด เมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาการของบุคคล นอกจากนี้หากมี ภาวะเครียดเกิดขึ้นในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ขอบเขตการรับรู้จะแคบลง การใช้เหตุผลในการ ตัดสินใจลดลง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์และการกำหนดจุดมุ่งหมายลดลง ส่งผลทำให้ การให้การพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ

8. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (growth and development) เป็นการเปลี่ยนแปลง ภายในตัวบุคคลอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับเซลล์ โมเลกุล และระดับพฤติกรรมการแสดงออก การ เจริญเติบโตและพัฒนาการ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลบรรลุวุฒิภาวะ และแสดงความสามารถ ที่มีอยู่เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตนเองปรารถนา

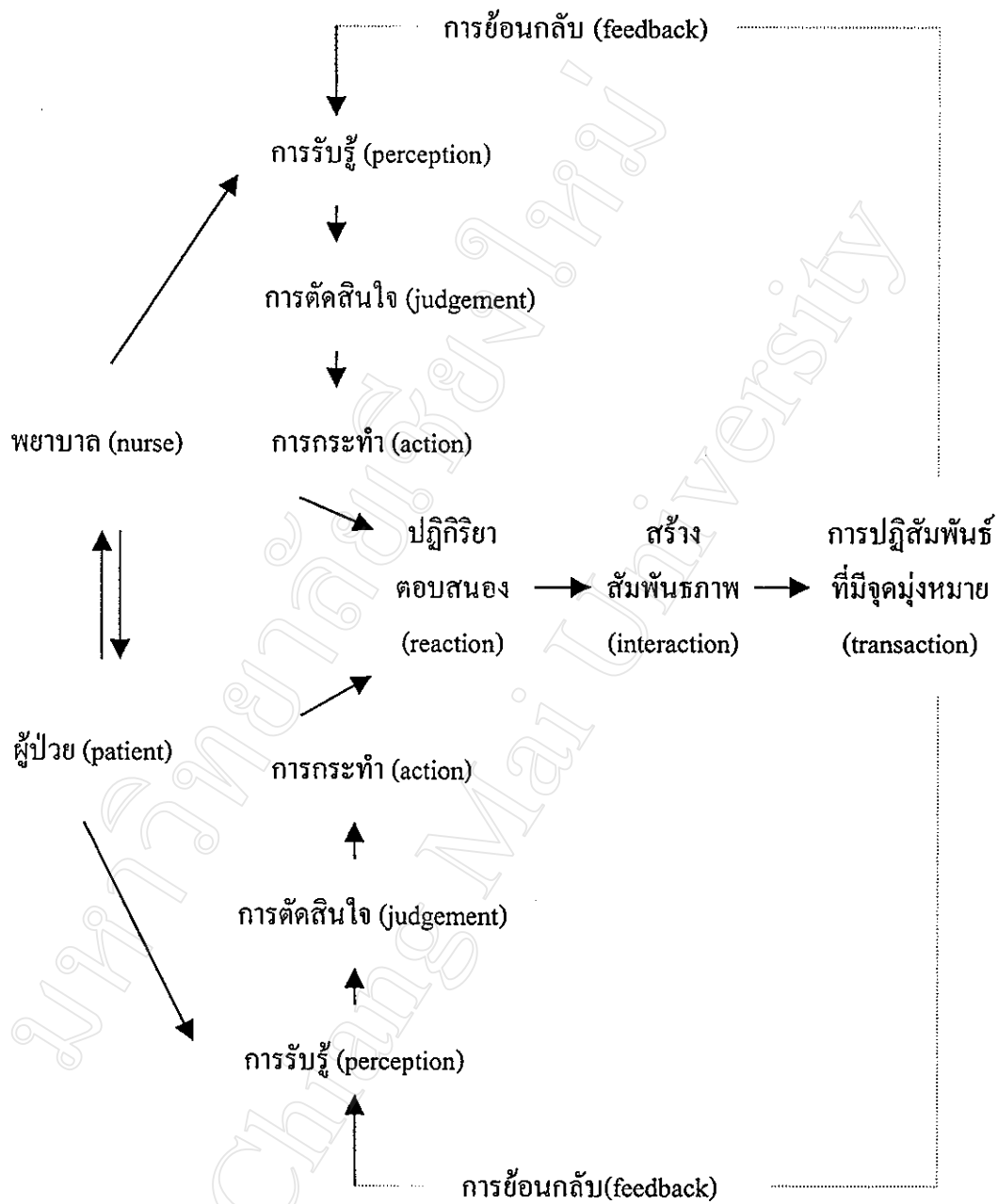
9. เวลา (time) หมายถึง ช่วงระยะระหว่างการเกิดขึ้นของเหตุการณ์หนึ่งกับอีกเหตุการณ์ หนึ่ง เป็นลำดับเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากอดีตสู่ปัจจุบัน ต่อเนื่องไปถึง อนาคต เป็นการบอกลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้และประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งการรับรู้ เกี่ยวกับเวลาของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล

10. ทิศ (space) เป็นอาณาเขตที่มีอยู่ในทุกทิศทางทุกหนทุกแห่ง ทิศส่วนบุคคล (personal space) เป็นเรื่องของการรับรู้และการติดต่อสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับเวลา เป็นสิ่งที่มอง ไม่เห็น แต่สามารถสื่อให้ผู้อื่นรับรู้ได้ สามารถสังเกตได้โดยดูจากกริยา ท่าทาง และการแสดงออก ถึงขอบเขตของการครอบครองกรรมสิทธิ์นั้นๆ ซึ่งบุคคลสร้างขึ้นเพื่อป้องกันการรุกรานจากบุคคลอื่น การรับรู้ทิศมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ระยะห่างและความใกล้ชิด เป็นปัจจัยที่ควรคำนึงถึง ในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

มโนทัศน์เหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน และมีความเป็นนามธรรมน้อยกว่ามโนทัศน์ที่มีอยู่เดิม สามารถนำไปตั้งสมมติฐาน เพื่อทดสอบหรือพัฒนาเครื่องมือวัดได้ (Fawcett, 1989) มโนทัศน์ใน ทฤษฎีที่คิดได้ทำการศึกษาจนสามารถอธิบายคุณลักษณะที่สามารถวัดได้ สังเกตได้ คือ มโนทัศน์ เกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2540) และถือว่าการปฏิสัมพันธ์ที่มี

จุดมุ่งหมายเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยจึงได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวไว้ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้ของพยาบาลและของผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์
 2. จุดมุ่งหมาย ความต้องการ และค่านิยมของพยาบาลและของผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์
 3. บุคคลมีสิทธิที่จะรับรู้เรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง
 4. บุคคลมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องที่มีผลต่อชีวิต สุขภาพของตนและบริการของชุมชน
 5. เจ้าหน้าที่สุขภาพมีความรับผิดชอบในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้ข้อมูลที่จะช่วยให้บุคคลมีข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
 6. บุคคลมีสิทธิที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการดูแลสุขภาพของตนเอง
 7. จุดมุ่งหมายของเจ้าหน้าที่สุขภาพและจุดมุ่งหมายของผู้รับบริการอาจไม่สอดคล้องกัน
- ส่วนกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีรายละเอียด ดังแผนภูมิที่ 1



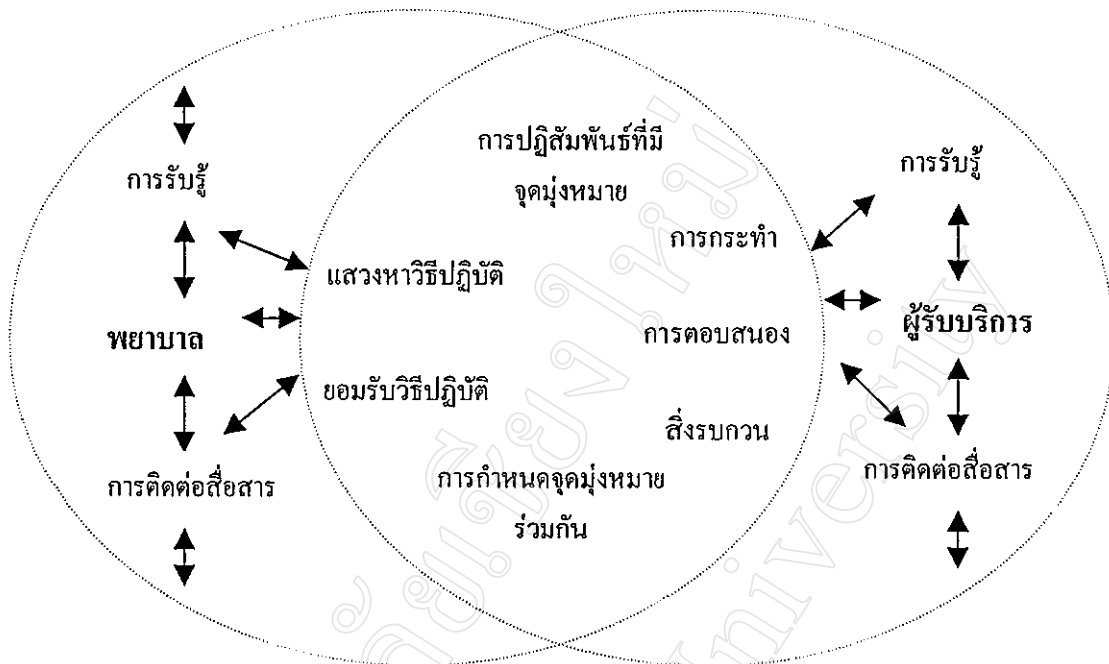
แผนภูมิที่ 1: แสดงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (human interaction) ที่มา: King, 1981 p. 145

จากแผนภูมิที่ 1 แสดงถึงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เมื่อพยาบาลและผู้ป่วยมาพบกันในสถานการณ์การพยาบาล แต่ละฝ่ายมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้ (perception) ซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้สถานการณ์ ร่วมกันตัดสินใจปัญหาที่เกิดขึ้น (judgement) มีการแสดงออกหรือมีการกระทำ (action) หรือทำการตัดสินใจเลือกกระทำ (making a

decision to act) นำไปสู่ปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) ต่อกันและกันและต่อสถานการณ์ ตามการรับรู้ของทั้งสองฝ่าย ขึ้นต่อไปเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยสื่อสาร มีการสร้างสัมพันธ์ภาพ (interaction) ที่ดีต่อกัน กำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน แสวงหาวิธีปฏิบัติ และตกลงยอมรับวิธีปฏิบัติ เพื่อดำเนินการไปสู่จุดมุ่งหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้ จนถึงขั้นตอนสุดท้ายคือการปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย (transaction) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการบรรลุความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (goal attainment) ในสถานการณ์นั้นๆ และมีปฏิกิริยาย้อนกลับไปสู่การรับรู้ของแต่ละฝ่ายอีกครั้ง เพื่อรับรู้ว่าการบวนการปฏิสัมพันธ์มีผลเป็นอย่างไร (King, 1981)

การให้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเกิดขึ้นเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (interaction) ซึ่งทั้งสองฝ่ายมีการแลกเปลี่ยนการรับรู้ (perception) ข้อมูลข่าวสาร โดยผ่านการติดต่อสื่อสาร (communication) ทั้งสองฝ่ายมีการกระทำ (action) มีการแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) ต่อกันและกันและต่อสถานการณ์ ร่วมกันกำหนดปัญหาหรือสิ่งรบกวน (disturbance) จากนั้นร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมาย (mutual goal setting) แสวงหาวิธีปฏิบัติ (explore the means to achieve goal) และตกลงยอมรับวิธีปฏิบัติ (agree to the means to implement the goal) เพื่อนำไปสู่การดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่ร่วมกันกำหนด และขั้นตอนสุดท้ายคือการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายเกิดขึ้น (transaction) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่แสดงถึงการบรรลุความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (goal attainment) แล้วในสถานการณ์นั้นๆ

ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายนี้ พยาบาลมีบทบาทในการให้การพยาบาล ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความรู้ ทักษะ และความเป็นวิชาชีพ พยาบาลรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต ประเมินผู้รับบริการ วิเคราะห์ แปลความหมายของข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้รับบริการ รวมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถกำหนดจุดมุ่งหมายและมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา ในขณะเดียวกันผู้รับบริการมีบทบาทในการประเมินความกังวล ปัญหา หรือสิ่งที่รบกวนต่อภาวะสุขภาพ มีการซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับพยาบาล การรับรู้เกี่ยวกับปัญหา และการแลกเปลี่ยนข้อมูลของทั้งพยาบาลและผู้รับบริการ จะนำไปสู่การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน จากนั้นทั้งสองฝ่ายจะร่วมกันแสวงหาวิธีปฏิบัติ และตกลงยอมรับวิธีปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การดำเนินการให้บรรลุความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ที่ร่วมกันกำหนดไว้ในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งการกำหนดจุดมุ่งหมายจะเป็นไปตามการรับรู้ของทั้งสองฝ่าย เป็นจุดมุ่งหมายที่ยอมรับว่ามีคุณค่าตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และเป็นที่ยอมรับของพยาบาลบนพื้นฐานวิชาชีพ ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภูมิที่ 2 ได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 : แสดงการพยาบาลตามความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ที่มา King, 1981 p.157

การให้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง อยู่บนพื้นฐานความรู้ของการใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) ซึ่งได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย (assessment) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการให้การพยาบาล (evaluation of nursing care) กล่าวคือ ในขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสาร และมีการแลกเปลี่ยนการรับรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นขั้นตอนของการประเมินสภาพผู้ป่วย จากนั้นร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมาย แสวงหาวิธีปฏิบัติ ตกลงยอมรับวิธีปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่ร่วมกันกำหนด เป็นขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาล จากนั้นจึงมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายเกิดขึ้นเป็นขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล และมีการประเมินผลการให้การพยาบาล (King, 1992)

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่มีพื้นฐานอยู่บนกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งอาศัยการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะนำมาซึ่งการบรรลุความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายได้ จากสมมติฐานของทฤษฎีและข้อเสนอแนะ สามารถนำไปสู่การศึกษาวิจัยได้มากมาย ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีการนำการกำหนดจุดมุ่งหมายและทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยบริการในสถานการณ์ต่างๆ อย่างแพร่หลาย ดังนี้

ในต่างประเทศ แบลร์ (Blair, 1995) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านพักคนชรา โดยแบ่งการให้การพยาบาลออกเป็น 3 วิธี คือ วิธีที่ 1 เป็นการจัดการกับพฤติกรรมและการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน (behavior management and mutual goal setting) วิธีที่ 2 การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน (mutual goal setting) วิธีที่ 3 การให้การพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มตัวอย่าง 79 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีการจัดการกับพฤติกรรมและการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันอย่างเดียวและกลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้สรุปว่า การพยาบาลวิธีที่ 1 มีประสิทธิภาพในการจูงใจผู้สูงอายุมากกว่า เพราะมีการสนับสนุนให้มีการจัดการกับพฤติกรรมร่วมด้วย ส่วนวิธีที่ 2 ในช่วงแรก ผู้สูงอายุมีความตื่นตัวกับการมีส่วนร่วมในการวิจัย จึงทำให้กระบวนการให้ความร่วมมือมีประสิทธิภาพ แต่เมื่อเวลาผ่านไปความตื่นตัวลดลงผู้สูงอายุจึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองลดลง

เฟรย์ (Frey, 1989) ได้นำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมาเป็นกรอบในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาที่มีบุตรอายุระหว่าง 10-16 ปี ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 103 ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีผลโดยตรงและมีผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยโดยตรง และมีผลลบต่อภาวะสุขภาพของบุตร ส่วนทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีผลทางอ้อมต่อการพัฒนาสุขภาพของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม

วูดส์ (Woods, 1994) ได้นำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุเพศหญิงที่อยู่ในสถานพยาบาล ที่มีปัญหาทางสุขภาพเรื้อรัง จำนวน 5 ราย โดยมีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างจะพบกับพยาบาลสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 10 สัปดาห์ เพื่อค้นหาวิธีการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้รับบริการสามารถบอกภาวะเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง และผลกระทบที่เกิดจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่าสามารถลดเกลือและไขมันในอาหารที่รับประทานลงได้ และบางคนกล่าวว่า การออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นเมื่ออยู่ในภาวะเครียด และผู้สูงอายุสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่นในกลุ่มได้ จะเห็นได้ว่าทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเป็นทฤษฎีการพยาบาลที่มีคุณค่าสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้สูงอายุหญิงที่มีปัญหาสุขภาพได้

สำหรับในประเทศไทย ขนิษฐา นาคะ (2534) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตหรือกรวยไตมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ โดยนำการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายของคิงมาใช้ในการส่งเสริมการมี

ส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลเป็นรายบุคคลตามรูปแบบการพยาบาลที่สร้างขึ้น ทุกวันใน 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด และกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ และต้องการยาแก้ปวด น้อยกว่า มีการลุกจากเตียงมากกว่า มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่า และมีความพึงพอใจ ในการดูแลที่ได้รับมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิตตวดี เจริญทอง (2542) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตาม จดมุ่งหมายของถึงต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อ หัวใจตาย จำนวน 20 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจดมุ่งหมาย มีความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความพึงพอใจ ในชีวิตก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของทั้งสองกลุ่มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ ความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างกัน

ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย (2540) ได้ศึกษาการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือใน การรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยผู้วิจัยได้แบ่งผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 60 ราย ออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยตามทฤษฎีความสำเร็จ ตามจดมุ่งหมายจากผู้วิจัย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำแบบมี ส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมจิต หนูเจริญกุล และพิกุล วิญญาเจือก (2534) ได้ทดสอบประสิทธิภาพของการส่งเสริม ผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตามกรอบทฤษฎีซึ่งประยุกต์จาก ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและของถึงต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด และความพึงพอใจต่อ การพยาบาลที่ได้รับ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลอง ได้รับการส่งเสริม ให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตลอดระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดทุกวัน ร่วมกับการได้รับการ พยาบาลตามปกติและกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และของถึง มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าและมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับสูงกว่าผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กล่าวคือ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมี 1) ความเจ็บปวดในวันที่ 1, 2

และ 3 หลังผ่าตัดต่ำกว่า 2) จำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดน้อยกว่า 3) จำนวนครั้งของการลุกเดินในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดมากกว่า 4) การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่า 5) จำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่า และความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการนำการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน และการนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายไปใช้กับผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ในต่างประเทศ จะเห็นได้ว่า การกำหนดจุดมุ่งหมายตามแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง มีผลส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชรา (Blair, 1995) มีผลทางอ้อมต่อการพัฒนาสุขภาพของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม (Frey, 1989) และยังสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยหญิงที่มีปัญหาสุขภาพได้ (Woods, 1994) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองทั้งในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (1-3 วันแรกหลังผ่าตัด) (ขนิษฐา นาคะ, 2534) รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพตลอดระยะเวลาหลังผ่าตัดในในไคหรือกรวยไตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และพิกุล วิญญาเงือก, 2534) ส่วนจิตตวดี เจริญทอง, 2542 พบว่า ภายหลังที่ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับการให้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีผลเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของได้ แม้ว่าจะไม่เห็นผลแตกต่างกันกับการให้การพยาบาลตามปกติ แต่ผู้วิจัยก็พบว่ามิประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มีความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาที่เหมาะสม ภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการจำกัดการออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวของร่างกายภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ต่อความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัน โรคปอด โดยนำแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงมาเป็นแนวทางในการศึกษา

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้แนวคิดการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพ ในเรื่องการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อวัน โรคปอด และการดูแลตนเองโดยทั่วไป โดยมีขั้นตอนดังนี้ ผู้วิจัยสร้าง

สัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยโรคปอด ในเรื่องการรับประทานยาและการตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคปอด และการดูแลตนเองโดยทั่วไป เมื่อผู้วิจัยและผู้ป่วยมีการรับรู้ข้อมูลที่ตรงกัน ผู้วิจัยกับผู้ป่วยจะร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมายในเรื่อง การรับประทานยาและการตรวจตามนัด การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคปอด และการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป การกำหนดจุดมุ่งหมาย การแสวงหาวิธีปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่าย รวมทั้งการปฏิบัติตามวิธีที่เลือกไว้ แสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย ผู้ป่วยและผู้วิจัยจะร่วมกัน ประเมินผลการบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดเป็นระยะๆ หากยังไม่บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ จะเริ่มขบวนการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายอีกครั้งหนึ่งอย่างต่อเนื่อง จนปัญหาและจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ได้รับการแก้ไขหรือบรรลุสู่ความสำเร็จ นั่นคือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยาและการตรวจตามนัด การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคปอด และการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป