ชื่อบทความ/ผลงาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ชื่อผู้เขียนบทความ ดร.ภก. ธนเทพ วณิชยากร

---

1. บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการรักษา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model, HBM) เป็นหนึ่งในทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยผ่านมุมมองความเชื่อของผู้ป่วย เพื่อทำการแทรกแซงหรือแก้ไขปัญหาที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่สามารถยอมรับได้ มีการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศจำนวนหนึ่งที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวในการแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยังคงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในกรณีที่พฤติกรรมดังกล่าวไม่ได้เป็นผลมาจากความเชื่อ หรือไม่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนความเชื่อเพียงอย่างเดียว ควรมีการบูรณาการหรือใช้ร่วมกับทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์อื่นๆเพื่อให้สามารถนำมา อธิบายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้อย่างรอบด้านและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. คำสำคัญ (Key words) ของบทความ (3 - 5 คำ)

ปัจจัยด้านความเชื่อ; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; ความร่วมมือในการใช้ยา

3. บทความทางวิชาการฉบับเต็ม

3.1 วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

3.1.1 ทราบถึงองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1.2 ทราบถึงแนวทางการการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจากตัวอย่างการศึกษาในอดีตที่ถูกรวบรวมอยู่ในบทความ

3.2 เนื้อหา

1. บทนำ

ความรวมมือในการใช้ยา (Medication adherence) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) หมายถึง ระดับของพฤติกรรมในแต่ละบุคคลที่สามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ [1] ความร่วมมือในการใช้ยาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การรักษาเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และเกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย [2] จากการศึกษาในอดีตพบว่าความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรักษาภาวะโรคเรื้อรังของผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป [3] รวมถึงผลกระทบต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ จากการรักษาที่ไม่ได้ผล อาการของโรคมีความรุนแรงขึ้น รวมถึงการเกิดเชื้อดื้อยาอันเนื่องมาจากระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่ต่ำ [4]

สาเหตุที่ผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่น้อยอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ ตัวผู้ป่วย แนวทางการรักษา บุคลากรทางการแพทยที่เกี่ยวข่อง ภาวะความเจ็บป่วย เป็นต้น [5] ดังนั้นการทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยรวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ [6] ในปัจจุบันได้มีทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่สามารถอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายทฤษฎี หนึ่งในนั้นคือ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model, HBM) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรม เนื่องจากปัจจัยด้านความเชื่อและการรับรู่ของผู่ป่วยเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญของตัวผู้ป่วยเองที่จะตัดสินใจในการมาพบแพทยหรือในการใชยา [5, 7, 8]

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model, HBM)

ในช่วงปี 1950 หน่วยงาน Public Health Service ของสหรัฐอเมริกาได้เริ่มต้นทำการศึกษาเพื่อที่จะทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงยอมหรือไม่ยอมเข้าร่วมโปรแกรมการคัดกรองวัณโรค สิ่งที่ทีมวิจัยค้นพบคือในแต่ละบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อ (belief) ว่าตนเองมีความเสี่ยง (susceptibility) ต่อการเป็นวัณโรค และเชื่อว่าตนเองจะได้รับผลดีหรือประโยชน์ (benefits) จากการตรวจพบเชื้อตั้งแต่เนิ่นๆ บุคคลที่มีความเชื่อในสองประเด็นดังกล่าวจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโดยการทำ X-ray ปอดมากถึงร้อยละ 82 จากสิ่งที่ทีมวิจัยค้นพบรวมถึงการศึกษาอื่นๆจะนำมาสู่ข้อสรุปของทฤษฎีพฤติกรรมที่เรียกว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

> *“ถ้าหากบุคคลหนึ่งๆตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยง (susceptible) ต่อภาวะบางอย่าง บุคคลนั้นมีความเชื่อว่าภาวะที่เกิดขึ้นนั้นมีผลลัพธ์หรือผลกระทบที่รุนแรง (serious) ต่อชีวิตของตน บุคคลนั้นเชื่อว่าเขาจะได้รับประโยชน์ (beneficial) การกระทำบางอย่างเพื่อลดความเสี่ยงของตนและผลกระทบที่เกิดขึ้น และเชื่อว่าประโยชน์ที่ได้รับมีน้ำหนักหรือความสำคัญที่มากกว่าอุปสรรค (barrier) ที่ขัดขวางไม่ให้เกิดการกระทำดังกล่าว บุคคลเหล่านั้นก็จะมีพฤติกรรมหรือการกระทำดังกล่าวที่เขาเชื่อว่าจะช่วยลดความเสี่ยงได้”*

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายและทำความเข้าใจว่าทำไมผู้คนถึงยอมรับบริการทางด้านการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ หรือใช้ในการอธิบายว่าทำไมผู้คนถึงให้ความร่วมมือหรือไม่ให้ความร่วมมือต่อการรักษาหรือบริการทางสุขภาพต่างๆ การเข้ามาของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ก่อให้เกิดการศึกษาและงานวิจัยด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพจำนวนมากกว่าหนึ่งพันงาน รวมถึงเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมุ่งหวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น เพื่อใช้ในการออกแบบและประเมินรูปแบบของการแทรกแซงที่คิดค้นขึ้นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ [9]

2.1 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ในการทำนายว่าบุคคลดังกล่าวจะลงมือทำอะไรบางอย่างหรือไม่ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) และ การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ต่อมา Becker และ Maiman ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) เข้าไป เพราะถึงแม้ว่าจะเป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการรับรู้ของบุคคลแต่ก็มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคซึ่งจะช่วยให้แบบจำลองนี้สามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น [10] ต่อมาในปี 1988 มีการเพิ่มองค์ประกอบความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งได้มาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura เพื่อใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น [11] ดังนั้นจึงมี 7 องค์ประกอบในปัจจุบัน มีรายละเอียดดังนี้ [9]

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

การมีความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่ตนเองจะป่วยเป็นโรคหรือมีสภาวะเจ็บป่วยบางอย่าง ซึ่งการมีความเชื่อหรือการรับรู้เข้าใจในการเกิดโรคในระดับแตกต่างกันจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคแตกต่างกันไปด้วย หากบุคคลใดรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคบุคคลนั้นจะพยายามหาวิธีการหรือมีพฤติกรมบางอย่างเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรคดังกล่าว

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวกับความร้ายแรงของการที่ตนเองเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยขึ้น หรือความร้ายแรงที่เป็นผลมาจากการที่ภาวะดังกล่าวไม่ได้รับการรักษา ซึ่งความร้ายแรงที่เกิดขึ้นนอกจากจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพ พิการ เจ็บปวด หรือการรอดชีวิต แล้วยังเกี่ยวข้องไปถึงผลกระทบด้านการรักษาที่เพิ่มเติมขึ้นมาซึ่งเป็นภาระค่าใช้จ่ายกับผู้ป่วย และผลกระทบด้านสังคมของบุคคลนั้นๆ เช่น สถานะทำงาน ชีวิตครอบครัว และความสัมพันธ์ต่อบุคคลในสังคม ผลรวมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้เกิด

การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) ซึ่งหากบุคคลรับรู้ภาวะคุกคามมากก็จะมีผลทำให้บุคคลนั้นๆ เกิดความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงหรือเป็นตัวผลักดันให้บุคคลมีการป้องกันและรักษาโรคนั้นๆ มากตามไปด้วย

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits)

ไม่เพียงแต่การรับรู้ถึงภัยคุกคามเท่านั้นที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการทำพฤติกรรมดังกล่าวก็มีส่วนในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดความรุนแรงของผลกระทบทางสุขภาพ นอกจากนี้การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น จำนวนเงินที่สามารถประหยัดได้จากการเลิกบุหรี่ หรือ ลดความกังวลของครอบครัว โดยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งก็จะมีผลช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีได้

การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers)

ความเชื่อ และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบที่อาจจะเกิดตามมาหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งในความคิดของบุคคลดังกล่าวจะมีการชั่งน้ำหนักเพื่อเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์กับอุปสรรคโดยที่อาจจะรู้ตัวหรือไม่ก็ได้ เช่น การทำพฤติกรรมแบบนี้มันมีประโยชน์กับฉันนะ แต่มันมีค่าใช้จ่ายเยอะ มีผลข้างเคียงที่ไม่ดี ไม่ชอบใจ ไม่สะดวก หรือเสียเวลา เป็นต้น ดังนั้นการรับรู้ถึงภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และผลต่างระหว่างการรับรู้ถึงประโยชน์กับอุปสรรคจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลนั้นตัดสินใจทำพฤติกรรมดังกล่าวหรือไม่ หากน้ำหนักของประโยชน์ที่ได้มีมากกว่าอุปสรรคก็จะเลือกทำพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าหากผลที่จะได้ตรงกันข้ามก็จะไม่ปฏิบัติ

ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action)

เป็นเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะลงมือทำ เช่น การสื่อสารผ่านสื่อสารมวลชน และคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน แต่อย่างไรก็ตามการวัดผลกระทบว่าปัจจัยกระตุ้นดังกล่าวมีผลมากน้อยเพียงใดมักทำได้ยาก เพราะปัจจัยกระตุ้นที่เกิดขึ้นอาจมีจำนวนมากจนไม่สามารถบอกได้หมดหรือสรุปได้แน่ชัดว่าเป็นผลมาจากปัจจัยกระตุ้นดังกล่าวหรือไม่ หรือบางครั้งปัจจัยกระตุ้นอาจเกิดจากการพบเห็นเพียงชั่วคราว เช่น การเห็นข้อมูลเรื่องโรคจากโปสเตอร์ขณะนั่งรถซึ่งใช้เวลาเพียงสามวินาที ซึ่งบุคคลดังกล่าวอาจจำไม่ได้ถึงปัจจัยกระตุ้นดังกล่าวแต่ก็เกิดการกระทำขึ้นมาเหลือเพียงแต่ความตั้งใจจะทำพฤติกรรมดังกล่าว

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy)

เป็นความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมบางอย่างจนประสพความสำเร็จ เป็นปัจจัยที่ถูกกำหนดขึ้นมาในภายหลังโดย Bandura เนื่องจาก แบบจำลองเริ่มต้นของ HBM ถูกพัฒนามาจากบริบทของการป้องกันโรค เช่น เข้ารับการคัดกรอง หรือฉีดวัคซีน เป็นลักษณะของการออกไปทำพฤติกรรม และเสร็จสิ้นในจุดดังกล่าว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ซับซ้อน แต่สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย จะมีระยะเวลาที่ยาวนานไม่ใช่แค่ครั้งเดียว ดังนั้นการที่บุคคลดังกล่าวจะสามารถคงพฤติกรรม

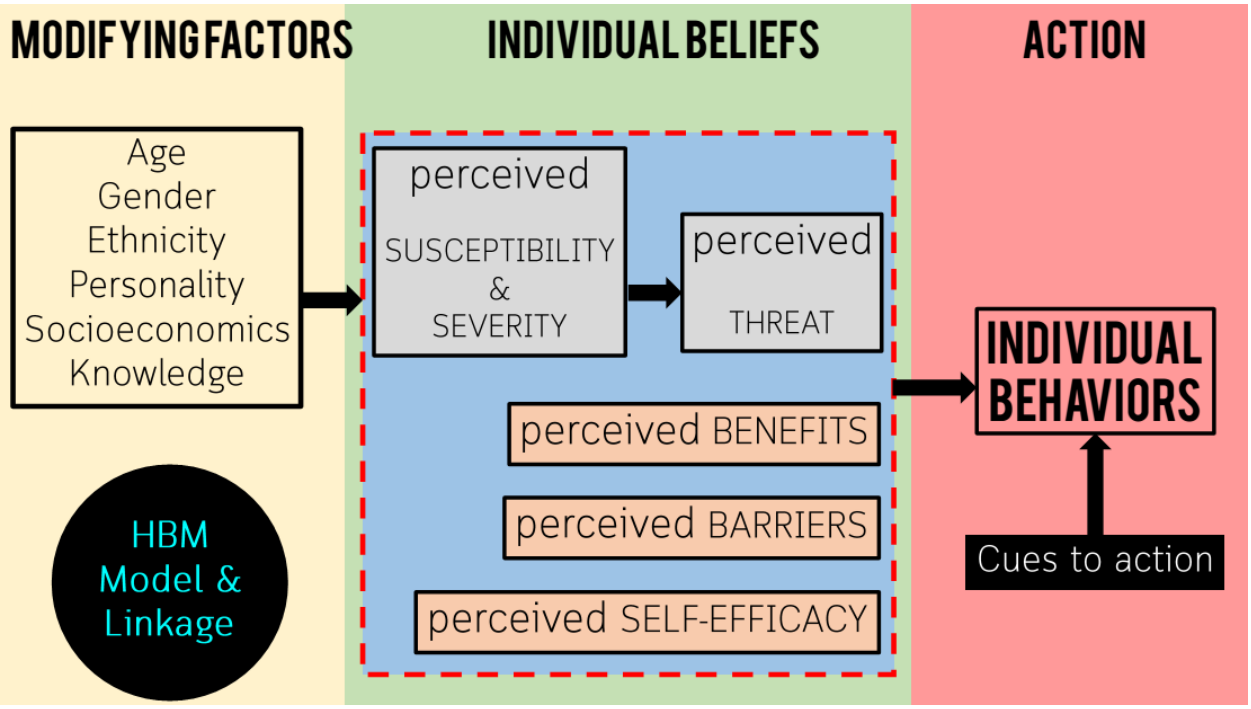
การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง บุคคลดังกล่าวจำเป็นต้องมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้เพื่อให้ตนเองยังคงไม่สูบบุหรี่ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ในระยะยาว

ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการรับรู้หรือมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และความรู้ที่เกี่ยวข้อง ยกตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือระดับการศึกษาที่เชื่อว่ามีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรม โดยระดับการศึกษาจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้องค์ประกอบอื่นๆของ HBM เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ และอุปสรรค อย่างที่เรามักเชื่อว่าคนที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้เรื่องโรคและให้ความร่วมมือที่ดีในการรักษากว่าคนที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า เป็นต้น

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดพฤติกรรม

ความสัมพันธ์สามารถอธิบายได้ดังรูปภาพที่ 1 ด้านล่าง โดยลูกศรจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวปัจจัย เริ่มจากปัจจัย Modifying factors ที่มีผลต่อการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพในปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ susceptibility และ severity ที่เรียกรวมว่า threats, benefits, barriers, และ self-efficacy ซึ่ง Cues to action ก็มีผลต่อการรับรู้เหล่านี้เช่นเดียวกัน ดังนั้นการผสมรวมระหว่างความเชื่อเหล่านี้จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรม [9]



รูปภาพที่ 1: ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[9]

2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

จากการสืบค้นวรรณกรรมเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย พบตัวอย่างการศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศสามารถดังตารางที่ 1 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่รูปแบบของการศึกษาเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่ออธิบายว่าองค์ประกอบหรือปัจจัยใดบ้างในทฤษฎีที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยผ่านรูปแบบการสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม จำนวนขององค์ประกอบของทฤษฎีที่ถูกนำมาใช้พิจารณาความสัมพันธ์มีความแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา ตั้งแต่ 2 – 7 องค์ประกอบ แต่โดยภาพรวมแล้วองค์ประกอบที่ถูกนำมาใช้บ่อย ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้

Author	โรค	ประเทศ	เป้าหมาย	วิธีการ	องค์ประกอบที่ถูกนำมาใช้
Park et al (2010) [12]	DM2	Korea	ปัจจัยที่มีผลต่อ adherence	การสัมภาษณ์	susceptibility, severity, benefit, barrier, modifying factors, cues to action, self-efficacy
รัตนา และคณะ (2555) [13]	TB	Thailand	การแทรกแซงด้วยโปรแกรมสุขภาพ	<u>กิจกรรมกลุ่ม 12 สัปดาห์</u> สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องวัณโรค สัปดาห์ที่ 2-4 ให้คำปรึกษา ออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ สัปดาห์ที่ 5 เสริมการรับรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สัปดาห์ที่ 6-8 ให้คำปรึกษา ออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ สัปดาห์ที่ 9 เสริมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแก่ผู้ป่วยและญาติ สัปดาห์ที่ 10–12 ให้คำปรึกษา ออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ	susceptibility, severity, benefit, barrier, self-efficacy
ยศพล และคณะ (2556) [14]	HTN	Thailand	ปัจจัยที่มีผลต่อ adherence	แบบสอบถาม	benefit, barrier
Kamran et al (2014) [15]	HTN	Iran	ปัจจัยที่มีผลต่อ adherence	แบบสอบถาม	susceptibility, severity, benefit, barrier, modifying factors, self-efficacy

Author	โรค	ประเทศ	เป้าหมาย	วิธีการ	องค์ประกอบที่ถูกนำมาใช้
Zhao et al (2015) [16]	HTN	China	ปัจจัยที่มีผลต่อ adherence	แบบสอบถาม	susceptibility, severity, benefit, barrier, modifying factors, cues to action, self-efficacy
Namwong et al (2015) [17]	HTN	Thailand	ปัจจัยที่มีผลต่อ adherence	แบบสอบถาม	susceptibility, severity, benefit, barrier, self-efficacy
พรพิมล อุลิตผล (2558) [18]	DM2	Thailand	การแทรกแซงด้วยโปรแกรมสุขภาพ	HBM (กิจกรรมกลุ่ม 1 วัน) ฐานที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ฐานที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ฐานที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ฐานที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ ฐานที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ Self-efficacy (กิจกรรมกลุ่ม 1 วัน) แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรักษาระดับน้ำตาลและตั้งเป้าหมายตนเอง	susceptibility, severity, benefit, barrier, self-efficacy
วรนัน และคณะ (2559) [19]	DM2	Thailand	ปัจจัยที่มีผลต่อ adherence	แบบสอบถาม	modifying factors, self-efficacy
Alatawi et al (2016) [20]	DM2	Saudi Arabia	ปัจจัยที่มีผลต่อ adherence	แบบสอบถาม	susceptibility, severity, benefit, barrier, cues to action, self-efficacy

Author	โรค	ประเทศ	เป้าหมาย	วิธีการ	องค์ประกอบที่ถูกนำมาใช้
ชุติมา และคณะ (2560) [21]	SCHIZOPHRENIA	Thailand	การแทรกแซงด้วยโปรแกรมสุขภาพ	<u>1 กิจกรรมกลุ่มต่อสัปดาห์</u> กิจกรรมที่ 1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วย กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม	susceptibility, severity, benefit, barrier
ณัฐนันท์ และคณะ (2560) [22]	HTN	Thailand	การแทรกแซงด้วยโปรแกรมสุขภาพ	<u>1 กิจกรรมต่อสัปดาห์</u> กิจกรรมที่ 1 (กิจกรรมกลุ่ม) 1.1 ให้ความรู้เรื่องโรค ความเสี่ยง และความรุนแรง 1.2 เพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา 1.3 ร่วมกันอภิปรายเพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติ 1.4 ร่วมกันวางแผนและเป้าหมายในการปฏิบัติ กิจกรรมที่ 2 – 5 โทรติดตามเพื่อสอบถามปัญหาเพื่อร่วมกันแก้ไข และให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	susceptibility, severity, benefit, barrier, self-efficacy
Obirikorang et al (2018) [23]	HTN	Ghan	ปัจจัยที่มีผลต่อ adherence	แบบสอบถาม	susceptibility, severity, benefit, barrier, modifying factors, cues to action

DM2: โรคเบาหวานชนิดที่2, TB: วัณโรคม HTN: โรคความดันโลหิตสูง, HBM: Health belief model

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา

ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค์ และการรับรู้ความสามารถตนเอง ในขณะที่ ปัจจัยร่วม และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ จะถูกนำมาใช้น้อยลดลงไปตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาที่เป็นการใช้โปรแกรมทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโดยใช้องค์ประกอบ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค์ และการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นหลักในการออกแบบวิธีการแทรกแซงหรือจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยเพื่อเพิ่มระดับการรับรู้ของผู้ป่วยในองค์ประกอบต่างๆให้มากขึ้น

จากข้อมูลในตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่ารูปแบบของการประยุกต์ใช้ส่วนใหญ่เป็นการทำความเข้าใจว่าความเชื่อหรือการรับรู้ด้านใดบ้างของผู้ป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา แต่การคิดค้นรูปแบบการแทรกแซงเพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือที่มากขึ้นการศึกษาส่วนใหญ่ยังไปไม่ถึงจุดดังกล่าว หรือหากมีรูปแบบการแทรกแซงจะเป็นเพียงการเสริมการรับรู้ในองค์ประกอบต่างๆผ่านการให้ความรู้โดยการบรรยายให้ความรู้ และการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือร่วมกันแก้ไขอุปสรรค์ที่เกิดขึ้น

ถึงแม้ว่ารูปแบบการแทรกแซงจะเป็นหัวใจหลักของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ตามการแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาจำเป็นต้องเกิดจากความเข้าใจในตัวของผู้ป่วยเสียก่อนว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากสาเหตุหรือองค์ประกอบใดตามทฤษฎี จากนั้นจึงค่อยออกแบบกิจกรรมหรือการแทรกแซงที่มุ่งเน้นการปรับปรุงหรือเพิ่มการรับรู้ขององค์ประกอบต่างๆที่ผู้ป่วยคนดังกล่าวขาดไป หากไม่ได้มีการค้นหาปัจจัยที่มีผลก่อนก็อาจทำให้รูปแบบของการแทรกแซงไม่ได้ผลและไม่สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย

2.4 ข้อจำกัดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมบางอย่างได้ เช่น พฤติกรรมที่มีภาวะเสพติดซึ่งกลายเป็นความเคยชินจนไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการเพิ่มความรับรู้ รวมถึงต้องมีระบบการบำบัดรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้เวลานาน พฤติกรรมที่เป็นผลมาจากปัจจัยอื่นๆที่อยู่ภายนอกกลุ่มเป้าหมาย เช่น พฤติกรรมที่เป็นผลมาปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น การทำงานในสถานที่ที่อันตราย หรือการอาศัยในแหล่งเสื่อมโทรมและเป็นมลพิษ หรือเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากภาวะอารมณ์ในขณะนั้นของกลุ่มเป้าหมาย หรือปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากองค์ประกอบทั้ง 7 ที่ทฤษฎีไม่ได้นำมาพิจารณา ดังนั้นในกรณีที่ตัวทฤษฎีมีข้อจำกัด หรือพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ได้มาจากการรับรู้หรือความเชื่อของผู้ป่วย ควรมีการบูรณาการหรือใช้ร่วมกับทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์อื่นๆเพื่อให้สามารถนำมาอธิบายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้อย่างรอบด้านและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น [9, 24] เช่น การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก [25] หรือการเพิ่มความร่วมมือในการป้องกันโรคมือเท้าปากในวัยเด็กของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็ก [26] เป็นต้น

3.3. บทสรุป

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการรักษา สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามีหลายปัจจัย โดยหนึ่งในทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่พยายามอธิบายปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เป็นการอธิบายจากมุมมองความเชื่อและการรับรู้ของตัวผู้ป่วยผ่าน 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค์ การรับรู้ความสามารถตนเอง ปัจจัยร่วม และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เพื่อพิจารณาว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากนั้นจึงทำการออกแบบการแทรกแซงหรือกิจกรรมต่างๆเพื่อเพิ่มความรับรู้หรือร่วมกันแก้ไขอุปสรรค์ที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่สามารถยอมรับได้ แต่อย่างไรก็ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยังคงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในกรณีที่พฤติกรรมดังกล่าวไม่ได้เป็นผลมาจากความเชื่อ หรือไม่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนความเชื่อเพียงอย่างเดียว ควรมีการบูรณาการหรือใช้ร่วมกับทฤษฎีทางด้านพฤติกร รมศาสตร์อื่นๆ เพื่อให้สามารถนำมาอธิบายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้อย่างรอบด้านและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3.4. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 2003. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization.

2. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. 2005. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. Med Care. 43:521- 530.

3. Anon. 2005. Poor medication adherence increases healthcare costs. PharmacoEconomics and Outcomes News. 480:5.

4. Jimmy B, Jose J. 2011. Patient medication adherence: measures in daily practice. Oman Med. J. 3:155-159.

5. นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. 2555. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา. ไทยไภษัชยนิพนธ์ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์). 7, 5-6.

6. ธนกฤต มงคลชัยภักดิ์, สุธาทิพย์ พิชญไพบูลย์ และ อลิศรา แสงวิรุณ. 2558. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ. วารสารเภสัชกรรมไทย ปีที่ : 7 ฉบับที่ : 1 เลขหน้า : 47-59.

7. อัญชลี ชูติธร. 2556. พฤติกรรมการเกาะติดยาของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. ปีที่ 6 ฉ.2 ก.ค.-ธ.ค.

8. Yue Z, Li C, Weilin Q, et al. 2015. Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. Patient Educ Counsel. 98:669–73.

9. Glanz K, Rimer B K, Viswanath K. (Eds.). 2008. Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed.). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

10. Becker MH and Maiman LA. 1975. Sociobehavioural determinants of compliance with medical care recommendations. Med Care. 13:10-24.

11. Bandura A. 1988. Perceived self-efficacy: Exercise of control through self-belief. In J. P. Dauwalder, M. Perrez, & V. Hobi (Eds.), Annual series of European research in behavior therapy. 2:27-59.

12. Park KA, Kim JG, Kim BW, Kam S, Kim KY, et al. 2010. Factors that Affect Medication Adherence in Elderly Patients with Diabetes Mellitus. Korean Diabetes J 34: 55–65

13. รัตนา สารบุญ และ นิรมล เมืองโส. 2555. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข. (บศ.) 12 (3) : ก.ค. - ก.ย. 2555.

14. ยศพล เหลืองโสมนภา สาคร พร้อมเพราะ สมบัติ เหลืองโสมนภา และ ยุพาธร เสือเฒ่า. 2556. อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ต่อความร่วมมือในการกินยาของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 30:146-157.

15. Kamran A, Sadeghieh Ahari S, Biria M, et al. 2014. Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. Ann Med Health Sci Res. 4: 922–27.

16. Yue Z, Li C, Weilin Q, et al. 2015. Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. Patient Educ Counsel. 98:669–73.

17. Namwong A, Panuthai S, Suwanprapisa T and Khampolsiri T. 2015. A casual model of adherence to therapeutic Thai older adults with hypertension. Pacific Rim Int J Nurs Res. 19, 107-21.

18. พรพิมล อุลิตผล. 2558. การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน.

19. วรนัน คล้ายหงษ์ นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. 2559. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม.

20. Alatawi YM, Kavookjian J, Ekong G and Alrayees MM. 2016. The association between health beliefs and medication adherence among patients with type 2 diabetes. Res Social Adm Pharm, 12 pp. 914-925.

21. ชุติมา ทองอยู่ และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. 2560. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วารสานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน.

22. ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์, ศิริพันธุ์ สาสัตย์. 2560. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง, Royal Thai Navy Medical Journal: Vol 44 No 3: กันยายน – ธันวาคม.

23. Obirikorang Y, Obirikorang C, Acheampong E, et al. 2018. Predictors of Noncompliance to Antihypertensive Therapy among Hypertensive Patients Ghana: Application of Health Belief Model. International Journal of Hypertension, Article ID 4701097, 9 pages, 2018. https://doi.org/10.1155/2018/4701097.

24. LaMorte WM. 2013. The Health Belief Model. Retrieved Oct 1, 2018, from http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/SB721-Models/SB721-Models2.html

25. วรนุช วงษ์จำนงค์ สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ. 2557. ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับความเข้มข้นของโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 9: 63-76.

26. อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช พรรณี บัญชรหัตถกิจ. 2557. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคมือเท้าปากในวัยเด็กโดยการ ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2: 158-167.