

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ในหลายภูมิภาคของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่ได้รับผลของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับวัณโรค ทำให้สถานการณ์ความรุนแรงของวัณโรคมียาวขึ้น จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคเป็นโรคที่เป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2536 (WHO, 1996, p. 20) โดยผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ บังกลาเทศ ภูฏาน อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟ พม่า เนปาล ศรีลังกา และ ไทย (WHO, 1998, p. 3) และในปี พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนใน 189 ประเทศจำนวน 3,617,045 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ของผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลก ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกประมาณการว่ามีจำนวน 8.04 ล้านคน (WHO, 2000, <http://www.who.int/gtb/publications/globrep00/summary.html>) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก ยังได้คาดคะเนผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกในปีพ.ศ. 2543 จะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 10.2 ล้านคน (จรี ปุณโณทก, 2542, หน้า 410)

สำหรับสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2528 มีอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงถึง 150 ต่อประชากรแสนคน หรือประมาณ 77,000 คน แต่ได้มีการดำเนินงานควบคุมวัณโรคที่ได้ผลทำให้มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ลดลงเหลือ 76 ต่อประชากรแสนคนหรือประมาณ 43,000 คน ในปี พ.ศ. 2534 จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2536 ซึ่งมีผลกระทบจากการระบาดของโรคเอดส์ทำให้มีอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 85 ต่อประชากรแสนคน หรือประมาณ 50,000 คน (กองวัณโรค, 2540, หน้า 4) ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภท ทั้งประเภทเสมหะพบเชื้อและไม่พบเชื้อที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 46,767 ราย หรืออัตรา 79 ต่อประชากรแสนคน และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อจำนวน 24,163 คน หรืออัตรา 41 ต่อประชากรแสนคน (นัคดา ศรียากษ์, 2542, หน้า 71-75) และในปี พ.ศ. 2539 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยโดยพบผู้ป่วยรายใหม่อัตรา 81 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งอาจเป็นผลกระทบจากโรคเอดส์ แต่อย่างไรก็ตามสถานการณ์วัณโรคของประเทศก็ยังไม่เป็นที่น่าไว้วางใจ เนื่องจากการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคของกรมควบคุมโรคติดต่อทำให้พบจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น

(สุขสันต์ จิตติมณี, 2542, หน้า 13) และสิ่งที่น่าจะเป็นปัญหาคือกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อแต่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ประชาชนทั่วไปได้มากขึ้น ซึ่งจากการหาอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรครายปี (annual risk of tuberculosis) ของกองวัณโรคคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2543 อาจจะมีรายป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นมากกว่า 120,000 คน (นัคดา ศรียาภย์, 2542, หน้า 71-75) โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยจะทำให้เกิดการแพร่เชื้อวัณโรคชนิดคือยาซึ่งยากต่อการรักษา

การแพร่ระบาดของวัณโรคที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านยาที่ใช้ในการรักษาและในการควบคุมสถานการณวัณโรคเป็นจำนวนมาก ในปี พ.ศ. 2541 มีการใช้เงินงบประมาณสำหรับการป้องกันควบคุมวัณโรคเป็นจำนวนเงิน 333.6 ล้านบาท (Vallop Payanandana and others, 1999, p.12) และจากรายงานประจำปีงบประมาณ 2541 กองวัณโรคได้ใช้เงินงบประมาณงานสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยใช้จ่ายเป็นค่าเวชภัณฑ์เป็นเงิน 4,999,896 บาท (กองวัณโรค, 2542, หน้า 11) หากสถานการณ์ของวัณโรคเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศมากขึ้นในการควบคุมสถานการณและรักษาโรค นอกจากนี้ผลกระทบที่เป็นปัญหาต่อผู้ป่วยในเชิงสังคมคือ เพื่อนบ้านมีพฤติกรรมไม่ยอมรับผู้ป่วย ห้ามบุตรหลานไปเล่นในบ้านผู้ป่วย (พวงรัตน์ กุมาทมาศ และคณะ, 2539, หน้า 82) ในส่วนผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นเป็นเวลา 6 เดือนมีค่าใช้จ่าย 3004.35 บาท ต่อคน (ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2534, หน้า 159) ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้ให้กับครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการไอ เหนื่อยหอบมาก ร่างกายอ่อนเพลียไม่สามารถทำงานได้ต้องหยุดงานทำให้สูญเสียรายได้ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อยจึงเป็นภาระหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจทำให้ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ขาดยาก่อนครบกำหนดการรักษา (สาหร่าย คำนวนิช และคณะ, 2533, หน้า 46) นอกจากนี้ปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการรักษา และการรับประทานยาไม่ถูกต้องครบถ้วนทำให้เกิดปัญหาการคือยาต่อการรักษาวัณโรค และส่งผลถึงการควบคุมวัณโรคไม่ได้เป้าหมายตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือ อัตราการรักษาหายมากกว่าร้อยละ 85 ดังนั้นองค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการควบคุมวัณโรคด้วยวิธีการกำหนดมาตรฐานของระบบยาระยะสั้น และกลวิธีการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงโดยการควบคุมกำกับกับการรับประทานยาต่อหน้า และให้คำปรึกษาช่วยเหลือผู้ป่วยในการรักษาจนครบกำหนดการรักษา (ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก, 2541, หน้า 78)

การรักษาด้วยระบบยามาตรฐานระยะสั้นเป็นระบบยาที่ประกอบไปด้วยยามาตรฐานคือ ไอโซไนอะไซด์ (Isoniazid - H) ริแฟมปีซิน (Rifampicin - R) พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide -

Z) และอีแทมบูทอล (Ethambutol - E) ที่ใช้ระยะเวลาในการรักษา 6-8 เดือน ประเทศไทยได้นำมาใช้ในการรักษาวัณโรคในปี พ.ศ. 2528 (นัคดา ศรียภักย์, 2542, หน้า 78) และในปีพ.ศ. 2539 ประเทศไทยได้เริ่มใช้กลวิธีการรักษาด้วยระบบยามาตรฐานระยะสั้น โดยมีพี่เลี้ยงกำกับดูแลการรับประทานยา ซึ่งเป็นวิธีการที่องค์การอนามัยโลกได้มีการทดลองดำเนินการดังกล่าวในหลายประเทศ เช่น ในประเทศจีนได้เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2534 อัตราการรักษาหายขาดร้อยละ 91 ประเทศแทนซาเนีย อัตราการรักษาหายขาดร้อยละ 79 และในประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราการรักษาหายขาดร้อยละ 78 (WHO, 1996, p. 7-11) บุคคลที่สามารถเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับรับประทานยาได้มีหลายกลุ่มเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกครอบครัว หรือญาติ ซึ่งบุคคลที่เป็นพี่เลี้ยงจะมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค และให้คำแนะนำปรึกษาเป็นกำลังใจตลอดจนช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยวัณโรคในการรักษาจนครบกำหนด จากการศึกษาการควบคุมกำกับรับประทานยาผู้ป่วยวัณโรคโดยสมาชิกครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่รักษา ณ ศูนย์วัณโรคเขต 12 ยะลา โดยยุทธิชัย เกษตรเจริญ และคณะ (2538, หน้า 247) พบว่ามีอัตราการรักษาครบร้อยละ 90.8 แสดงว่าการที่สมาชิกครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษา และมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษาย่างสม่ำเสมอและรับประทานยาต่อเนื่องจนครบกำหนด

สำหรับผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนทุกประเภทในปี พ.ศ. 2541 จำนวน 6 จังหวัด ในความควบคุมของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 9 พิษณุโลก ได้แก่พิษณุโลก อุตรดิตถ์ แพร่น่าน พิจิตร และเพชรบูรณ์ มีผู้ป่วยรวมจำนวนทั้งสิ้น 3,056 คน คิดเป็นอัตรา 78.16 ต่อแสนประชากรผู้ป่วยใหม่ระยะแพร่เชื้อ จำนวน 1,386 คน คิดเป็นอัตรา 35.45 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาทุกประเภทในพื้นที่ดำเนินการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงจำนวน 4 อำเภอ นำร่อง ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอชาติตระการ อำเภอบางระกำ และอำเภอบางกระทุ่ม จำนวน 214 คน (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 9 พิษณุโลก, 2541) จากการศึกษาผลการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงกับแบบรับประทานยาเองในศูนย์วัณโรคเขต 9 พิษณุโลก (นัยนา ศิริวัฒน์, 2541, หน้า 554) พบว่าการรักษาด้วยระบบการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงมีอัตราการรักษาหายขาดร้อยละ 66.3 การรักษาด้วยระบบรับประทานยาเองอัตราการรักษาหายขาดร้อยละ 52.3 ซึ่งอัตราการรักษาหายขาดนี้ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ร้อยละ 85 (WHO, 1997, p. 16) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลยังไม่ปฏิบัติตามบทบาทที่แนะนำอย่างถูกต้อง ดังรายงานการทบทวนเอกสารวิชาการเรื่องวัณโรค (ฉบับร่าง) หัวข้อการรักษาวัณโรคโดยมีผู้กำกับการบริหารยา หรือการรักษาแบบมีพี่เลี้ยง และการดำเนินงาน DOTS โดยแพทย์หญิงเพชรวรรณ พิงรัมย์ (2542, หน้า 44) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพของการกำกับรับประทานยาโดยญาตินั้นพบว่าการบันทึกในใบตรวจสอบ

การรับประกันยาของผู้ป่วยบางรายไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นตามข้อกำหนดที่เป็นความจริง นอกจากนี้การรักษาวัณโรคผู้ป่วยจะต้องรับประกันยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ผู้ป่วยจึงต้องการกำลังใจและความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวในการรักษาและรับประกันยา จนครบกำหนด ดังนั้นสมาชิกครอบครัวจะต้องให้การดูแลโดยให้คำปรึกษาแนะนำดูแลด้าน รักษาพยาบาล ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทั้งนี้เป็นบทบาทที่เลี้ยงในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (กองวัณโรค, 2541, หน้า 15-17) ที่สอดคล้องกับหน้าที่หลักของครอบครัว ซึ่งพรายแมน อังใน รุจา ภูไพบูลย์ (2541, หน้า 54) ได้กล่าวถึงหน้าที่หลักของครอบครัว ประกอบด้วยหน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่เป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจซึ่งเป็นการแสดงออกโดยการให้ความรักความอบอุ่น สร้างเสริมความผูกพันทางจิตใจ หน้าที่ในการเผชิญปัญหาของครอบครัว การที่ครอบครัวใช้แหล่งประโยชน์ในระบบสังคมโดยรวม ได้แก่ ระบบการบริการสุขภาพ การสังคมสงเคราะห์หน้าที่จัดการทรัพยากรด้านเศรษฐกิจเป็นหน้าที่จำเป็นที่ทุกครอบครัวต้องมีการจัดหารายได้นำมาใช้จ่ายอย่างเหมาะสม หน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายได้แก่ปัจจัยสี่ คุณภาพสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติหรือเครือข่ายทางสังคมที่มีความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน ย่อมมีผลต่อการบรรเทาความเจ็บป่วยให้ทุเลาลง (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540, หน้า 110)

จากปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอัตราการรักษาหายขาดที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานองค์การอนามัยโลก ซึ่งอาจเกิดจากการขาดการสนับสนุนดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งมีหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการควบคุมวัณโรค และนิเทศการปฏิบัติงานวัณโรคจึงมีความสนใจในบทบาทของสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในด้านต่าง ๆ ได้แก่ให้คำปรึกษาแนะนำดูแลด้านรักษาพยาบาล ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ความรู้และอบรมสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ศึกษาบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการให้คำปรึกษาแนะนำดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านการรักษาพยาบาล ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

## ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาถึงบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งขึ้นทะเบียนรับการรักษา ณ ศูนย์วัณโรคเขต 9 พิษณุโลก จำนวน 40 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 12 มิถุนายน – 7 กรกฎาคม 2543

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือเป็นบุตรบุญธรรม หรือมีความผูกพันใกล้ชิดกัน ที่อยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกัน หรือบริเวณเดียวกันจำนวน 1 คนที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

บทบาทในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง พฤติกรรมปฏิบัติที่สมาชิกครอบครัวพึงปฏิบัติ หรือพึงกระทำในการให้คำปรึกษาแนะนำดูแลด้านรักษาพยาบาล ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรคและรับการรักษา ณ ศูนย์วัณโรคเขต 9 พิษณุโลก มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดพิษณุโลก