

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวัณโรคจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลาย ๆ ประเทศ ที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2536 ว่า “วัณโรคเป็นปัญหาฉุกเฉินของโลก (TB is a Global Emergency)” และได้ประมาณการณ์ไว้ในช่วง 10 ปี จากปี พ.ศ. 2533 ถึงปี พ.ศ. 2542 ว่าจะมีประชากรทั่วโลกป่วยเป็นวัณโรคเกิดใหม่ประมาณ 88 ล้านคน และคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2543 วัณโรคจะเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกถึง 25 ล้านคน ซึ่งมากกว่าสาเหตุการตายด้วยโรคเอดส์ ถึง 4 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2533 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 7.5 ล้านคน ปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็น 8.8 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มขึ้นเป็น 10.2 ล้านคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (จรี ปุณโณทก, 2541)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ประสบปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรค จากการประมาณทางระบาดวิทยา คาดว่าจะมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นปีละ 75,000-100,000 ราย ในปี พ.ศ. 2543 จะมีผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้นประมาณ 120,000 ราย และเกือบ 20,000 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (สายันต์ แก้วเกตุ, 2539) กองวัณโรคได้ทำการเฝ้าระวัง การติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน พบมากที่สุดที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ พบถึงร้อยละ 34.3 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2532 ถึงร้อยละ 28.9 ผู้ติดเชื้อวัณโรคจะป่วยเป็นวัณโรคมากขึ้นทุกปี และวัณโรคยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในกลุ่มโรคติดเชื้อ (บัณฑิต ชุณหสวัสดิกุล, 2539) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยใหม่จะเกิดกับประชากรในวัยทำงาน ซึ่งเป็นทรัพยากรแรงงานที่สำคัญของประเทศ หากไม่สามารถดำเนินการควบคุมวัณโรคให้ได้ผลจะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมทั้งต่อผู้ป่วยและประเทศชาติโดยส่วนรวม ผลที่ตามมาคือความสูญเสียทางเศรษฐกิจของชาติ (เจริญ ชูโชติถาวร, 2535) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย เพราะต้องเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย สูญเสียทรัพยากรบุคคล เป็นภาระสังคม ชุมชนต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันเผชิญกับปัญหาวิกฤตการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ จึงต้องพยายามทุกวิถีทางเพื่อยับยั้งผลกระทบดังกล่าวให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ประเทศไทยได้มีการใช้ระบบยาระยะสั้นในผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 และขยายครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทย (นัคดา ศรียาภัย, 2539) แต่อัตราการรักษาหายขาดเฉลี่ย

เพียงร้อยละ 50.0 เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการจ่ายยาให้ผู้ป่วยนำกลับไปรับประทานที่บ้าน แต่ขาดการกำกับและดูแลการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และหยุดยาก่อนครบกำหนดการรักษา ทำให้ปัญหาการดื้อยาของเชื้อวัณโรคมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากรายงานของกองวัณโรค ปี พ.ศ. 2537 พบว่าอัตราการดื้อยาไอโซไนอะซิด (Isoniazid-H) และไรเฟมปีซิน (Rifampicin-R) ในผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มสูงขึ้น จนอยู่ที่ระดับประมาณร้อยละ 6.0 ส่งผลให้วัณโรคซึ่งเป็นโรคที่รักษาหายกลายเป็นโรคที่รักษายากหรือไม่หาย นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการดื้อยาจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็น 100 เท่า ของการรักษาในครั้งแรก เนื่องจากต้องใช้ยาที่มีราคาแพง เช่น คานามัยซิน (Kanamycin), อะมิคาซิน (Amikacin) เป็นต้น และต้องใช้เวลารักษานานถึง 24 เดือน หรือมากกว่า (นิรัช หุ่นดี, สายันต์ แก้วเกตุ, ยุทธิชัย เกษตรเจริญ, 2540) จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีการนำกลวิธีการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Therapy Short course -DOTS) มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ โดยมีผู้คอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วนทุกวัน เพื่อให้แน่ใจว่าหายจากวัณโรคและไม่แพร่เชื้อต่อไปอีก วิธีการรักษาวัณโรคแบบนี้ ได้มีการทดลองใช้ในประเทศแทนซาเนีย โดยนายแพทย์คาร์เรล สติบโบล ชาวเนเธอร์แลนด์ โดยให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการเฝ้าสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วยจนครบกำหนด พบว่าอัตราการหายขาดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.0 เป็นร้อยละ 79.0 ในปี พ.ศ. 2534 ประเทศจีนได้นำไปใช้กับประชากร 2 ล้านคนในพื้นที่ 5 จังหวัด ของมณฑลเหอเป่ โดยให้แพทย์ประจำหมู่บ้านเป็นผู้กำกับและดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่าอัตราการหายขาดสูงถึงร้อยละ 94.0 และมีการขยายพื้นที่จนครอบคลุมเกือบครึ่งหนึ่งของประเทศ พบว่าอัตราการหายขาดยังอยู่ในระดับสูง โดยในปี พ.ศ. 2536 เกือบร้อยละ 91.0 ของผู้ป่วยได้รับการรักษาหายขาด (WHO, 1995) ประเทศไทยได้นำกลวิธีการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงมาดำเนินการในปี พ.ศ. 2539 จำนวน 13 จังหวัด จากการประเมินผลพบว่า อัตราการรักษาหายขาดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.0 เป็นร้อยละ 80.0 ถึง 85.0 (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) จากผลการศึกษาเรื่องการรักษาวัณโรคด้วยยาระยะสั้นของโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าอัตราการหายขาดในผู้ป่วย ที่ทำ DOTS สูงกว่าผู้ป่วยที่กินยาเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$) เนื่องมาจากที่เลี้ยงในการทำ DOTS ช่วยแนะนำให้กำลังใจ คอยดูแลผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ เช่น แพ้ยา และคอยเป็นผู้ประสานระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วย ในด้านความเชื่อมั่นในการรักษา (ดวงจันทร์ รัตนมาลัย และคณะ, 2540) สำหรับประสิทธิผลของผู้กำกับรับประทานยานั้น จากการศึกษาในจังหวัดยโสธร ซึ่งมีการใช้ DOTS ครอบคลุมผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 44.4 พบว่าเป็นญาติของผู้ป่วยถึงร้อยละ 88.0 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 11.6 และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 0.4 เห็นได้ว่ายังมีผู้ป่วยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด ไม่มีผู้กำกับและดูแลการรับประทานยา สาเหตุอาจเนื่องจากบ้านอยู่ไกลจากสถานบริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถเป็นผู้กำกับและดูแลได้ ผู้ป่วยอาจอยู่คนเดียวหรือญาติที่อาศัยอยู่ด้วยไม่เหมาะสมที่จะเป็นผู้กำกับและดูแลการรับประทานยา

(สมศักดิ์ อรรถศิลป์, 2540) จากผลการศึกษาเชิงปฏิบัติการภาคสนามโครงการควบคุมวัณโรค โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบลค้นหา ส่งต่อ และติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนครบกำหนด พบว่าอัตราการรักษาหายขาดถึงร้อยละ 81.0 แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นทรัพยากรในชุมชนที่มีบทบาทในการควบคุมวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้ามีการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม (ประทีป ธนกิจเจริญ และ วิญญู เอี่ยมชีรางกูร, 2527)

ในฐานะผู้ศึกษาเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อำเภอไพร่สาม รับผิดชอบงานสุขภาพตำบล และควบคุมโรค จึงสนใจที่จะศึกษาความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการกำกับและดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการใช้ระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประกอบการวางแผนในการดำเนินงานควบคุมโรควัณโรค และหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องได้นำข้อมูลจากการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ศึกษาความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการกำกับและดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการใช้ระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของประชากร การรับรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค กับความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการใช้ระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง

สมมุติฐานของการศึกษา

ลักษณะของประชากร การรับรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการกำกับและดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการใช้ระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง

ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการศึกษาถึง ความพร้อมในการกำกับและดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการใช้ระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ในเขตอำเภอไพร่สาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 231 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ 21 มิถุนายน 2542 - 10 กรกฎาคม 2542

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การกำกับและดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการใช้ระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง

1. การเก็บรักษาวัณโรคของผู้ป่วยไว้
2. ลงบันทึกบนบัตรบันทึกการรักษาที่ส่งมาจากโรงพยาบาล โดยดูว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาแล้ว จึงจะลงบันทึก
3. เฝ้าระวังการแพ้ยา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
4. เดือนผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลตามนัดทุกเดือนพร้อมทั้งส่งบัตรบันทึก การรักษาที่ลงบันทึกไว้ เพื่อให้โรงพยาบาลตรวจสอบความถูกต้อง
5. ติดตามผู้ป่วยทันทีที่ขาดยา
6. เอายาไปให้ผู้ป่วยที่บ้านถ้าบ้านผู้ป่วยอยู่ไม่ไกลจากบ้านอาสาสมัครสาธารณสุข
7. ให้คำปรึกษาในด้านการปฏิบัติตัว
8. ให้คำปรึกษาในด้านเศรษฐกิจ
9. ให้คำปรึกษาในด้านสังคม และจิตใจ
10. การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่

ความพร้อม หมายถึง ความสนใจ เต็มใจ และตั้งใจ ที่จะปฏิบัติในการกำกับและดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ความพร้อมในการ

การรับรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค หมายถึง การรับรู้ในเรื่อง สาเหตุ อาการ การติดต่อ การป้องกัน การวินิจฉัยโรค การรักษา การประเมินผลการรักษาโรควัณโรค

ลักษณะของประชากร หมายถึง อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส การมีญาติหรือคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านป่วยเป็นวัณโรค การรับรู้ข่าวสาร

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน เตรียมอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะเป็นผู้กำกับและดูแลผู้ป่วยวัณโรค และนำไปประยุกต์ใช้กับโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ให้พร้อมที่จะปฏิบัติงานได้