

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ในปี 2532-2533 องค์การอนามัยโลก ได้ศึกษาปัญหาการแพร่กระจายของวัณโรคทั่วโลก พบว่ามีผู้ที่เคยป่วยและกำลังป่วยเป็นวัณโรค จำนวนทั้งสิ้น 1,700 ล้านคน โดยในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่ามีผู้ป่วย 2.5 ล้านคน (Kochi, 1991, p. 1) ประเทศไทยในปี 2536 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรค 74,533 ราย (สถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2538, หน้า 239) ภาคเหนือของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2538 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 5,071 ราย ส่วนจังหวัดในเขตควบคุมของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่ คือ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง เชียงราย พะเยาและแม่ฮ่องสอน ในปี พ.ศ. 2537 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรับการรักษา 4,682 ราย สำหรับจังหวัดเชียงใหม่มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ ในปี พ.ศ. 2533 มีจำนวนผู้ป่วย 741 ราย ปี พ.ศ. 2534 มีผู้ป่วยจำนวน 857 ราย ปี พ.ศ. 2535 มีผู้ป่วยจำนวน 896 ราย ปี พ.ศ. 2536 มีจำนวนผู้ป่วย 1,197 ราย ปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้ป่วย 1,607 ราย และปี พ.ศ. 2538 มีผู้ป่วยจำนวน 1,624 ราย (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10, 2539) ซึ่งผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี พบว่ามีความสัมพันธ์กับวัณโรค โดยผู้ป่วยที่เคยรับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ภูมิคุ้มกันของร่างกายจะลดลงทำให้เชื้อวัณโรคที่เคยได้รับมาในวัยเด็กและหลบซ่อนอยู่เกิดการเป็นวัณโรคปอดหรือวัณโรคนอกปอด (extrapulmonary TB) เป็นผลให้มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น (เจริญ ชูโชติถาวร, 2535, หน้า 174) โดยผู้ติดเชื้อ เอชไอวีมีอัตราป่วยเป็นโรคได้ 6 เท่าของบุคคลทั่วไป ทำให้การควบคุมวัณโรคซึ่งเคยได้ผลดีมาเป็นลำดับได้ผลน้อยลง โดยมีรายงานว่าอัตราป่วยด้วยวัณโรคเพิ่มขึ้นมากในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศที่พัฒนาแล้ว สถานการณ์นี้ย่อมมีผลกระทบต่อประเทศไทยเช่นเดียวกัน (บัญญัติ ปริษญานนท์ และ ชัยเวช นุชประยูร, 2536, หน้า 12)

ในปี พ.ศ. 2533 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรคจำนวน 2.9 ล้านคน โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นภูมิภาคที่มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตมากที่สุด 940,000 ราย (Kochi, 1991, p. 1) ในปี พ.ศ. 2535 วัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 และ

เป็นอันดับที่ 2 ของกลุ่มโรคติดต่อทั้งหมดของประเทศไทย ซึ่งในอนาคตอาจมีแนวโน้มของการป่วยและการตายสูงขึ้นอีก เนื่องจากผลกระทบจากการระบาดของโรคเอดส์ (บุญเชิด กลัดพ่วง, พดา ลิ้มปสยชล และฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, 2538, หน้า 276) ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2536 มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรค 3,374 ราย คิดเป็นอัตรา 5.8 : 100,000 ประชากร ในภาคเหนือ มีผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรคจำนวน 717 คน คิดเป็นอัตรา 6.1 : 100,000 ประชากร (สถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2538, หน้า 118) จากสถิติของจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยวัณโรคของประเทศไทย ทำให้มีการสูญเสียทรัพยากรเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ไม่ว่าจะเป็นด้านกำลังคน ทรัพยากรและเศรษฐกิจ (บุญเชิด กลัดพ่วง, พดา ลิ้มปสยชล และฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, 2538, หน้า 276) ผลกระทบจากการป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคต่อครอบครัว ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจในขณะที่เจ็บป่วยค่าใช้จ่ายในการรักษาจะต้องถูกจ่ายเป็นเวลานานหลายเดือน ทั้งนี้ขึ้นกับระยะเวลาที่แพทย์กำหนด

จากการศึกษาค่ายารวัณโรคในผู้ป่วยที่ต้องใช้ในการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2527-2529 และ 2530 พบว่าการรักษาวัณโรคตั้งแต่เริ่มการรักษาจนครบกำหนดมีมูลค่าตั้งแต่ 1,900 บาทจนถึง 6,400 บาท (นันทา มาระณะเนตร์, 2535, หน้า 150) และเนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่มักเกิดกับผู้มีรายได้น้อย ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาวัณโรคจึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และจะมีผลมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการไอและเหนื่อยหอบมากจนไม่สามารถปฏิบัติงานเพื่อการดำรงชีวิตได้ จึงเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วย ต้องรับภาระในการหาค่าใช้จ่ายในครอบครัวให้เพียงพอในกรณีที่ผู้ป่วยทำหน้าที่นี้มาก่อน ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัวและเสียชีวิต ภาระหน้าที่ของผู้ป่วยจะตกเป็นของสมาชิกครอบครัว และทำให้สมาชิกในครอบครัวขาดความอบอุ่น จากการศึกษาของ มาร์ติโคเนน และวาลโคเนน (Martikainen and Valkonen, 1996, p. 1078) พบว่าอัตราตายของบุคคลหลังจากการเสียชีวิตของคู่ครอง โดยศึกษาแบบสำรวจต่อเนื่องตามระยะเวลา (Cohort Study) ในชาวฟินแลนด์ที่สมรสแล้วจำนวน 1,580,000 คน ที่มีอายุระหว่าง 35-84 ปี ใช้เวลาศึกษาติดตามตั้งแต่ 1986-1991 ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุการตายของบุคคลที่คู่ครองเสียชีวิตนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากความเครียดซึ่งมีสาเหตุจากการขาดการสนับสนุนทางครอบครัวและไม่สามารถแก้ไขความเครียดได้ จะเห็นได้ว่าวัณโรคเป็นสาเหตุของการสูญเสียทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรเศรษฐกิจ ชุมชนต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ประเทศชาติต้องมีนโยบายในการให้การรักษามีประสิทธิภาพ

วิธีการควบคุมวัณโรคประกอบด้วยการค้นหาผู้ป่วยและการรักษาอย่างถูกต้อง การให้วัคซีนบีซีจีและการใช้ยาป้องกันวัณโรค ซึ่งวิธีการรักษาด้วยยาเป็นวิธีที่สำคัญที่สุด เนื่องจากจะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ยังมีประโยชน์ในด้านระบาดวิทยาโดยการตัดวงจรการแพร่เชื้อ (บัญญัติ ปริษณานนท์ และ ชัยเวช นุชประยูร, 2536, หน้า 1-3) การตัดวงจรการแพร่เชื้อมีความสำคัญคือ ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อถ้าไม่ได้รับการรักษาในระยะเวลาปีครึ่ง จะมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 30 หรือประมาณร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 5 ปี อัตราตายจะลดลงเมื่อได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและผู้ป่วยจะหายจากโรค ในรายที่ได้รับการรักษาไม่ถูกต้องผู้ป่วยจะไม่หายจากโรคแต่ผู้ป่วยจะมีอายุยืนยาวต่อไปได้หลายปี และสามารถแพร่เชื้อให้กับผู้สัมผัสได้ตลอดเวลา (ทวีศักดิ์ บำรุงตระกูล และ ลำเนา โกญจนาท, 2535, หน้า 37)

การรักษาวัณโรค ตั้งแต่เริ่มต้นเมื่อประมาณ 20 กว่าปีก่อน เรียกระบบยาที่ใช้รักษาว่าระบบยามาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วยยาไอโซไนอะซิด (Isoniazid ; H) ความธัยอะซิดาโซน (ThiacitaZone ; T) โดยเพิ่มยาฉีดสเตรพโตมัยซิน (Streptomycin ; S) ในระยะ 2 เดือนแรกถ้าตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ซึ่งระบบยามาตรฐานนี้แม้ว่ายานี้จะมีราคาถูกที่สุด การบริหารง่าย และให้ผลดีพอสมควร แต่เนื่องจากเป็นระบบยาที่ทำให้มีอาการข้างเคียงและแพ้ยา จึงเป็นปัญหาใหญ่ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยรับการรักษาให้ครบตามกำหนดได้เพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้น (นิตดา ศรียาภัย, 2535, หน้า 87) จากการศึกษาทดลองในหลายประเทศตั้งแต่พ.ศ. 2515 โดยการใช้ระบบยาริแฟมปีซิน (Rifampicin ; R) ที่ค้นพบใหม่ และยารานานเดิมที่เคยใช้เป็นยาสำรองคือ พัยราซินามัยด์ (Pyrazinamide ; Z) ทั้งสองขนานมีสรรพคุณพิเศษในการทำลายเชื้อที่หลงเหลืออยู่ในเนื้อเยื่อของผู้ป่วยที่มีอาการดื้อยา (persister) การรักษาจึงได้ผลดีกว่าการรักษาวัณโรคขนานอื่นๆ ควบกับยามาตรฐานเดิมบางขนาน ได้แก่ ไอโซไนอะซิด สเตรพโตมัยซิน อีแธมบูธอล (Ethambutal ; E) และธัยอะซิดาโซน พบว่านอกจากจะมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยให้พ้นระยะแพร่เชื้อได้รวดเร็ว และมีอัตรากำเริบได้น้อยแล้วยังลดเวลาในการรักษาให้สั้นลงเหลือ 6-9 เดือน จึงเรียกระบบยานิดนี้ว่าเป็นระบบยาระยะสั้น ซึ่งเหมาะสมที่จะนำมาใช้รักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะในแง่ของการควบคุมโรค (นิตดา ศรียาภัย, 2535, หน้า 87) แต่มีปัญหारेืองงบประมาณ จึงปรับแผนการรักษาเป็นระยะสั้น 4-9 เดือน ซึ่งดาร์ณี วิริยกิจจา และจิราพรพรณัฐประเสริฐ (2531, หน้า 63) ได้ศึกษาความสม่ำเสมอในการรักษาและผลของการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยระบบยามาตรฐานและระบบยาระยะสั้น จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบางกลุ่มพบว่า ในระยะเวลาการรักษา 6 เดือน จะมีความร่วมมือในการรักษาดีมาก คือมีความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยอยู่ระหว่างร้อยละ 85-95 แต่ผู้ป่วยระบบยามาตรฐาน 12-24

เดือน มีความสม่ำเสมอในการรักษาร้อยละ 69.39 และเมื่อรักษาครบกำหนดในระบบยาระยะสั้น มีผู้ป่วยรักษาครบกำหนด ร้อยละ 80 ส่วนระบบยามาตรฐานมีผู้ป่วยรับยาครบกำหนดร้อยละ 56.75 แต่อัตราการรักษาหายเฉลี่ยทั่วประเทศเพียงร้อยละ 64 เนื่องจากโดยส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการขาดความร่วมมือในการรักษาวัณโรคของผู้ป่วย (นิตดา ศรียาภักย์, 2538, หน้า 304)

สาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาวัณโรค ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรค ทรวงอกทั้งในและต่างประเทศจำนวนมากมีความเห็นตรงกันว่าความล้มเหลวในการรักษาวัณโรค คือการขาดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เพราะความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเป็น สิ่งที่สำคัญที่สุดซึ่งนับว่าเป็นหัวใจของการที่จะเอาชนะโรคได้ แต่โดยความเป็นจริงแล้วการ ควบคุมวัณโรคต้องประสบปัญหาอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ รับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ครบตามเวลาในการรักษา (จารุวรรณ ชันติสุวรรณ, 2528, หน้า 4-6) นอกจากนี้การขาดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ไม่ครบกำหนด ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียทั้งตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและต่อประเทศชาติทำให้การรักษาไม่ได้ผล โรคไม่หายแต่กลับเป็นใหม่และเป็นสาเหตุทำให้เชื้อดื้อยาได้ ในผู้ป่วยที่ต้องทำการรักษาซ้ำ ค่า ใช้จ่ายจะสูงกว่าครั้งแรก ผลการรักษาจะไม่ค่อยดี ฤทธิ์ข้างเคียงของยาจะสูงกว่าและที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจะรักษาไม่หาย และในปัจจุบันยังไม่มีระบบยาระยะสั้นที่เหมาะสมสำหรับการรักษาซ้ำ (นิตยา ธนัญญิ และสุคนธ์ โลศิริ, 2538, หน้า 253) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคถึงความ รู้สึกครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตกใจ ไม่เชื่อ ไม่สนใจในคำ วินิจฉัย โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ที่มีฐานะยากจน นอกจากนี้ระยะเวลาของการรักษาที่ใช้เวลา นานประมาณ 6 เดือนผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกดดัน เพราะต้องมีภาระในชีวิตประจำวัน เช่นการ เลี้ยงดูเด็ก หรือการทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ดังนั้นเมื่ออาการเจ็บป่วยทุเลาลง ผู้ป่วยจึงอยากหยุดการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคยังต้องการความสนใจและการยอมรับจากผู้ ที่อยู่รอบข้าง (Dick, Walt, Hoogendoorn and Tobias, 1996, p.173)

แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง (บังอร ฤทธิ์อุดม, 2536, หน้า 25) ซึ่งมีผลทำให้เกิดความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษา วัณโรค ความสม่ำเสมอของการรับยาวัณโรค การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวต่อการรักษา วัณโรคของผู้ป่วยทั้งในด้านเศรษฐกิจและทางด้านสังคม คอบบ์ (Cobb อ้างใน เปรมฤทัย

น้อยหมื่นไวย, 2536, หน้า 33) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับรู้ว่าตนเป็นบุคคลที่ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่ายกย่องและยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนความรู้สึกคุณค่า (esteem support) และการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในสังคม (social support) และคอบบ์ (Cobb, อ้างใน น้อมจิตต์ สกุลพันธ์, 2535, หน้า 56) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อผูกพันซึ่งกันและกัน บุญลือ วันทายนต์ (2520, หน้า 67) ได้กล่าวถึงลักษณะของบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กันแบบกลุ่มเครือญาติ ว่าเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันทางด้านชีวภาพ และทางด้านกฎหมาย สมาชิกกลุ่มนี้จะมีการปฏิสัมพันธ์และมีกิจกรรมร่วมกันมาก นอกจากนี้ยังมีการสมาคมติดต่อกันบ่อยมาก มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะกลุ่มเครือญาติในครอบครัวไทย นับเป็นกลุ่มสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อบุคคลของครอบครัวซึ่งจัดเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดของสังคม ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวย่อมมีความผูกพันกันมากกว่ากลุ่มประเภทอื่น จำเรียง ฐรมะสุวรรณ (2522, หน้า 28) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดมีความสำคัญต่อสังคมมากที่สุด มนุษย์ผูกพันและมีความหมายต่อครอบครัวตั้งแต่เกิดจนตาย เมื่อพิจารณาถึงจำนวนสมาชิกที่เป็นครอบครัวขยาย หมายถึงครอบครัวที่ประกอบด้วย บิดา มารดาและบุตร รวมทั้งญาติพี่น้อง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา ซึ่งอาศัยอยู่ภายในครอบครัวเดียวกัน แรงสนับสนุนในครอบครัว (family support) เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินความผาสุกของครอบครัวโดยแรงสนับสนุนในครอบครัวเป็นข้อมูลหรือการสื่อสาร ซึ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวเชื่อว่าตนได้รับการดูแลเอาใจใส่ให้ความรักและการให้คุณค่า การให้หรือการได้รับแรงสนับสนุนทางครอบครัวที่ไม่เพียงพออาจโน้มนำไปสู่อันตรายทำให้กระทบต่อความผาสุก ซึ่งความกดดันจากบุคคลที่มีความสำคัญหรือการขาดแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ ช่วงที่มีความลำบากนี้ก่อให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้แรงสนับสนุนภายในครอบครัวจะช่วยปกป้องคุ้มครองบุคคลในภาวะวิกฤติจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพระยะยาว เช่น วัณโรค มะเร็ง เป็นต้น (บุหงา ภูษะคราม, 2533, หน้า 10) ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539, หน้า 85-86) มีแนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันว่า ถ้าผู้ให้ความช่วยเหลือเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องสืบสายเลือดเดียวกันหรือบุคคลที่มีเชื้อชาติเดียวกันจะให้ความช่วยเหลือกันมากกว่าผู้อื่น ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิตโดยแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ (motive of helping) เป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจว่าบุคคลจะช่วยผู้อื่น

หรือไม่เพราะเหตุใดแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากความสงสาร ความเข้าใจ ความเห็นใจ (altruistic motivation) ความรู้สึกเช่นนี้มักมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้องด้วย เช่น พื้นฐานความเป็นญาติ ความคล้ายคลึงกันในด้านต่างๆ ความสัมพันธ์ในอดีตระหว่างผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือ ฮาแดด (Haddad อ้างใน มนัสสินิตย์ บุญยธรรม, 2508, หน้า 45) กล่าวถึงบริการสุขภาพที่บ้านว่าทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้นเนื่องจากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว เกิดความอบอุ่นใจ มีกำลังใจ รวมทั้งมีโอกาสสัมผัสกับโรคติดต่อให้น้อยลง ด้านเศรษฐกิจการดูแลสุขภาพพยาบาลที่บ้านจะช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและรัฐบาลได้มาก

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วย ที่มาได้รับการรักษาจากศูนย์โรคเขต 10 เชียงใหม่ เนื่องจากการรักษาโรคต้องการการควบคุมกำกับในการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวน่าจะมีบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมารับการรักษาจนครบกำหนด เพื่อเป็นการเพิ่มอัตราการรักษาหายของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค

สมมติฐานของการศึกษา

การสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงอธิบาย (explanatory design) มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของครอบครัว และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค ที่มาได้รับการรักษาจากศูนย์โรคเขต 10 เชียงใหม่ ในปี 2539 จำนวน 151 ราย ตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน 2540 ถึง 18 กรกฎาคม 2540

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การสนับสนุนทางครอบครัว หมายถึง การสนับสนุนจากบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรรวมทั้งญาติพี่น้องที่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน เป็นการสนับสนุนที่ประกอบด้วยการปฏิบัติ 4 ด้าน คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือยกย่อง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเงินทอง สิ่งของหรือการให้บริการ

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง วิธีการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเกี่ยวกับจำนวนของ ยาวันโรคที่ผู้ป่วยรับประทาน ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา การมารับยา และตรวจตามนัดร่วมกับผลของการรักษา การปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุราในขณะรับการรักษาวันโรค

ผู้ป่วยวันโรค หมายถึง ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาวันโรคจากศูนย์วันโรคเขต 10 เชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2539 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวันโรคปอด ผลเสมหะพบเชื้อหรือไม่พบเชื้อได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวันโรค โดยในผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นสูตร 6 เดือน และผู้ป่วยเสมหะไม่พบเชื้อได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นสูตร 4 เดือนตามคำสั่งแพทย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานให้การดูแลผู้ป่วยวันโรค
2. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขในการให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยวันโรคที่มาใช้บริการที่ศูนย์วันโรคเขต 10 เชียงใหม่
3. เพื่อเผยแพร่ผลงานที่ศึกษาให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานแก้ปัญหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาตามกำหนด