

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis, TB) เป็นโรคติดต่อที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากลที่ต้องเร่งแก้ไขอย่างรีบด่วน จากรายงานองค์การอนามัยโลก พบว่าความชุกของผู้ป่วยวัณโรคในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลกมีประมาณ 16-20 ล้านคน และ 8-10 ล้านคน หรือครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้กำลังแพร่เชื้อ (Highly Infectious) แต่ละปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 8.4 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.9 ล้านคน และร้อยละ 85 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้อยู่อันดับที่ 18 ของโลกในจำนวน 22 ประเทศที่มีขนาดของปัญหาวัณโรคสูง (High Burden Country) และคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อรายใหม่ประมาณ 92,300 คน ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งหรือ 44,475 คน เป็นผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ (WHO, 2010)

แม้วัณโรคจะเกิดขึ้นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย แต่ที่พบและเป็นปัญหามากที่สุดในปัจจุบัน คือ วัณโรคปอด โดยพบได้ถึงร้อยละ 85 ของวัณโรคทุกประเภท (มาลินี สุขเวชชารกิจ, 2555) ตัวอย่างเช่น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทรวม 63,968 ราย และเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ 32,803 ราย และสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทรวม 58,508 ราย และเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ 30,067 ราย (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) แม้ปฏิบัติการวัณโรคปอดในระยะที่ผ่านมาจะมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่หรือลดลงเล็กน้อย แต่ก็จัดอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างสูง และพบปัญหาที่สำคัญคือ การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และการให้บริการรักษาที่ยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้ยังคงมีการแพร่กระจายของเชื้อและการติดเชื้อวัณโรคในชุมชน รวมทั้งการคือต่อยาที่รักษา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สังคม และเศรษฐกิจของประชาชนและของประเทศ โดยวัณโรคปอดส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง ที่เห็นเด่นชัดด้านสุขภาพกาย ได้แก่ อาการไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และน้ำหนักลด (สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2544) อาการแสดงของความทุกข์ทรมานด้านร่างกายอาจมากขึ้น หากพบอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นขึ้น ปวดข้อแน่นหน้าอก และตัวเหลืองตาเหลืองจากตับอักเสบ (นิธิพัฒน์ เจียรกุล, 2550)

นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคยังต้องเผชิญกับอาการทุกข์ทรมานจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา ยังอาจต้องปรับตัวต่อความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และความซึมเศร้าระหว่างการรักษา เนื่องจากวัณโรคยังเป็นโรคติดต่อที่มักเป็นที่รังเกียจของผู้ที่อยู่ใกล้ชิด และในระยะแรกของการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องแยกตัวเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและบั่นทอนกำลังใจในการรักษามากขึ้น และในที่สุดผลของโรคต่อร่างกายและจิตใจอาจส่งผลต่อความล้มเหลวในการรักษา รวมถึงการดื้อยาและการขาดยา กลายเป็นปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) และเมื่อผู้ป่วยที่เคยขาดการรักษามาแล้วต้องกลับมารักษาใหม่อีกครั้ง จำเป็นต้องใช้ระบบใหม่เนื่องจากการดื้อยาของเชื้อวัณโรค และยาระบบใหม่ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการรักษานานขึ้น 6-30 เดือน (สุคนธ์ โลศิริ และ ชำนาญ ชูไชสง, 2548 ; Hutchison, Drobniewski and Milburn, 2003) ดังนั้น ผู้ที่เป็นวัณโรคปอดต้องรีบรักษาให้หาย หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง จะทำให้แพร่กระจายไปได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากติดต่อได้ง่ายโดยระบบทางเดินหายใจ และมีอันตรายถึงชีวิตได้ (มาลินี สุขเวชชวรกิจ, 2555)

ภายใต้คำขวัญในการรณรงค์วัณโรค ปี 2555 “Stop TB in my lifetime” องค์การอนามัยโลก มีนโยบายมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรค และทำให้วัณโรคหมดไปจากโลกนี้โดยเร็วที่สุด (มาลินี สุขเวชชวรกิจ, 2555) กระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคของไทย เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 2558 ไว้ โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วยและอัตราตายจากวัณโรค จนไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศอีกต่อไป และมีกลยุทธ์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อรายใหม่ให้บรรลุเป้าหมายร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีอยู่ในชุมชน ตามเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะการเร่งรัดในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ในชุมชนแออัด ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มแรงงานต่างด้าว กลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) เพื่อนำเข้าระบบการรักษาให้กินยาต่อเนื่องครบ 6 เดือน ให้ได้มากกว่าร้อยละ 85 ซึ่งสอดคล้องกับมาตรการเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกในการควบคุมและรักษาวัณโรค (WHO, 2010)

การค้นพบผู้ป่วยวัณโรคระยะเริ่มแรก โดยเฉพาะระยะแพร่เชื้อและการวินิจฉัยโรคได้โดยเร็วมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ดื้อยา มีโอกาสหายมากขึ้นแล้ว การค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกได้อย่างรวดเร็วยังช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในชุมชน เพราะการไอ 1 ครั้งของผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อในชุมชน สามารถปล่อยเชื้อวัณโรคออกมาประมาณ 3,000 ละออง (Infectious Droplet Nuclei) การพูดคุยเป็นเวลานาน 5 นาที จะปล่อยเชื้อออกมาได้ประมาณ

เท่ากัน (Cole & Cook, 1998 and De Vita et al. 1992) และการจามแต่ละครั้งจะทำให้เกิดฝอยละออง น้ำมูกน้ำลายประมาณ 40,000 ละออง ซึ่งมีขนาดตั้งแต่ 0.5-12 ไมครอน (DeVita et al. 1992) โดย ละอองที่มีขนาดใหญ่กว่า 10 ไมครอนจะตกลงพื้น ส่วนละอองขนาดเล็ก 1-10 ไมครอน จะแห้ง กลายเป็นฝอยละอองขนาดเล็ก กระจายอยู่ในอากาศได้นานตั้งแต่เป็นนาทีถึงหลายชั่วโมง (Collins, 1998) นำไปสู่การรับเชื้อของบุคคลต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนได้ตลอดเวลา (บุญพ่อง เลื่องอรุณ และ คณะ. 2544) ดังนั้นผู้ป่วย วัณโรคระยะแพร่เชื้อที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคล่าช้า นอกจากมีผลเสียต่อตัวผู้ป่วยทำให้ผลการรักษาไม่ดีแล้ว ผลเสียที่สำคัญอีกประการคือการแพร่เชื้อ วัณโรคจากผู้ป่วยสู่ประชากรในชุมชน ทำให้เกิดการระบาดของโรคจนยากที่จะสามารถควบคุมได้

ความล่าช้าในการมาตรวจรักษาของผู้ป่วยวัณโรค สามารถจำแนกได้เป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความล่าช้าโดยรวม (Total Delay) ซึ่งหมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ที่มีอาการแรกของโรคปรากฏ ขึ้นจนถึงวันแรกที่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง 2) ความล่าช้าจากผู้ป่วย หรือความล่าช้าในการ ไปรับการตรวจรักษา (Patient Delay) หมายถึง ระยะเวลาจากที่มีอาการแรกของโรคปรากฏขึ้นจนถึงวันแรกที่ได้พบปะกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และ 3) ความล่าช้าจากระบบสุขภาพหรือการให้บริการ (Health System Delay) ซึ่งคือ ระยะเวลาตั้งแต่การพบกับบุคลากรทางด้านสุขภาพครั้งแรกจนถึง วันที่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องครั้งแรก โดยระยะเวลาความล่าช้าที่ยาวนานมากเท่าใด สะท้อนถึง ความล่าช้าที่ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษามากขึ้นเท่านั้น (Rojpibulstit, Kanjanakiritamrong and Chongsuvivatwong, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความล่าช้าในการมาตรวจรักษาของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า โดยทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคจะมารับการตรวจรักษาล่าช้า แต่ระยะเวลาความล่าช้ามีความแตกต่างกันไปบ้าง ในการศึกษาแต่ละเรื่อง จากการศึกษาของ Sreeramareddy et al. (2009) ด้วยวิธีการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความล่าช้าในการรับการตรวจรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ทั้งในประเทศที่มีรายได้สูงและต่ำ พบว่า ทั้งประเทศที่รายได้สูงและรายได้ต่ำมีความล่าช้าโดยรวม เฉลี่ย 25-185 วัน เป็นความล่าช้าจากตัวผู้ป่วย เฉลี่ย 4.9-162 วัน และความล่าช้าจากระบบสุขภาพ เฉลี่ย 2-87 วัน ซึ่งความล่าช้าจากผู้ป่วยและความล่าช้าจากระบบสุขภาพไม่มีความแตกต่างกัน (28.7 วัน กับ 25 วัน)

แต่การศึกษาของ Chiang et al. (2005) ในประเทศไต้หวัน พบความล่าช้าโดยรวมเฉลี่ย 44 วัน เป็นความล่าช้าจากผู้ป่วย เฉลี่ย 7 วัน และความล่าช้าจากระบบสุขภาพ เฉลี่ย 23 วัน ซึ่งผล การศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความล่าช้าจากระบบสุขภาพมีมากกว่าความล่าช้าจากผู้ป่วย (23 วัน ต่อ 7 วัน)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย กัมปนาท ฉายชวงษ์ (2552) พบผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 31.30 ที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค ของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ล่าช้ามากกว่า 30 วัน โดย

มีระยะเวลาเฉลี่ยของความล่าช้า 127.36 วัน และระยะเวลาความล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดอยู่ระหว่าง 1-730 วัน ส่วนการศึกษาของ Rojpibulstitt, Kanjanakiritamrong and Chongsuvivatwong (2006) เกี่ยวกับการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในโรงพยาบาลของรัฐ 7 แห่งในจังหวัดสงขลา พบค่ามัธยฐานความล่าช้าในการไปตรวจรับการรักษา ความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัย และความล่าช้าในการรักษา มีค่าเป็น 4.4 ค่า 2.8 และค่า 9.4 สัปดาห์ ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยความล่าช้าจากผู้ป่วยในการไปตรวจรับรักษามากกว่าค่าเฉลี่ยความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยของระบบสุขภาพ (4.4 วัน ต่อ 2.8 วัน) แตกต่างจากการศึกษาของ Chiang et al. (2005) ที่พบว่า ความล่าช้าจากระบบสุขภาพมีมากกว่าความล่าช้าจากผู้ป่วย โดยการศึกษาในต่างประเทศ และในเขตชนบทของประเทศไทย ก็พบว่า การแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยก่อนมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล เช่น การปรึกษาร้านขายยา ซื้อมารับประทานเอง หมอพื้นบ้าน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่างที่อยู่ในชุมชน มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการไปตรวจรับรักษาของผู้ป่วย (กัมปนาท ฉายชูวงศ์. 2552 ; นราวุฒิ คำหอม. 2551; Maamari. 2008 ; Rojpibulstitt, Kanjanakiritamrong and Chongsuvivatwong. 2006)

การแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อการรักษาพยาบาลนั้น เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบายหรือให้ความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง หรือความรู้เดิมเกี่ยวกับโรค และอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด อาจมีการประวิงเวลาเพื่อสังเกตอาการและความรุนแรง หากไม่แน่ใจก็จะเสาะแสวงหาข้อมูล คำแนะนำ และความช่วยเหลือเบื้องต้นจากบุคคลสำคัญ หรือบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น สามีภรรยา บิดามารดา เครือญาติและกลุ่มเพื่อน เพื่อวางแผนการรักษา โดยแสวงหาทางเลือกเพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วย ในหลายแนวทางด้วยกัน การเลือกแหล่งบริการและวิธีการรักษาเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของตนเอง หรือบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิด รวมทั้งประเพณี วัฒนธรรมความเชื่อ ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือก เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกในการรับบริการ ชื่อเสียงของแหล่งบริการหรือประสิทธิภาพการรักษา หลังจากนั้นจึงตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ และวิธีการรักษา โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงแหล่งรักษาใหม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเมินผลการรักษาของผู้ป่วย และบุคคลรอบข้าง เพื่อต้องการให้หายจากการเจ็บป่วยหรือกลับสู่สภาพปกติได้ (Cornally and McCarthy. 2011 ; Igum. 1979) จึงมักพบเสมอว่าผู้ป่วยวัณโรคบางราย มีพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาที่อาจไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในระยะแรกของการเจ็บป่วย เช่น การซื้อยากินเอง หรือขอคำปรึกษาจากบุคลากรหรือสถานบริการขนาดเล็ก ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพในการตรวจวินิจฉัยโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความล่าช้าในการได้รับการวินิจฉัยและการรักษา รวมถึงมีการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน

นอกจากนี้สาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของความล่าช้าจากระบบสุขภาพ คือการให้บริการ ค้นหาผู้ป่วยที่มีอยู่ เป็นลักษณะการให้บริการแบบตั้งรับ และไม่ได้ให้ความสำคัญกับการนำมุมมองของผู้รับบริการมาใช้ในการออกแบบและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Jaramillo. 1999 ; Juvekar et.al. 1995 ; Ogden. 2000) ทำให้การออกแบบการบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคยังขาดประสิทธิภาพที่จะดึงดูดผู้ป่วยให้เข้ามาใช้บริการคัดกรองและการตรวจรักษา โดยจากการประเมินโครงการควบคุมวัณโรคต่าง ๆ พบว่า โครงการหรือกิจกรรมที่ให้บริการอยู่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับแนวทางการควบคุมโรคที่มาจากมุมมองของผู้รับบริการ คือ ไม่ได้นำความคิดความเชื่อและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมาช่วยในการออกแบบระบบบริการควบคุมและรักษาโรค ทั้งที่ผู้ป่วยเป็นบุคคลแรกที่สามารถรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของตนเอง ได้ก่อนบุคคลอื่น และโดยธรรมชาติแต่ละบุคคลก็มีความต้องการที่จะแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อรักษาอาการของตนเองในรูปแบบต่าง ๆ อยู่แล้ว และกระบวนการแสวงหาการรักษาที่มักมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการเป็นตัวกำหนดความล่าช้าในการรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีการแสวงหาการรักษาได้เหมาะสมจะช่วยให้ระยะเวลาของความล่าช้าลดลง ส่วนการแสวงหาการรักษาที่ไม่เหมาะสมก็จะส่งผลกระทบกันข้าม ก่อให้เกิดความล่าช้าในการรักษามากขึ้น (Grange and Festenstein. 1993 ; Jaramillo. 1999)

ดังนั้น องค์กรความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือหรือการแสวงหา รักษาพยาบาลของผู้ป่วยวัณโรค ช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อปัญหาการมารับบริการรักษาของผู้ป่วย รวมถึงสามารถอธิบายถึงการตอบสนองด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยของตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ รวมทั้งบริบททางสังคมวัฒนธรรม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการควบคุมและป้องกันวัณโรคในชุมชน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและพัฒนาระบบบริการ การตรวจคัดกรองที่มาจากมุมมองของผู้ป่วยเอง เป็นระบบบริการเชิงรุก และมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรมของประชาชน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าองค์กรความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนมารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลยังมีน้อย โดยเฉพาะการวิจัยเชิงคุณภาพ ในการศึกษาประสบการณ์การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีรายละเอียดลึกซึ้งจากมุมมองของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ก่อนมารับการตรวจรักษา ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งเป็นคลินิกที่เป็นศูนย์กลางของการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ ในมุมมองของผู้ป่วยเอง เพื่อนำไปสู่การออกแบบบริการในการควบคุมวัณโรคในชุมชนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ก่อนเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นอย่างไร อะไรเป็นสิ่งที่สนับสนุนและอุปสรรคต่อการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วย

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ก่อนเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตามมุมมองของผู้ป่วย ระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2556

1.5 คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง บุคคลที่มารับการตรวจรักษาและขึ้นทะเบียนที่คลินิกวัณโรค งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธีข้อมเชื้อทนครดเป็นบวก ซึ่งสามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นวัณโรคปอด ไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดมาก่อน

2. ประสบการณ์การแสวงหาความช่วยเหลือ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ว่ามีอะไรบ้าง รุนแรงมากน้อยเพียงใด และมีความหมายอย่างไร อาจมีการประวิงเวลาเพื่อสังเกตอาการและความรุนแรง หากไม่แน่ใจก็จะแสวงหาข้อมูล คำแนะนำ และความช่วยเหลือเบื้องต้นจากบุคคลสำคัญหรือบุคคลที่ใกล้ชิด โดยแสวงหาทางเลือกหลายแนวทางเพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วย อาจมีการเปลี่ยนแปลงแหล่งรักษาใหม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินผลการรักษาของผู้ป่วย เพื่อต้องการให้หายจากการเจ็บป่วยหรือกลับสู่สภาพปกติได้ จนถึงก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค