

ปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก
FACTOR ASSOCIATED WITH REGULAR TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS
PATIENTS AT CENTRAL CHEST INSTITUTE OF THAILAND

รติพร กล้ายสุบรรณ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ธันวาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ รติพร คล้ายสุบรรณ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(อาจารย์ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(อาจารย์ ดร.ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.พาลี สีสักกะลิน)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2560

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และอาจารย์ ดร.ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์สุปราณี คุณกิตติ ผศ.ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษา ชี้แจงแนวความคิด ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และนายแพทย์เจริญ ชูโชติถาวร แพทย์หญิงสตรีรัตน์ จันครุฑ นายแพทย์เฉลียว พูลศิริปัญญา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบด้านจริยธรรม รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก ตลอดจนเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค พยาบาลวิชาชีพ พี่กฤษณา ชีวะกุลและผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดาคอยสนับสนุนทุกๆด้านทั้งความคิดและการปฏิบัติในการดำเนินชีวิตในสังคม พี่ ๆ เพื่อน ๆ ในสายวิชาชีพน้อง ๆ ทุกคนในหน่วยงานสุศึกษาที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่ บพกาภิ บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

รติพร คล้ายสุบรรณ

56920301: สาขาวิชา: การสร้างเสริมสุขภาพ; วท.ม. (การสร้างเสริมสุขภาพ)

คำสำคัญ: การติดเชื้อวัณโรค/ การขาดการรักษา/ ผู้ป่วยวัณโรคปอด

รติพร คล้ายสุวรรณ: ปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค

สถาบันโรคทรวงอก (FACTOR ASSOCIATED WITH REGULAR TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS AT CENTRAL CHEST INSTITUTE OF THAILAND) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, Ph.D., ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์ Ph.D., กาญจนา พิบูลย์, Ph.D., 85 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค ของผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 151 คน ในคลินิกวัณโรคสถาบันโรคทรวงอก ที่สุ่มเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเป็นตัวแทนของผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมด โดยการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งได้ทำการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ ผลการวิจัยพบว่า เพศชายมีการขาดการรักษาต่อเนื่องมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยสถานภาพโรคมีความเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่อง 2.217 เท่า (90%CI of OR = 1.099-4.471) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีสถานภาพคู่ สำหรับการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่อง 66.70% เมื่อเทียบกับผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ (OR = 0.333; 90%CI of OR = 0.125-0.889) ผลการวิจัยสะท้อนว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาวัณโรคในสังคมไทยมีโอกาขาดการรักษาได้มากโดยพิจารณาจากปัจจัยในตัวผู้ป่วย วัยทำงานจนถึงวัยผู้สูงอายุ เกือบทุกอาชีพที่กลับมารักษาวัณโรค ดังนั้นทุกคนควรสร้างทัศนคติที่ดีกับการรักษาวัณโรคในครั้งแรก ลดอคติ ลดการรังเกียจผู้ป่วยวัณโรค และกลับมาเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรคปอดได้อย่างยั่งยืน

56920301: MAJOR: HEALTH PROMOTION; M.Sc. (HEALTH PROMOTION)
KEYWORDS: TUBERCULOSIS/ NON-CONTINUING CARE/ TUBERCULOSIS PATIENTS
RATIPORN KLAYSUBUN: FACTOR ASSOCIATED WITH REGULAR
TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS AT CENTRAL CHEST
INSTITUTE OF THAILAND. ADVISORY COMMITTEE: PAIBOON PONGSANGPAN,
Ph.D., DHAMMAWAT OUPPAWONGSAPAT, Ph.D., KANCHANA PIBOON, Ph.D.,
85 P. 2017.

This research was a descriptive research with aimed to study the relationship for continuing care of 151 pulmonary tuberculosis patients at the tuberculosis clinic of Central Chest Institute of Thailand by simple random sampling in order to be the representatives of all pulmonary tuberculosis patients. The questionnaire was used to get the data from January to July, 2017. The statistic used in data analysis was Model Chi- square and Logistic regression analysis.

The findings revealed that the male continued to care less than the female. The factor that related to the continuing care of pulmonary tuberculosis patients with the significant statistic was the single-medical patients. They were high risk at lacking of continuing care about 2.217 times (OR = 90%CI of OR = 1.099-4.471) when comparing with the married-medical patients. For the factor of their occupation, the employee-medical patients reduce the risk of non-continuing care about 66.70% when comparing with the government employee-medical patients (OR = 0.333: 90%CI of OR= 0.125-0.889). Moreover, the other results showed the factors relating to the treating of tuberculosis at the Central Chest Institute of Thailand highly risked of non-continuing care by considering with the patient factor from the working-age to the old-age and almost occupations that revisited the tuberculosis. So we should firstly create the positive attitude towards the treating of tuberculosis, reduce prejudice, reduce aversion of tuberculosis patients, and be a social support on continuing care of tuberculosis patients sustainably.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานของการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
วิวัฒนาการของการรักษา	7
ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการบริการและการเข้าถึงการบริการ.....	20
ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้.....	23
แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม.....	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	26
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
รูปแบบการวิจัย	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	36

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	38
4 ผลการวิจัย.....	40
ส่วนที่ 1 ปัจจัยชีวิตสังคมของผู้ป่วยวัณโรค.....	40
ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการในสถานโรคทรวงอก.....	43
ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค.....	49
ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม.....	50
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	59
สรุปผลการวิจัย.....	59
อภิปรายผลการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะ.....	65
บรรณานุกรม.....	66
ภาคผนวก.....	73
ภาคผนวก ก.....	74
ภาคผนวก ข.....	76
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	85

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2-1 ระบบขามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ	15
2-2 ขนาดของยาสำหรับผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 14 ปี)	17
4-1 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยชีวสังคมของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับบริการในคลินิกวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก (N = 151)	41
4-2 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการในสถาบันโรคทรวงอก (N = 151).....	43
4-3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเข้าถึงบริการในแต่ละด้านกับ การขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค	47
4-4 ความพึงพอใจการใช้สิทธิในการมารับการรักษาตามสิทธิที่ได้ในสถาบันโรคทรวงอก ...	48
4-5 จำนวนและร้อยละ ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค	49
4-6 ระดับความรู้คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค.....	50
4-7 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	51
4-8 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค.....	52
4-9 จำนวนร้อยละแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในสถาบันโรคทรวงอก	53
4-10 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องและขาดการรักษาต่อเนื่อง	55
4-11 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค.....	58

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่คร่าชีวิตมนุษย์ทั่วโลกมากกว่าการติดเชื้อใด ๆ ในปัจจุบันมีประชากรเกือบครึ่งโลกที่ได้รับเชื้อวัณโรค ประชากรเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา แถบเอเชียและแอฟริกา องค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์ว่าหนึ่งในสามของประชากรโลกติดเชื้อ *M. tuberculosis* และมีการติดเชื้อใหม่เกิดขึ้นในอัตราหนึ่งคนต่อวินาที ใน พ.ศ. 2555 มีการประเมินว่ามีกรณีมีฤทธิ์เรื้อรัง 13.7 ล้านคน และใน พ.ศ. 2553 มีกรณีใหม่ 8.8 ล้านคน และผู้เสียชีวิต 1.45 ล้านคน ส่วนมากพบในประเทศกำลังพัฒนา จำนวนผู้ป่วยวัณโรคลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2549 และตั้งแต่ พ.ศ. 2545 นอกจากนี้ คนในประเทศกำลังพัฒนาติดเชื้อวัณโรคมากกว่า เพราะระบบภูมิคุ้มกันมีแนวโน้มเป็นอันตรายมากกว่าเนื่องจากอัตราโรคเอดส์ที่สูงกว่า^(WHO, 2010)

สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย กำลังประสบปัญหาการกลับมาแพร่ระบาดใหม่ของเชื้อวัณโรค ปัจจัยที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อวัณโรคจึงไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ (เสาวนีย์ วิบูลสันติและคณะ, 2554) ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงสุดในโลก ปี 2555 โดยมีรายงานพบผู้ป่วยรายใหม่ 80,000 รายต่อปี หรือ 119 ต่อแสนประชากร แม้ว่าแนวโน้มจะลดลงต่อเนื่องในช่วง 10 ปี ปัจจุบันมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 60,000 รายและอัตราการรักษาสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 85 (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2556) แต่สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยยังน่าเป็นห่วงทั้งมาจากปัญหาวัณโรคจากกลุ่มประชากรข้ามชาติ (ต่างด้าว) และปัญหาการดื้อยาจากการกินยาไม่ต่อเนื่อง (Multidrug Resistance Tuberculosis, MDR-TB) (กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์, 2555)

จากรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรครวมทุกชนิดของสำนักโรคติดต่อวิทยา พ.ศ. 2554 ซึ่งประกอบด้วย วัณโรคปอด (รายงานเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ที่มีผลเสมหะ) วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง และวัณโรคอื่น ๆ ไม่รวมผู้ป่วยใหม่เสมหะลบและที่รักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ และได้รับรายงานผู้ป่วยวัณโรค 42,038 คน อัตราป่วย 65.71 ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิต 123 คน อัตราตาย 0.19 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.29 โดยพบว่า อัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นแต่อัตราตายมีแนวโน้มลดลง ข้อมูลจากสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2554 ตรวจพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษา 65,000 คน มีอัตราความสำเร็จร้อยละ 87 เสียชีวิตร้อยละ 7 และขาดการรักษาร้อยละ 3 และยังพบปัญหาแนวโน้มวัณโรคดื้อยารุนแรง

([Http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_53.pdf](http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_53.pdf)) และพบว่า วัณโรคเป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของประชากรไทย และได้รับการรักษาครบถ้วนและรักษาหายเพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้น โดยอุปสรรคสำคัญเกิดจากตัวผู้ป่วยเองละทิ้งการรักษาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้วัณโรคกลับเป็นซ้ำได้ บางรายขาดความรู้ในการกินยาและอันตรายจากโรค โดยกินยาเพียง 1-2 เดือน เมื่ออาการดีขึ้นคิดว่าหายจึงไม่กลับมารับยาอีก บางรายหยุดการรักษาหรือลดจำนวนยาลงเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา นอกจากนี้ในบางรายไม่กินยาบางมื้อเมื่อออกไปทำธุระนอกบ้าน เพราะเกรงว่าผู้อื่นจะรู้ว่าเป็นวัณโรค นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น ไม่มีค่ารถ ไม่มีเวลามารับยาเพราะการมารับยาแต่ละครั้งต้องเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว บางรายอาจไม่มีผู้ดูแลคอยเตือนให้มารับยา (มาลินี ธนฤตน์ศรีสกุล, 2553) ซึ่งทำให้การรักษาล้มเหลว โดยสิ้นเชิงและยังส่งผลกระทบต่อเนื้อจึงเกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย อาทิ ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น เด็ก คนชรา ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่ได้รับยาหรือสารกดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้พยาธิสภาพของปอดผู้ป่วยเองมีความรุนแรงมากขึ้น เกิดโรคแทรกซ้อนตามมาหากไม่ทำการรักษาภายในระยะ 1 ปีครึ่ง มีโอกาสเสียชีวิตภายในเวลา 5 ปี ถึงร้อยละ 30-50 ที่สำคัญการกินยาไม่สม่ำเสมอทำให้เชื้อดื้อยา ต้องเปลี่ยนยาที่ใช้ในการรักษาจากยาพื้นฐาน (First line drug) เป็นยาระบบสำรอง (Second line drug) ซึ่งมีราคาแพงและมีฤทธิ์ข้างเคียงสูง อาจใช้เวลาในการรักษานานขึ้นเป็น 2 ปีขึ้นไป และจะให้ผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษาครั้งแรก เนื่องจากการใช้ระบบยาสำรอง ทำให้เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจของตัวผู้ป่วยเองและประเทศชาติ

สถาบันโรคทรวงอก เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีคลินิกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถาบันโรคทรวงอก ดำเนินการตามแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Programme: NTP) ขององค์การอนามัยโลก โดยใช้ยุทธศาสตร์การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นมาตรฐานภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT: Directly Observed Treatment Short Course) การรักษาย้อนหลัง 5 ปี ในปี พ.ศ. 2552-2556 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย 1,510 ราย, 1,474 ราย, 1,601 ราย, 1,348 ราย และ 1,546 ราย ตามลำดับ และในปี 2552, และ 2554 มีอัตราความสำเร็จของการรักษาเท่ากับร้อยละ 76 และ 82 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 8) และอัตราการขาดยาเท่ากับร้อยละ 11.45 และ 9 ตามลำดับ แต่ในปี 2553, 2555 และ 2556 มีอัตราความสำเร็จของการรักษาสูงกว่าเป้าหมาย เท่ากับร้อยละ 86.41, 85.18 และ 88 ตามลำดับ และอัตราการขาดยาเท่ากับร้อยละ 7.4, 7.1, และ 9.6 ตามลำดับ (คลินิกวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก, 2555) ขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สถาบันโรคทรวงอก เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดจะได้รับ

การวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษา คำแนะนำเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากนักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลประจำคลินิกในการมารับยาครั้งต่อไป จากการสอบถามพยาบาลประจำคลินิกและนักวิชาการสาธารณสุข ยังพบว่า ผู้ป่วยวันโรคปอดยังรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ไม่มาตามนัด ไม่สามารถติดตามได้ และมียังพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น การไม่ใช้ผ้าปิดปาก-จุมก เวลาไอจาม และทิ้งเสมหะไม่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้มีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปยังคนในครอบครัวและมีผู้ป่วยวัณโรคต่อยาเพิ่มขึ้น

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี 2555 แสดงให้เห็นว่ายังมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยขาดการรักษาที่เพิ่มขึ้น ในการดำเนินงานปัจจุบันมีการติดตามผู้ป่วยขาดการรักษาโดยใช้วิธีการโทรศัพท์และจดหมายตามตัว แต่ยังคงพบว่า มีผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาต่อเนื่องเพียงร้อยละ 30 (รายงานประจำปีสถาบันโรคทรวงอก, 2556) และยังคงมีจำนวนผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำถามการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค การเข้าถึงบริการและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่ อย่างไร

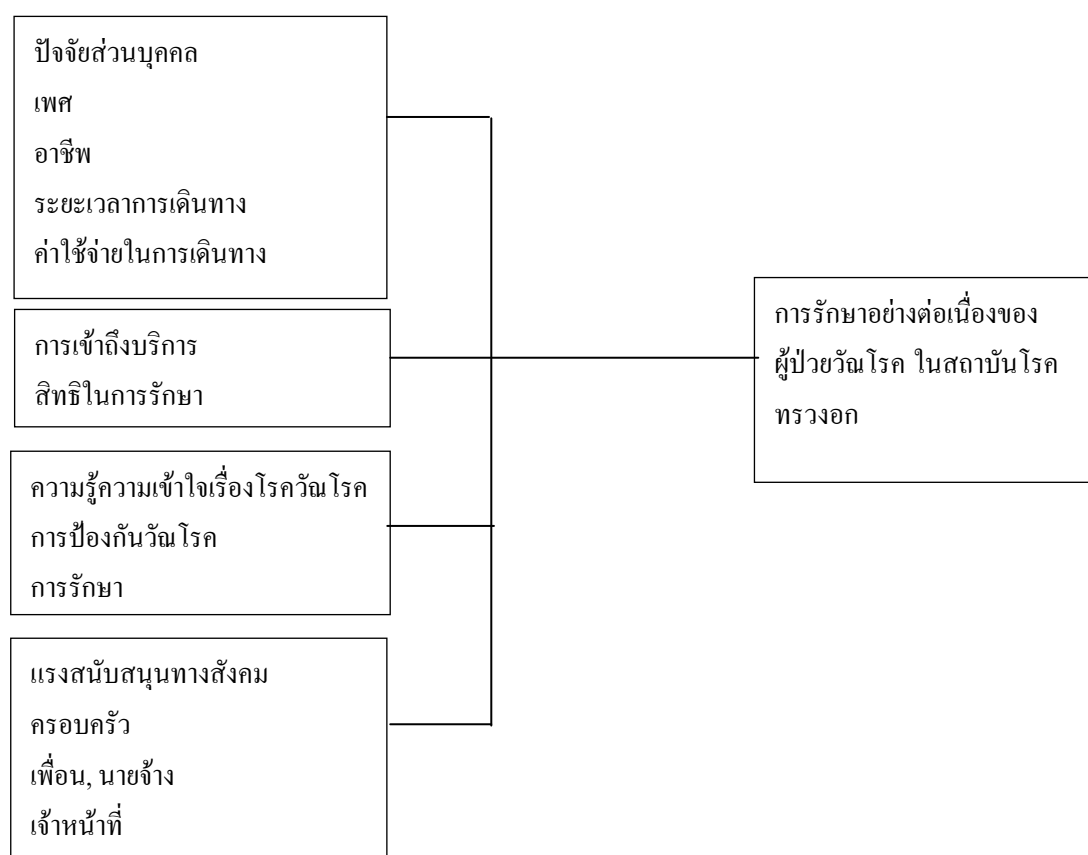
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องวัณโรคในผู้ป่วย การเข้าถึงบริการ และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 - 1.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก
 - 1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรคต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก
 - 1.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการของสถาบันโรคทรวงอกต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค
 - 1.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค
2. ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรคของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค
3. การเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค
4. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นแนวทางในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาต่อเนื่องได้อย่าง ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมารักษา ลดโอกาสการติดเชื้อวัณโรคในครอบครัวของผู้ป่วย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Crosssectional study) โดยศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค ในสถาบันโรคทรวงอก ในช่วงเดือนตุลาคม 2559 โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง โดยมีตัวแปรอิสระที่สนใจศึกษา คือ ปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าถึงบริการ ความคิดเห็นตามสิทธิ ความรู้ความเข้าใจวัณโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตามคือ การรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่กลับมารักษาวัณโรคในสถาบันโรคทรวงอก ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติเคยรับการรักษาวัณโรคมาก่อน การขาดยา และขาดการรักษา มิได้เป็นข้อมูลของโรงพยาบาลอื่น ๆ และใช้เวลาในการวิจัยภายในเดือนธันวาคม 2559-กรกฎาคม 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

การขาดการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคไม่มาตามนัดติดต่อกันมากกว่า 1 สัปดาห์ หรือเคยรับประทานยารักษาวัณโรคมาก่อนในอดีต พบประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยมีการติดตามด้วยจดหมายขาดยาโดยงานสุขศึกษา

การเข้าถึงบริการ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงบริการในสถาบันโรคทรวงอก ได้แก่ การซักประวัติ การเอกซเรย์ การส่งเสมหะ การคัดกรองอาการ การพบแพทย์ การเจาะเลือด การเข้ากลุ่ม การรื้อรับยา ความคิดเห็นตามสิทธิที่ได้

ความรู้เรื่องความเข้าใจเรื่องวัณโรค หมายถึง สิ่งที่สะสมมาจากในอดีต เรื่องวัณโรค การปฏิบัติ หรือพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อการรักษาวัณโรค การใส่ใจ การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ การมาตามนัด จนครบระยะเวลาการรักษา การป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ ให้กำลังใจผู้ป่วย ดูแลเอาใจใส่ การกระตุ้นเตือนจากคนในครอบครัว เรื่องการกินยา ด้านการรักษา สม่ำเสมอจนกระทั่งแพทย์พิจารณาให้หยุดยา

ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในสถาบันโรคทรวงอกว่า เป็นวัณโรคปอด ประเภทยอมเสมหะแบบพบเชื้อหรือไม่พบเชื้อ ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาใน คลินิกวัณโรคของสถาบันโรคทรวงอก โดยรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นและได้รับยารักษาวัณโรคไม่ เกิน 2 เดือน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรคที่สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจำแนกเนื้อหาและเรียบเรียงตามลำดับดังนี้

1. วัณโรคกับการรักษา
2. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการบริการและการเข้าถึงการบริการ
3. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
4. แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัณโรคกับการรักษา

วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis) หรือ โบราณเรียกว่า ฝีในปอด เกิดจากการติดเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis*) และเชื้อในกลุ่มเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis* complex) วัณโรคสามารถเกิดได้ทุกส่วนกับอวัยวะทุกส่วนของร่างกายของผู้ป่วย ตั้งแต่ผิวหนัง ภายนอกจนถึงในระบบประสาทและสมอง วัณโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis) (เจริญ ชูโชติถาวร, 2548)

วัณโรคปอดส่วนมากติดต่อกันโดยการหายใจสูดเอาฝอยละอองเสมหะที่ผู้ป่วยปล่อยออกมาแขวนอยู่ในอากาศขณะไอ จาม พุด หัวเราะ หรือร้องเพลง ซึ่งเชื้อวัณโรคในฝอยละอองสามารถมีชีวิตอยู่ในอากาศนานหลายชั่วโมง ผู้ที่ได้รับเชื้อให้ได้ปริมาณมากพอจนถึงขั้นติดเชื้อเป็นโรคได้จะต้องอยู่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลายาวนาน เช่น อยู่ในห้องเดียวกัน อยู่ในบ้านเดียวกัน เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2554)

สาเหตุ

วัณโรคปอด เกิดจากการติดเชื้อวัณโรค *Mycobacterium Tuberculosis* ซึ่งเป็นเชื้อที่อยู่ใน genus *Mycobacterium*, family *Mycobacterium*, order *Actinomycetales* และ phylum *Actinobacteria*

คำว่า *Mycobacterium* มีความหมายว่า Fungus-bacterium มีที่มาจากลักษณะของเชื้อที่เจริญคล้ายเชื้อราบน liquid media ในปัจจุบันมีรายงานเชื้อนี้มากกว่า 140 species แต่มีเพียงจำนวน

หนึ่งที่ทำให้เกิดโรคในมนุษย์ เชื้อที่ทำให้เกิดโรคในมนุษย์ แบ่งออกเป็นดังนี้
(จามจุรี วีรตกุลพิศาล, 2553)

1. Tuberculosis หรือ วัณโรค เกิดจากเชื้อในกลุ่ม Mycobacterium Tuberculosis complex ซึ่งประกอบด้วย

1.1 *M. tuberculosis* เป็นเชื้อที่ทำให้เกิดโรคในมนุษย์มากที่สุด

1.2 *M. bovis* เป็นเชื้อที่ทำให้เกิดโรคในวัว ควาย ติดต่อมายังมนุษย์ได้โดยการรับประทานนมที่มีเชื้อเข้าไป

1.3 *M. africanum* เป็นเชื้อที่มีคุณสมบัติคล้าย *M. tuberculosis* และ *M. bovis* ทำให้เกิดโรคในมนุษย์ที่อาศัยอยู่ในทวีปแอฟริกา พบได้น้อย

1.4 *M. microti* เป็นเชื้อที่พบในสัตว์แทะ เช่น หนูนา เชื้อตัวนี้ไม่ทำให้เกิดโรคในมนุษย์

2. Non-tuberculosis mycobacterium (NTM) ซึ่งเชื้อในกลุ่มนี้มีหลาย species ที่ทำให้เกิดโรคในมนุษย์ โดยจะพบเป็นการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) ในผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

Mycobacterium Tuberculosis เป็นเชื้อที่ไม่เคลื่อนที่ ไม่สร้างสปอร์ รูปร่างเป็นแท่งและมีลักษณะ pleomorphic, ติดสีกรัมบวกอ่อน ๆ เมื่อย้อมด้วยวิธี Ziehl-Neelsen หรือ Kinyoun จะติดสีแดงสด ขนาด 1-5 ไมครอน การย้อมสีทนกรดจะให้ผลบวกได้ต้องมีปริมาณเชื้อวัณโรคมากกว่า 10,000 ตัว/ ลมมม.ของเสมหะ ผนังของเชื้อวัณโรคประกอบด้วยไขมันประมาณร้อยละ 20-60 และเชื่อมต่อกับคาร์โบไฮเดรตและโปรตีน จึงทำให้เชื้อวัณโรคทนต่อกรด แสงแดด ต่าง และทนต่อบactericidal activity ของแอนติบอดี เมื่อเปรียบเทียบกับเชื้อแบคทีเรียชนิดอื่น ๆ แสงแดดและรังสีอัลตราไวโอเล็ตสามารถทำลายเชื้อวัณโรคบนจานเลี้ยงเชื้อได้ภายใน 2 ชั่วโมง แต่จะทำลายเชื้อในเสมหะผู้ป่วยได้ภายใน 20-30 ชั่วโมง เชื้อวัณโรคในละอองเสมหะที่ไม่ถูกแสงแดดสามารถมีชีวิตอยู่ได้ 8-10 วัน แต่ความร้อน 60 องศาเซลเซียส นาน 2 นาที สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้
(ทวี โชติพิทยสุนนท์, 2550)

พยาธิกำเนิด

เมื่อร่างกายได้รับเชื้อวัณโรคเข้าไป ซึ่งมักเข้าทางระบบทางเดินหายใจ เชื้อจะฝังตัวและแบ่งตัวที่เนื้อปอดบริเวณส่วนล่างของกลีบบนหรือส่วนบนของปอดกลีบล่าง โดยแบ่งตัวในเซลล์มาโครฟาจของถุงลม เมื่อเชื้อแบ่งตัวภายในเซลล์จนปริมาณมากพอแล้ว จะถูกส่งไปตามกระแสเลือดไปอยู่ที่ต่อมน้ำเหลืองขั้วปอด (Hilar node) ซึ่งจะแบ่งตัวมากขึ้น แล้วเดินทางเข้าสู่กระแสโลหิตไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย

เชื้อวัณโรคส่วนใหญ่จะถูกระบบภูมิคุ้มกันชนิดฟั้งเซลล์ (Cell-mediated immune response) ของร่างกายทำลาย มีเพียงส่วนน้อยจะเหลือซ่อนติดตามอวัยวะต่าง ๆ บางแห่งจะอยู่ในภาวะสงบ (Dormant stage) โดยไม่ทำให้เกิดโรคหรือเห็นรอยโรคใด ๆ ขณะที่เชื้อแฝงตัวในร่างกายจะกระตุ้นให้ระบบภูมิคุ้มกันชนิดฟั้งเซลล์สร้างภูมิคุ้มกันต้านทานเกิดขึ้น ซึ่งสามารถตรวจได้ โดยมี tuberculin reaction hypersensitivity ที่ผิวหนังของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายที่ไม่แข็งแรงเมื่อรับเชื้อวัณโรคแล้ว เชื้ออาจลุกลามต่อไปเป็นวัณโรคชนิดปฐมภูมิ (Primary tuberculosis) ซึ่งมักพบภายหลังรับเชื้อประมาณ 6 เดือน ปัจจัยที่เชื้อวัณโรคลุกลาม เช่น เชื้อมีความรุนแรงสูง ผู้ป่วยกำลังป่วยด้วยโรคอื่น อายุน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งน้อยกว่า 2 ปี ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น ในผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคแล้วสงบเงียบเป็นเวลาหลายปี อาจแพร่กระจายก่อโรควัณโรคขึ้นมาใหม่เป็นโรควัณโรคชนิดทุติยภูมิ (Secondary tuberculosis, adult type tuberculosis) ซึ่งมักพบในเด็กโตหรือผู้ใหญ่โดยมักเกิดภายหลังการติดเชื้อวัณโรคครั้งแรกประมาณ 1-5 ปี ในผู้ใหญ่หรือเด็กโตที่ปกติแข็งแรงดี เมื่อติดเชื้อวัณโรคครั้งแรกแล้วจะมีโอกาสลุกลามกลายเป็นวัณโรคเพียงร้อยละ 5-10 ตลอดเวลาชั่วชีวิต โดยครึ่งหนึ่งของโรควัณโรคนั้นจะเกิดขึ้นในช่วง 2-3 ปีหลังการติดเชื้อครั้งแรก แต่ในกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย อัตราการเป็นโรควัณโรคจะเพิ่มเป็นร้อยละ 5-10 ต่อปี ในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปีที่สุขภาพแข็งแรงดี เมื่อติดเชื้อวัณโรคครั้งแรกแล้ว ร้อยละ 40 จะลุกลามเป็นโรควัณโรคภายใน 1-2 ปี และแนวโน้มของโรคมักรุนแรงเป็นชนิดแพร่กระจาย (Disseminated tuberculosis) หรือเชื้อหุ้มสมองอักเสบ ถ้าเด็กติดเชื้อวัณโรคครั้งแรกขณะมีอายุมากกว่า 5 ปี จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดวัณโรคเทียบเท่าผู้ใหญ่

การแพร่เชื้อวัณโรคมักผ่านทางเดินหายใจโดยละอองเสมหะที่ไอจามจากผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นที่เป็นวัณโรคปอดในระยะแพร่เชื้อ ระยะเวลาที่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคนั้นขึ้นกับจำนวนเชื้อในเสมหะ ยาต้านวัณโรคที่ใช้ ความรุนแรงของการไอ โดยทั่วไปถ้าได้ยาต้านวัณโรคที่มีประสิทธิภาพดีนาน 2-3 สัปดาห์ ความสามารถในการแพร่เชื้อวัณโรคจะลดลงอย่างมาก ถ้าผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอและไม่เป็นเชื้อวัณโรคชนิดคือต่อยาที่ให้ ถ้าผู้ใหญ่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ 3 ครั้ง และไม่มีอาการไอถือได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่แพร่เชื้อแล้ว เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดชนิดปฐมภูมิมักจะไม่ค่อยแพร่เชื้อ อาจเนื่องจากเด็กไอน้อยมาก ไอไม่แรง เชื้อมีจำนวนน้อย เป็นต้น นอกจากนี้ วัณโรคชนิดอื่น ๆ นอกเหนือจากวัณโรคปอด เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคกระดูกและข้อ มักไม่แพร่เชื้อวัณโรคให้ผู้อื่นเพราะไม่ค่อยมีอาการไอ เช่นเดียวกัน (ทวี โชติพิทยสุนนท์, 2550)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหรือการลุกลามของโรค

โดยทั่วไปผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงร่างกายสามารถที่จะควบคุมการเจริญของเชื้อหรือกำจัดเชื้อวัณโรคไม่ทำให้เกิดโรคขึ้นดังที่ได้กล่าวแล้ว แต่ผู้ป่วยบางรายเมื่อได้รับเชื้อจะเกิดโรคขึ้นทันที บางรายเกิดโรคที่รุนแรง ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อปรากฏการณ์ดังกล่าว (จามรี ชีรัตกุลพิศาล, 2553) ได้แก่

1. จำนวนเชื้อที่ได้รับ (Infecting dose)

หากได้รับเชื้อจำนวนมาก โอกาสเกิดโรคจะสูงขึ้น แต่หาได้รับเชื้อจำนวนน้อยในขณะที่ร่างกายไม่แข็งแรงจะก่อให้เกิดโรคได้เช่นกัน

2. ปัจจัยด้านผู้ได้รับเชื้อ (Strength of innate host resistance)

2.1 อายุในขณะที่ได้รับเชื้อ มีผลต่อทั้งการเกิดโรคขึ้นภายหลังการรับเชื้อและการแพร่กระจายของเชื้อ ไปยังอวัยวะอื่น ๆ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันเชื้อวัณโรคจะต่ำในเด็กโดยเฉพาะเด็กเล็ก และจะพัฒนาดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น การศึกษาของ Comstock GW และคณะ ในปี พ.ศ. 2517 ที่ติดตามเด็กที่ได้รับเชื้อวัณโรค 8 หมื่นราย อายุตั้งแต่ 1-18 ปี ติดตามไปเป็นระยะเวลา 18-20 ปี พบอัตราการเกิดโรคสูงใน 2 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 1-4 ปี และช่วงเข้าสู่วัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่าระบบภูมิคุ้มกันของเด็กเล็ก จะไม่สามารถป้องกันการแพร่เชื้อทางกระแสเลือดได้ดี ดังนั้นในเด็ก โดยเฉพาะอายุน้อยกว่า 2 ปี เมื่อได้รับเชื้อจะเกิดโรคขึ้นถึงร้อยละ 40-50 ภายใน 1-2 ปี และเป็นชนิดรุนแรง เช่น military tuberculosis หรือชนิดแพร่กระจายทางกระแสเลือดไปทำให้เกิด tuberculous meningitis หรือไปอวัยวะอื่น ๆ ในขณะที่หากการติดเชื้อนั้นเกิดในเด็กโต โอกาสเกิดโรคจะลดลงเป็นร้อยละ 15 เมื่ออายุพ้นช่วงวัยรุ่นระบบภูมิคุ้มกันจะดีขึ้นทำให้สามารถป้องกันการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ ทำให้ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่จะพบวัณโรคปอดเป็นส่วนใหญ่ ไม่ค่อยพบชนิดแพร่กระจาย

2.2 ภาวะโภชนาการและความยากจน ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการก่อให้เกิดโรค โดยเฉพาะชนิดรุนแรงหรือแพร่กระจายทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ความเป็นอยู่ที่แออัดก็เป็นปัจจัยหลักของการแพร่เชื้อ

2.3 การติดเชื้อหรือการได้รับสารหรือยาบางชนิดที่กดภูมิคุ้มกันในขณะเด็กได้รับเชื้อ จะทำให้เกิดโรคภายหลังได้รับเชื้อสูงและเกิดโรคชนิดรุนแรงและแพร่กระจายได้ ภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ เช่น การติดเชื้อเอช ไอ วี หัด ไอกรณ การได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ ยาเคมีบำบัด การสูบบุหรี่ การเป็นโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

2.4 Host genetic susceptibility ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับ candidate gene ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดวัณโรค (Disease-causing genes) มากขึ้น genes เหล่านี้ ได้แก่ TIRAP, HLA

DQB1, VDR, IL-12 β , IL12R β 1, IFN- γ , SLC11A1, และการศึกษาในเด็กพบว่า การเกิดโรคเป็นผลมาจากความผิดปกติใน IFN- γ / IL-12 ส่งผลให้กลไกการทำลายเชื้อของ macrophage ลดลง ทำให้เด็กที่มี gene ดังกล่าวเกิดโรคที่รุนแรง

3. Host-pathogen interaction มีการศึกษาพบความเกี่ยวข้องระหว่าง M. tuberculosis strain genotype และอาการทางคลินิก เช่น W-Beijing strain HN878 มีความเกี่ยวข้องกับความความสามารถในการ modulate host cellular immunity ซึ่งเป็นผลต่อการเกิดโรค

อาการและอาการแสดง

อาการที่สำคัญของวัณโรคปอด คือ ไอเรื้อรังติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ อาการอื่นที่อาจพบได้ คือ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีไข้ (มักจะตอนบ่าย เย็น หรือตอนกลางคืน) ไอมีเลือดปน (Haemoptysis) เจ็บหน้าอก หายใจขัด (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

คนส่วนมากเมื่อติดเชื้อวัณโรคไม่แสดงอาการใด ๆ เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อได้ มีเพียงร้อยละ 8-10 ของผู้ติดเชื้อเท่านั้นที่จะเกิดโรคและแสดงอาการ และพบว่า ประมาณร้อยละ 3-5 จะเกิดโรครายใน 2 ปีแรกของการติดเชื้อและอีกร้อยละ 5 จะเกิดโรครายหลังจาก 2 ปีผ่านไปแล้ว

การวินิจฉัย

ในผู้ที่มีอาการทำให้แพทย์สงสัยว่าเป็นวัณโรค การตรวจเพิ่มเติมในขั้นแรก คือ การฉายภาพรังสีทรวงอก ซึ่งจะพบความผิดปกติได้บ่อย กล่าวคือมีความไวในการวินิจฉัยสูง แต่มีความจำเพาะต่ำ เพราะสิ่งผิดปกติที่พบในภาพรังสีทรวงอกอาจไม่ใช่วัณโรค แต่เป็นการติดเชื้ออื่น ๆ เนื่องจาก หรือการอักเสบอื่นก็ได้ จึงต้องมีการตรวจเพิ่มเติมโดยการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค (วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2550)

การตรวจเสมหะ

1. การย้อมโดยวิธี Ziehl Neelsen หรือ acid fast stain ทำได้ง่าย ได้ผลเร็ว ราคาถูก และมีความแม่นยำสูง แต่การตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ ไม่ได้หมายความว่า ผู้ป่วยไม่ได้เป็นวัณโรค เพราะอาจมีเชื้อจำนวนน้อยจึงย้อมไม่พบ

2. การเพาะเชื้อวัณโรค ใช้เวลานาน 4-8 สัปดาห์ แพทย์ส่วนใหญ่จึงมักตัดสินใจให้การรักษาโรจากอาการประกอบกับภาพรังสีทรวงอก และการตรวจเสมหะเท่านั้น

การจำแนกประเภทของผู้ป่วย

การวินิจฉัยวัณโรค คือ การค้นหาผู้ป่วยเป็นวัณโรคระยะลุกลาม เพื่อที่จะให้การรักษาผู้ป่วยให้หาย และหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้ใกล้ชิดและชุมชน เมื่อให้การวินิจฉัยแล้วจะต้องจำแนกประเภทของผู้ป่วย เพื่อจัดระบบการรักษาให้เหมาะสมรวมทั้งการประเมิน

ผลการรักษาที่เน้นระบบมาตรฐาน ซึ่งจะสามารถรวบรวมข้อมูลของสถานบริการทุกแห่งให้เป็นไปในทางมาตรฐานเดียวกัน เพื่อการประเมินผลภาพรวมของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

การจำแนกผู้ป่วยมี 4 แบบ คือ

1. จำแนกตามอวัยวะที่เป็นวัณโรค
2. จำแนกตามผลเสมหะ
3. จำแนกตามความรุนแรงของโรค
4. จำแนกตามประวัติการรักษาในอดีต

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. จำแนกตามอวัยวะที่เป็นวัณโรค

วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis: PTB) คือ การที่พยาธิสภาพของวัณโรคในเนื้อปอด ถ้าพบความผิดปกติที่ต่อมน้ำเหลืองข้างปอด (Mediastal and/ or hilar) หรือน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) โดยไม่พบแผลในเนื้อปอดจะจัดอยู่ในประเภทของวัณโรคนอกปอด แต่ถ้าพบวัณโรคที่เนื้อปอดร่วมกับที่อื่น ๆ จะจำแนกเป็นวัณโรคปอด

วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary Tuberculosis: EPTB) คือ การที่มีพยาธิสภาพวัณโรคที่อวัยวะอื่น ๆ ที่มีเนื้อปอด เช่น ที่เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ผิวหนัง กระดูกและข้อ เยื่อหุ้มสมอง การวินิจฉัยขึ้นกับการตรวจเนื้อเยื่อของอวัยวะนั้น ๆ ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิก ซึ่งแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยระบบยารักษาวัณโรค

2. จำแนกตามผลเสมหะ

เป็นการจำแนกประเภทผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการตรวจเสมหะและบางรายมีการเอกซเรย์ปอด ร่วมด้วยเพื่อจัดระบบยาให้เหมาะสม

2.1 วัณโรคปอดเสมหะบวก (PTB+) หมายถึง

- 2.1.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง
- 2.1.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวกอย่างน้อย 1 ครั้ง

และภาพรังสีทรวงอก พบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด ซึ่งแพทย์ให้วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคระยะลุกลาม

2.1.3 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวกอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีผลเพาะเชื้อเป็นบวก 1 ครั้ง

2.2 วัณโรคปอดเสมหะลบ (PTB-) หมายถึง

2.2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดระยะ

ลูกถามไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ และแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาค่ายรักษาวัณโรค

2.2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ผลเพาะเชื้อเป็นบวก

3. จำแนกตามความรุนแรงของโรค

ผู้ป่วยวัณโรคชนิดรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอันตรายถึงชีวิต และเสี่ยงต่อความพิการของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงวัณโรคปอดชนิดแพร่เชื้อกระจาย เช่น Miliary และ Disseminated

ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่จำแนกว่าเป็นชนิดรุนแรง ได้แก่ เชื้อหุ้มสมอง เชื้อหุ้มหัวใจ ช่องท้อง เชื้อหุ้มสมอง 2 ข้าง กระดูกสันหลัง ลำไส้ และระบบทางเดินปัสสาวะ

ส่วนอวัยวะที่เป็นโรคที่จำแนกว่ารุนแรงน้อยกว่า ได้แก่ ต่อมทอนซิล เชื้อหุ้มปอดข้างเดียว กระดูก (ยกเว้น กระดูกสันหลัง) ข้อและผิวหนัง

4. จำแนกตามประวัติการรักษาในอดีต หลังจากที่แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นวัณโรคแล้ว จะต้องซักประวัติว่าผู้ป่วยเคยรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่ เพราะประวัติการรักษาจะมีผลต่อการจัดระบบยา WHO แบ่งประเภทการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1. ใหม่ (New)

1.1 ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน

1.2 ผู้ป่วยที่เคยได้ยาด้านวัณโรคมาไม่เกิน 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ

2. กลับเป็นซ้ำ (Relapse)

ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรคและได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้ว หรือรับการรักษากรบแล้วกลับมาเป็นวัณโรคอีก โดยมีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Direct smear และ/ หรือ Culture

3. รักษาซ้ำหลังจากล้มเหลว (Treatment after failure)

3.1 ผู้ป่วยที่รักษาด้วย แต่ผลเสมหะเมื่อเดือนที่ 5 เป็นบวก หรือหลังจากนั้นยังคงเป็นบวก (Remained positive) หรือกลับเป็นบวกอีก (Become positive)

3.2 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะลบเมื่อเริ่มการรักษา เมื่อได้รับการรักษาแต่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 กลับเป็นบวก

3.3 ผู้ป่วยที่เริ่มรักษาด้วยระบบยารักษาซ้ำ หลังจากล้มเหลวต่อระบบยาที่รักษามาก่อน

4. รักษาซ้ำหลังจากขาดยา (Treatment after default)

ผู้ป่วยที่กลับมารักษาอีก หลังจากขาดการรักษาไปมากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน

5. โอน (Transfer in)

ผู้ป่วยซึ่งรับโอนจากสถานพยาบาลอื่น โดยขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาแล้วระยะหนึ่ง

6. อื่น ๆ (Other)

6.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถจัดกลุ่มเข้าในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ตัวอย่างของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เช่น Bacteriological negative relapse (M-C-R)

6.2 ผู้ป่วยที่ได้รับยาวัณโรคจากคลินิก หรือหน่วยงานเอกชนมากกว่า 1 เดือน โดยที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติมาก่อน

6.3 Chronic case ได้แก่ ผู้ป่วยที่เมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วเสมหะยังคงเป็นบวก

หลักการให้ยารักษาผู้ป่วยวัณโรค

ในปัจจุบัน การใช้ยารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพสูงมาก ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้เกือบ 100% หากผู้ป่วยรับประทานยาครบกำหนด ความสำเร็จในการรักษาวัณโรครายใหม่จะสามารถป้องกันการล้มเหลว และการเกิดวัณโรคดื้อยา และผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานจากโรค การรักษาผู้ป่วยให้หายควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

1. ให้ยาถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน ยาบางชนิดมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อในขณะที่บางชนิดมีฤทธิ์หยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ ซึ่งยาชนิดใดชนิดหนึ่งนั้นไม่สามารถจะรักษาวัณโรคได้จะต้องให้เป็นระบบ ดังนั้นเราต้องให้ระบบยาที่ถูกต้อง และจะต้องไม่รักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาเพียงตัวเดียว

การรักษาวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ มี 2 ระยะ คือ (ทวี โชติพิทยสุนนท์, 2550) ดังนี้

1) ระยะเข้มข้น (Initial phase) คือ ระยะต้องการยาไปฆ่าเชื้อวัณโรคที่เจริญเติบโตเร็ว มากและมีจำนวนมาก รวมทั้งกลุ่มเจริญเติบโตช้า ต้องใช้ยาตั้งแต่สามขนานขึ้นไปเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างรวดเร็วจนไม่แพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นภายหลังได้รับยาประมาณ 2 สัปดาห์ ในระยะนี้ควรให้ยาแบบ DOT ทุกวันนานประมาณ 2 เดือน

2) ระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) คือ ระยะต้องการฆ่าเชื้อวัณโรคที่มีจำนวนเหลือ น้อย ซึ่งมีโอกาสเชื้อดื้อยาต้องใช้ยาสองขนานเป็นเวลานาน 4-6 เดือน การให้ยาในช่วงนี้แบบ DOT และเฝ้าสังเกตอย่างใกล้ชิดจะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

2. ให้ยาถูกต้องตามขนาด การรักษาจะได้ผลดีต้องให้ยาถูกต้องตามขนาด ถ้าขนาดของยาต่ำเกินไปเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย และจะก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยา ในขณะที่เดียวกันหากขนาดของยาสูงเกินไป ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3. ให้ยาระยะยาวเพียงพอ ระบบยาระยะสั้นมีระยะเวลาแตกต่างกันตั้งแต่ 6 เดือนและ 8 เดือน การที่ผู้ป่วยจะต้องได้ยาครบตามกำหนดจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง มิฉะนั้นแล้วเชื้อวัณโรคอาจจะตายไม่ทั้งหมด และผู้ป่วยอาจจะเป็นวัณโรคอีกครั้ง

4. ความต่อเนื่องของการรักษา หากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย ทำให้

ผู้ป่วยรายนั้นไม่หาย การให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรักษาอย่างเหมาะสมจึงควรจะทำโดยอาศัยพี่เลี้ยง ดังนั้นระบบการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) จึงเป็นสิ่งที่ควรจะนำมาปฏิบัติโดยเร็วที่สุด

ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค

ยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรคในปัจจุบัน คือ (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

1. ไอโซไนอะไซด์ (Isoniazid: H)
2. ไรแฟมปีซิน (Rifampicin: R)
3. พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide: Z)
4. สเตรีปโตมัยซิน (Streptomycin: S)
5. อีแธมบูตอล (Ethambutal: E)

ระบบยามาตรฐาน

การใช้ระบบยารักษาวัณโรคในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ (NTP)

ใน NTP จะมีระบบยาหลัก ๆ อยู่ 4 ระบบ คือ

ตารางที่ 2-1 ระบบยามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ

Category	ประเภทผู้ป่วย	ระบบยา
I	- ผู้ป่วยใหม่เสมหะบวก - ผู้ป่วยใหม่เสมหะลบที่มีอาการรุนแรง เช่น มีแผลโพรง หรือแผลขนาดใหญ่ในเนื้อปอด - ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดชนิดรุนแรง - ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชอีวีร่วมด้วย	2HRZE (S)/ 4 HR
II	ผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน และเสมหะเป็นบวก ได้แก่ - ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ - ผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากขาดยา 2 เดือนติดต่อกัน - ผู้ป่วยรักษาซ้ำ หลังจากล้มเหลวซึ่งไม่ใช่ MDR-TB	2HRZES/ 1HRZE/ 5HRE
III	- ผู้ป่วยใหม่เสมหะลบมีแผลไม่มาก - ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดชนิดไม่รุนแรง	2HRZE/ 4HR
IV	- ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยคือยาหลายขนาน	Second line drugs

Category 1 (2HRZE (S)/ 4HR)

- ใน 2 เดือนแรกจะใช้ยา 4 ขนาน คือ H, R, Z, E (หรือใช้ S แทน E) ทุกวัน เรียกว่า ระยะเข้มข้น Initial phase หรือ Intensive มีความสำคัญมากเพราะแสดงถึงประสิทธิภาพของระบบ ยา และระบบงานที่จะช่วยตัดการแพร่เชื้อได้ดี (To cut off chain transmission)

- สำหรับในระยะหลัง 4 เดือน เรียกว่า ระยะต่อเนื่อง (Continuation phase หรือ Maintenance phase ใช้ยาเพียง 2 ขนาน คือ H, R

อย่างไรก็ดี ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ยา HR นานเป็น 7-10 เดือน ในกรณีที่เป็นวัณโรคชนิดรุนแรง เช่น วัณโรคของเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย วัณโรคกระดูก สำหรับวัณโรคที่มีเบาหวานร่วมด้วยบางราย วัณโรคที่มีแผลโพรงขนาดใหญ่บางราย วัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่รักษาแล้ว 6 เดือนต่อมยังไม่ยุบ ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้ขยายเวลารักษาเป็น 9 เดือน ทั้งนี้ให้พิจารณาเป็นราย ๆ

- ในกรณีที่ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 เป็นบวก หายคยา 2-3 วัน เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ และทดสอบความไวของยาแล้วขยายการรักษาในระยะเข้มข้น คือ ยา 4 ขนาน H, R, Z, E อีก 1 เดือน ตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 แล้วให้ต่อยาในระยะต่อเนื่องเลย

- ในกรณีที่ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5 ยังเป็นบวก ให้สงสัยว่าผู้ป่วยอาจเป็น Failure (แต่ยังไม่จำเป็นต้องจำหน่ายเป็น Failure) รอผล DST ที่ส่งตรวจเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 (ในกรณีที่ส่งตรวจ) หรือส่ง DST เมื่อสิ้นเดือนที่ 5 (กรณีที่ผลตรวจเสมหะยังคงเป็นบวกเมื่อสิ้นเดือนที่ 5) สำหรับกรณีส่ง DST เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ให้ยา HR ต่อไปอีกจนกว่าจะได้ผล DST ซึ่งโดยทั่วไปผลตรวจจะได้รับทราบใน 3 – 4 เดือน ภายหลังส่งตรวจ ซึ่งถ้าหากผล DST แสดงว่ามี resist ต่อ H และ R แสดงว่าเป็น MDR-TB

Category 2 (2HRZES/ 1HRZE/ 5HRE)

- ระยะเข้มข้น 3 เดือน โดย 2 เดือนแรกจะใช้ยา 5 ขนาน คือ H, R, Z, E, S ต่อด้วยยา 4 ขนาน คือ H, R, Z, E อีก 1 เดือน

- ระยะต่อเนื่องให้ยา 3 ขนาน คือ H, R, E อีก 5 เดือน

- ในกรณีที่ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ยังเป็นบวก ให้หยุดยา 2-3 วัน เก็บเสมหะ ส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวของยา แล้วขยายการรักษาในระยะเข้มข้นอีก 1 เดือน โดยให้ยา 4 ขนาน H, R, Z, E ตรวจเสมหะ เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 4 ถ้ายังคงเป็นบวก ส่งทดสอบความไวของยา แล้วให้ HRE ต่อจนครบ

- ถ้าผลเป็นบวกเมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 5 หรือหลังจากนั้น ให้สงสัยว่าผู้ป่วยอาจจะ เป็น Failure (แต่ยังไม่จำเป็นต้องจำหน่ายเป็น Failure) รอผล DST ที่ส่งตรวจเมื่อสิ้นเดือนที่ 2 (3) หรือส่ง

เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5 ขณะเดียวกันให้ยา HRE ต่อไปจนกว่าผล DST ซึ่งโดยทั่วไปผลตรวจควรได้รับภายใน 3-4 เดือน ภายหลังส่งตรวจ ถ้าหากผล DST แสดงว่ามี resist ต่อ H และ R แสดงว่าเป็น MDR-TB การใช้ยา HRE ใน Continuous phase ย่อมไม่ได้ผล กรณีเช่นนี้ให้จำหน่ายเป็น Failure แล้วขึ้นทะเบียนเป็น other (Chronic) และให้การรักษาแบบ MDR-TB [CAT4 (2)] แต่ถ้าผลตรวจเสมหะเดือนที่ 5 เป็นบวก และมีหลักฐาน/ ข้อมูลที่แสดงว่าผู้ป่วยน่าจะเป็น Failure เช่น มีอาการทางคลินิกเลวลง ภาพรังสีทรวงอกแย่ลง มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่แสดงว่าจะมีปัญหาคือยา เช่น กินยาไม่สม่ำเสมอ (ทำ DOT ไม่ดี) รักษามาแล้วหลายครั้ง มีประวัติสัมผัสอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ให้จำหน่ายเป็น Failure และใช้ยา CAT 4

Category 3 (2HRZS/ 4HR)

- เป็นยาที่ใช้สำหรับ Failure case ที่เป็น MDR-TB และ Chronic case หลักการคือให้ยา Second line ที่ไม่เคยให้มาก่อน (อย่างน้อย 4 ตัวขึ้นไป) และหนึ่งใน 4 ตัว ต้องเป็นยาคีระยะเวลา นิตยาคควรเป็นเวลา 6 เดือน และต้องรักษาไม่น้อยกว่า 18 เดือน
- ถ้าไม่สามารถให้ยา Second line ได้ เนื่องจากเคยใช้ยามาก่อนแล้วไม่ได้ผล หรือมีอาการข้างเคียง จนต้องหยุดยาให้การรักษาแบบประคับประคอง

Category 4 (Second line drugs)

เป็นการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคเรื้อรัง ที่มีการดื้อยาหลายตัว เป็นยาใช้สำหรับ Failure case หลักการคือ ให้ยา Second line ที่ไม่เคยให้มาก่อน (อย่างน้อย 4 ตัวขึ้นไป) และ 1 ใน 4 ตัว ต้องเป็นยาคี ระยะเวลา นิตยาคควรเป็นเวลา 6 เดือน และต้องรักษาไม่ต่ำกว่า 18 เดือน ถ้าไม่สามารถให้ยา Second line ได้ เนื่องจากเคยใช้ยามาก่อนแล้วไม่ได้ผล หรือมีอาการข้างเคียงจนต้องหยุดยา ให้การรักษาแบบประคับประคอง

ขนาดยาของระบบยาต่าง ๆ

ตารางที่ 2-2 ขนาดของยาสำหรับผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 14 ปี)

น้ำหนักก่อน รักษา	ขนาดของยา				
	H (มก.)	R (มก.)	Z (มก.)	E (มก.)	S (มก.)
< 40 กก.	300	300	1,000	800	500
40-49 กก.	300	450	1,250	1,000	750
≥ 50 กก.	300	600	1,500	1,200	1,000

- ในทางปฏิบัติไม่ต้องเพิ่มขนาดยา หากระหว่างรักษาผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น แต่ถ้าเพิ่มขนาดตามน้ำหนักก็ไม่ใช่ปัญหาอย่างไร โดยให้คำนวณจำนวนที่ต้องใช้ มก./ วัน

- การใช้ยาเม็ดรวมขนาด (Fixed Dose Combination-FDC) เช่น HR, HRE, HRZE จะช่วยเพิ่มความสะดวกในการจัด-กินยา และหลีกเลี่ยงการเลือกกินยาบางขนานได้

- ไม่ควรให้ E ในเด็กที่ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตาบอดสี/ การมองเห็น

- หลีกเลี่ยงการให้ S ในหญิงที่กำลังตั้งครรภ์

- กรณีการให้ S ในผู้สูงอายุ (> 60 ปี) ไม่ควรให้ขนาดเกิน 750 mg/ d แม้ขนาดยาตามน้ำหนักจะเกิน 750 mg/ d ก็ตาม

การรับประทานรักษาวัณโรคอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหากผู้ป่วยมีอาการสงสัยว่าแพ้ยาให้หยุดยาทันที และกลับมาปรึกษาแพทย์ทันที โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ไอโซไนอะซิด คือ ปลายประสาทอักเสบ จากการขาดวิตามินบี 6 โดยจะมีอาการชา ปลายมือ ปลายเท้า อาจมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อพร้อมด้วย พิษต่อตับ และอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เป็นอาการที่พบได้น้อย ได้แก่ เป็นผื่น เป็นไข้ ปวดตามข้อ เป็นต้น

2. ไรแฟมปีซิน คือ อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ พิษต่อตับ อาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ พบน้อย ได้แก่ ไข้ อ่อนเพลีย ปวดตามข้อ มีผื่นขึ้น

3. พัยราซิโนไมด์ คือ พิษต่อตับ และพบระดับกรดยูริกสูงขึ้น อาการปวดข้อ อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้ ได้แก่ หน้าแดง คอแดง แพ้แสง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นไข้ อ่อนเพลีย ชัก เป็นต้น

4. อีแอมบูตอล คือ ตามัวและมองภาพไม่ชัด ผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่พบได้ คือ ไข้ มีผื่นตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน

5. สเตอริฟโตมัซซิน คือ อาการทางประสาทสมองคู่ที่ 8 เกี่ยวกับการทรงตัวและการได้ยิน จะมีอาการเวียนศีรษะ เดินเซ หรือการได้ยินลดลง และเป็นพิษต่อไต

6. โอฟล็อกซาซิน คือทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย

7. กานามัยซิน คือมีผลข้างเคียงต่อไตและประสาทสมองคู่ที่ 8

การติดตามการรักษา

การติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจะติดตามการรักษาด้วยอาการและอาการแสดงทางคลินิกว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น อาการทางคลินิกจะมีความจำเพาะในการบ่งบอกการรักษาล้มเหลว (เจริญ ชูโชติถาวร, 2548) โดยมี 4 วิธี ดังนี้

1. การตรวจเสมหะโดยการข้อมสีกทุกเดือน จะเป็นการติดตามผลการรักษาได้ดี ผู้ป่วยจะได้รับ การตรวจเสมหะที่ 2 และ 5 เดือน หลังการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา
2. การตรวจเสมหะหลังการรักษา 2 เดือน ถ้าตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ต้องยืดระยะเวลาการรักษาเข้มข้นโดยการให้ยา 4 ตัว ต่อไปอีก 4 เดือน
3. การตรวจเสมหะที่ 5 เดือน หลังการรักษาและก่อนสิ้นสุดการรักษาจะใช้พิจารณาว่ามี การรักษาล้มเหลวหรือไม่ ถ้ายังตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคจะถือว่า การรักษาล้มเหลว จะต้องตรวจ เสมหะเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อต่อยารักษาวัณโรคและพิจารณารักษาผู้ป่วยด้วยสูตรยา ตำรียง
4. การถ่ายภาพรังสีทรวงอกระหว่างการรักษาจะทำต่อเมื่อสงสัยว่ามีภาวะอื่นแทรกด้วย หรือมีการวินิจฉัยอื่น ๆ

การป้องกันและควบคุมวัณโรคปอด

การป้องกันและควบคุมวัณโรค มีหลัก 3 ประการ ได้แก่ การใช้ยา การป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ และการดูแลสุขภาพทั่วไป (พิพัฒน์ ลักขมิจจรกุล, 2543)

1. การใช้ยา ช่วยลดอาการ ไอและปริมาณเสมหะ จึงลดการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ดังนั้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาวัณโรคครบทุกชนิด ขนาดยาถูกต้อง ตรงตามเวลา และไปตรวจตรงตาม วันนัดหรือไม่ตรงวันนัดไม่เกิน 7 วัน จำนวน 1 ครั้งต่อเดือน
2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยดำเนินการ ดังนี้
 - 2.1 ระวังการแพร่เชื้อ ด้วยการใช้น้ำหรือกระดาษปิดปาก จมูก เมื่อไอ จามหรือ หัวเราะ บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดขอบเรียบป้องกันเสมหะเประตามเกลียวฝาขณะเท เสมหะทิ้งลงโถส้วม ภาชนะทำความสะอาด แยกตัวจากผู้ที่มิภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก
 - 2.2 กำจัดปนเปื้อนเชื้อวัณโรค โดยการเปิดหน้าต่างและประตูห้องให้อากาศถ่ายเท สะดวก แสงแดดส่องนานถึง 20-30 ชั่วโมง นำเครื่องนอนออกผึ่งแดดนานอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนนำมาใช้อีก เพื่อให้แสงแดดและแสงอุลตราไวโอเล็ตทำลายเชื้อวัณโรคในเสมหะแห้ง ถ้าใช้วิธี ต้มในน้ำเดือดใช้เวลานาน 5 นาที กระดาษชำระที่ใช้แล้วควรนำไปเผาไฟ ส่วนภาชนะที่ใส่เสมหะ ให้ล้างทำความสะอาดไว้ใช้อีกได้ ภาชนะทั่วไปที่ใช้แล้วต้องล้างให้สะอาด ผึ่งแดดให้แห้ง หรือต้ม ในน้ำเดือด 15-30 นาที และแยกภาชนะเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ จาน ช้อน และควรใช้ช้อนกลางตักอาหาร เมื่อใช้เสร็จต้องล้างและผึ่งแดดให้แห้ง
3. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป โดยการออกกำลังกาย เช่น การเดิน 20-30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเน้นอาหารประเภท เนื้อ นม ไข่ ผักและผลไม้ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน หรือ 6-8 แก้วต่อวัน งดสิ่งเสพติด

เช่น บุหรี่ สุรา หลีกเลี้ยงวันบวห์และฝุ่นละออง พักผ่อนวันละไม่ต่ำกว่า 6-8 ชั่วโมง

แนวทางการป้องกันวัน โรคหรือการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นนั้นมีประสิทธิภาพ ในการรักษาผู้ป่วยวัน โรคอย่างมาก และวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการใช้ผ้าปิดปาก หรือกระดาษปิดปาก จมูก เมื่อไอจาม หรือหัวเราะ บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิด กำจัด สิ่งปนเปื้อนเชื้อวัน โรค การจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น การเปิดหน้าต่าง ให้แสงแดดส่องถึง การทำความสะอาดเครื่องนอน และการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับบริการและการเข้าถึงบริการ

ในการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริการเพื่อทำการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยประเด็นที่สำคัญคือ ความหมายของการบริการ ความสำคัญของการบริการ หลักการ ให้บริการและการเข้าถึงบริการ โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของการบริการ

คำว่า “การบริการ” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Service” ในความหมายที่ว่าเป็นการกระทำที่ เปี่ยมด้วยความช่วยเหลือ การให้ความช่วยเหลือ การดำเนินการที่เป็นประโยชน์ (จิตตินันท์ เศษะคุปต์, 2540)

“การบริการ” เป็นสิ่งที่จับ สัมผัส แต่ต้องได้ยาก และเป็นสิ่งที่เสื่อมสลายได้ง่าย บริการ จะได้รับการทำขึ้น (โดยจากบริการ) และส่งมอบสู่ผู้รับบริการ (ลูกค้า) เพื่อใช้สอยบริการนั้น ๆ โดย ทันทีหรือในเวลาเกือบจะทันทีทันใดที่มีการให้บริการนั้น (วิระพงษ์ เฉลิมวิระรัตน์, 2542)

กรอนรูส (Gronroos, 1990) ได้ให้คำจำกัดความของการบริการ คือ กิจกรรมหรือชุดของ กิจกรรมซึ่งอาจอยู่ในสภาพที่จับต้องได้หรือไม่ก็ตาม เกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างลูกค้า กับผู้ให้บริการหรือระบบของการบริการ ซึ่งจัดเตรียมไว้เพื่อแก้ปัญหาของลูกค้า

สรุปความหมายการบริการ คือกิจกรรมหรือประโยชน์ซึ่งอยู่ในสภาพที่จับต้องได้หรือไม่ ก็ตามเกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการซึ่งเตรียมไว้แก้ปัญหาของ ผู้รับบริการ

2. ความสำคัญของการบริการ

การบริการเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้บริโภคในฐานะของ ผู้รับบริการรวมทั้งก่อให้เกิดผลดีในด้านทางเศรษฐกิจและสังคมต่อการประกอบธุรกิจปัจจุบัน ทั้ง ในแง่ของผู้ประกอบการหรือผู้บริหารการบริการและผู้ปฏิบัติงานบริการ ในฐานะของผู้บริการ ดังนั้นความสำคัญของการบริการสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเด็น ดังนี้

(ปิ่นแก้ว ศิริวรรณดี, 2548)

1. ความสำคัญต่อผู้รับบริการ ผู้บริโภคสมัยใหม่มีความต้องการใช้บริการต่าง ๆ หลากหลายมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ต้องเร่งรีบและแข่งขันตลอดเวลา ทั้งในด้านการดำรงชีวิตและการทำงานอาชีพ ทำให้จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นช่วยเหลือจัดการเรื่องต่าง ๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างผาสุก

2. ช่วยตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล การบริการที่พบเห็นขณะนี้มียู่มากมายในรูปแบบของการจัดการบริการเชิงพาณิชย์เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ลูกค้า ธุรกิจบริการในปัจจุบันจึงมีหลากหลายประเภท ซึ่งสามารถให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตใจ ผู้บริโภคจึงจำเป็นต้องศึกษามาตรฐานของธุรกิจแต่ละประเภทเปรียบเทียบคุณภาพการบริการที่ตรงกับความต้องการมากที่สุดเพื่อให้ได้บริการที่ตนเองพอใจตามอัตภาพของแต่ละบุคคล เมื่อผู้บริโภคได้รับการบริการที่ตรงกับความต้องการก็จะเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการบริการนั้น ซึ่งประสิทธิภาพของการให้บริการที่มีคุณภาพย่อมทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจและมีความสุข ทั้งนี้การให้บริการที่เป็นที่ต้องการของผู้ใช้บริการจะต้องไม่ยุ่งยาก อำนวยความสะดวกและสนองตอบสิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการได้อย่างแท้จริง.

หลักการให้บริการเพนชานสกีร์และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ได้ให้แนวคิดทั่วไปถึงลักษณะการเข้าถึง หรือการใช้บริการในระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมระหว่างผู้ป่วย และระบบของการบริการสุขภาพแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความ ต้องการของผู้ป่วย
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ คือ ความสามารถที่จะใช้แหล่งบริการ ได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งของแหล่งบริการ และการเดินทางของผู้ใช้บริการ
3. ความเหมาะสมและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวก และมีสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ
4. ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ
5. การยอมรับคุณภาพของการบริการ ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของ ผู้ให้บริการด้วย

การเข้าถึงการบริการ

บราวน์ ฟรานโก และ อาร์ทเซล (วรรณ บัวแต่ง อ้างถึงใน Brown, Franco and Hatzal, 1971) กล่าวไว้ว่า “การเข้าถึงบริการ หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งไม่มีข้อจำกัด ด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมองค์การ หรือการกีดกันด้านภาษา ในด้านภูมิศาสตร์ จะ

สามารถวัดได้จากการคมนาคม ระยะทาง ระยะเวลาในการเดินทาง อุปสรรคต่าง ๆ ที่ขวางกั้นการ
 ได้รับความบริการของผู้ป่วย ด้านเศรษฐกิจหมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยที่พอจะจ่ายได้ในการซื้อ
 ผลิตภัณฑ์ บริการ ในด้านสังคมหรือวัฒนธรรม ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความรวดเร็วของ
 ระยะเวลาการรอคอยบริการ การใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการสื่อสารกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการ
 ยอมรับ การรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วย”

เพนซาสกีร์และโทมัส ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ไว้ดังนี้

1. ความพอเพียงของการบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการขอรับบริการของผู้ป่วย
2. การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งและการเดินทาง
3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation)
4. ความสามารถของผู้รับบริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการ
5. การยอมรับคุณภาพของการบริการ (Acceptability) ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการด้วย

จากความหมายของการเข้าถึงบริการดังกล่าวนี้ แสดงให้เห็นว่าในการเข้าถึงบริการนั้น จะต้องทำให้ผู้มารับบริการได้รับความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ ทั้งในด้านการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง สิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้รับจากสถานบริการ มีระยะเวลาการรอคอยที่สั้น ตลอดจนในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและผู้ให้บริการได้รับข้อมูลที่เหมาะสมด้วย ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการเป็นสิ่งสำคัญสำหรับนโยบายทางด้านสุขภาพ เพราะเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงการให้บริการ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

สรุปได้ว่าการเข้าถึงการบริการ หมายถึง การที่ผู้ใช้บริการได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็วทั้งในด้านของการเดินทาง ระยะเวลา ข้อมูลที่ได้รับ รวมไปถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการบริการเป็นกระบวนการของการปฏิบัติตนเพื่อผู้อื่น ผู้ที่จะให้การบริการจึงควรมีคุณสมบัติที่สามารถอำนวยความสะดวก และทำคุณเพื่อผู้อื่นอย่างมีความรับผิดชอบ ได้อธิบายถึงหลักการให้บริการ ดังนี้

1. หลักความสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ ประโยชน์และการบริการที่องค์การจัดให้ นั้น จะต้องตอบสนองความต้องการของบุคลากรส่วนใหญ่ หรือทั้งหมดมิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ
2. หลักความสม่ำเสมอ กล่าวคือ การให้บริการนั้นจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอมิใช่ทำ ๆ หยุด ๆ ตามความพอใจของผู้รับบริการ หรือผู้ปฏิบัติ

3. หลักความเสมอภาค บริการที่จัดให้ นั้น จะต้องให้แก่ผู้มาใช้บริการทุกคนหรือทุกองค์กรอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกัน ไม่มีการให้สิทธิพิเศษแก่บุคคลหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในลักษณะแตกต่างจากกลุ่มคนอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด

4. หลักความประหยัดค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการให้บริการ จะต้องไม่มากจนเกินกว่าผลที่จะได้รับ

5. หลักความสะดวก บริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการ จะต้องเป็นไปในลักษณะที่ปฏิบัติได้ง่ายสะดวกสบาย สิ้นเปลืองทรัพยากรไม่มากนัก ทั้งยังไม่เป็นการสร้างภาระยุ่งยากใจให้แก่ผู้ให้บริการหรือผู้ให้บริการมากเกินไป

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้

1. ความหมายของการรับรู้

ชิฟแมน และ คานุก (Schiffman & Kanuk, 2000) การรับรู้ คือ กระบวนการที่บุคคลแต่ละคนมีการเลือก การประมวลผลและการตีความเกี่ยวกับตัวกระตุ้นออกมา ให้ความหมายและได้ภาพของโลกที่มีเนื้อหา

สราจค์ จันทน์เอม (จิตวิทยาสังคม, 2530) ให้ความหมายของการรับรู้ไว้เป็นข้อ ๆ ดังนี้

1. การรับรู้ คือ การจัดระบบการรวบรวมและตีความหมายจากการสัมผัส
2. การรับรู้ คือ กระบวนการที่สิ่งมีชีวิตรับเอาเรื่องราวต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส เป็นสื่อกลาง

3. การรับรู้ คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นอยู่ระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนองสิ่งเร้า ดังนี้
สิ่งเร้า การรับรู้ การตอบสนอง

สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง การแปลความหรือการให้ความหมายกับสิ่งที่เขาได้รับโดยผ่านประสาทสัมผัส และการรับรู้นี้มีอิทธิพลนำไปสู่การกระทำต่าง ๆ ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้เรื่องของวัณโรคไม่ถูกต้องและการป้องกันที่แตกต่างกันมากจึงทำให้การควบคุมจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้น้อยลง มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในครอบครัวของผู้ป่วย

2. กระบวนการรับรู้

จำเนียร ช่วงโชติ (จิตวิทยาการเรียนรู้, 2530) ได้กล่าวถึง กระบวนการรับรู้ว่า การรับรู้จะเกิดขึ้นต้องประกอบไปด้วย

1. การสัมผัส หรืออาการสัมผัส คนเรารับรู้สิ่งเร้าโดยทาง หู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง อวัยวะเหล่านี้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์สำคัญในการรับสัมผัสแล้วส่งต่อไปเป็นประสบการณ์ทางสมองเพื่อให้เกิดการรับรู้ต่อไป

2. ชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้าและการรับรู้ ตามปกติบุคคลมักเกิดการรับรู้ได้โดยไม่ต้องสัมผัสสิ่งเร้าทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องมาจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการรับรู้และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมสะสมกันเรื่อยมา จนเกิดเป็นความรู้ความเข้าใจได้ทันที แม้ว่าจะสัมผัสสิ่งเร้าเพียงบางส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้การจัดระเบียบของสิ่งเร้า ทำให้มองเห็นภาพส่วนรวมได้ชัดเจน

3. การแปลความหมายของการสัมผัสกับการรับรู้มักดำเนินไปคู่กับการรับสัมผัสเสมอ ถ้าเราถูกเร้าด้วยสิ่งที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อน เรามักแปลความหมายโดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยพบเห็นมาแล้ว

4. ประสบการณ์เดิมกับการรับรู้ ในการแปลความหมายหรือตีความหมายของความรู้สึกจากการสัมผัส เพื่อให้เป็นการรับรู้ในสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น บุคคลจำเป็นต้องใช้ประสบการณ์เดิม หรือความรู้เดิมหรือความชัดเจนที่เคยมีมาแต่หนหลัง

สรุปได้ว่า การรับรู้ เกิดจากการที่บุคคลได้รับข้อมูล โดยการได้ยิน ได้เห็น หรือสัมผัส การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่จะแตกต่างกันไปตามความต้องการ ความคาดหวัง ความรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้การรับรู้เป็นตัวแปรในการศึกษาด้วย

แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ การป้องกันส่งเสริม และการปฏิบัติของผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความคิดที่ว่าพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วย (ชนิสรา ปัญญาเริง, 2550) และบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้ชี้ให้เห็นคุณค่าของบุคคลผู้ซึ่งให้ความสนใจ ใส่ใจความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ ช่วยเตือน ให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุนอย่างทันทีทันใดแก่ผู้ป่วย (บดินทร์ บุญจันทร์, 2554) ในการที่จะช่วยเปลี่ยนความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมให้ไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้อง (อัญชญา พวงจิต, 2554) และมีผู้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับการรักษาการดูแลเอาใจใส่ได้รับการยกย่องมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม

Caplan, Robinson and French (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็นด้านข่าวสารเงินกำลังงานหรือทางอารมณ์ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

Israle (1985 อ้างถึงใน House, p. 181) ได้แบ่งประเภทของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน
2. การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่น ได้แสดงออกมา (Affirmation) ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้
3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ การตัดเตือน การให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสาร
4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrument support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

โดยพบว่า การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคม ทั้งด้าน วัสดุ สิ่งของ การเงิน ข้อมูล ข่าวสาร และปฏิสัมพันธ์ (บดินทร์ บุญจันทร์, 2554) (อัญชญา พวงจิต, 2554) ผู้ได้รับแรงสนับสนุนเชื่อว่าได้รับความรัก ความห่วงใย ช่วยให้เห็นคุณค่า (นันทกัท ชนะพันธ์ และคณะ, 2556) เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งเป็นส่วนที่ผู้ป่วยวัณโรคต้องการ (ปิยวัฒน์ ประสารสืบ, 2552) เป็นอย่างมากดังนั้นควรดูแลพระภิกษุ/ ผู้ที่มีชื่อเสียงในอำเภอหรือองค์กรปกครองท้องถิ่นในด้านสิ่งของ ทางด้านข้อมูลข่าวสาร จากบุคลากร สาธารณสุขมากที่สุด (บดินทร์ บุญจันทร์, 2554) ช่วยผู้ป่วยจิตเวช ให้ความร่วมมืออย่างดี ด้านการเข้าถึงบริการ ถ้าได้รับการอำนวยความสะดวกในการเดินทางจะยิ่งมีประสิทธิภาพของพฤติกรรมการรักษาด้วยยามากขึ้น

ครอบครัวเป็นสถาบันหนึ่งในสังคมที่เล็กที่สุด แต่มีความสำคัญ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล เป็นแหล่งให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกให้สามารถฟันฝ่าปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ (ชลฤทัย บุญชู และคณะ, 2558) โดยเฉพาะครอบครัวขยายที่มีสมาชิกจำนวนมาก ประกอบด้วย สามี ภรรยา บุตร ญาติของสามี หรือภรรยา สมาชิกจะมีความอบอุ่นผูกพันทางจิตใจต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ต่างกับครอบครัวเดี่ยวซึ่งมีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า แรงสนับสนุนทางสังคมส่งเสริมให้การต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลดีขึ้น สามารถลดความรุนแรงของปัญหาและส่งผลให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพดีขึ้น โดยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม (เสาวนิจ นิจอมนันต์ชัย,

2553) นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้ อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ ภูมิคุ้มกันโรคลดลงเป็นจำนวนมาก (รุ่งเรือง ปิณฑราช, 2552)

แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หรือบุคคลในครอบครัว มีอิทธิพลต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้กำลังใจ สนับสนุนเสริมพลังอำนาจในการปฏิบัติตนเอง ทำให้ คุณภาพชีวิตที่ดี ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ติดตาม ดูแลใกล้ชิด ให้ความรู้ ช่วยให้รู้สึกมีเพื่อนแท้ และมีกำลังใจในการดูแลตนเอง (ชนิสรา ปัญญาเรียง, 2550)

การใช้กระบวนการกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ แบบวัดความเครียด แบบบันทึก ผลการรักษา การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ป่วยวัน โรคปอดที่หายแล้ว มีอัตราการประสบ ความสำเร็จในการรักษาไม่แตกต่างกัน (ปิยวัฒน์ ประสารสืบ, 2552)

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล และ บุคคลกับเครือข่ายสังคม การช่วยเหลือในด้านข้อมูล คำแนะนำ วัตถุ สิ่งของ เงินทอง หรือแรงงาน ทำให้บุคคลรับรู้ ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถ เผชิญต่อความเครียดและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิชชุดา เทียนเจษฎา (2555) ศึกษาการจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวัณ โรค ณ โรงพยาบาลบ้านกรวดเป็นการศึกษาเชิงสังเกตแบบย้อนหลังในผู้ป่วยวัณ โรครายใหม่ที่ยื่นทะเบียน เข้ารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2549 ถึง 30 กันยายน พ.ศ 2552 ในคลินิกวัณ โรคและ ให้บริการดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพเก็บข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วยการวินิจฉัยและการรักษา วัณ โรคจากเวชระเบียน ซึ่งให้เห็นว่า ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือขนาดการใช้ยาไม่เหมาะสม จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 54.8) รองลงมาคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 15.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยาต่อเนื่องจำนวน 114 ราย (ร้อยละ 91.9) และมีการรักษาสำเร็จจำนวน 112 ราย (ร้อยละ 90.3) ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ ผลการตรวจเอชไอวีเป็นบวก ขนาดยา rifampicin ที่ต่ำกว่าขนาดการรักษาและ ความไม่ต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วย

รณยศ สุวรรณกัญญา (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าที่เกิดจากผู้ป่วย วัณ โรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยแบบ (Cross-sectional analytical study) โดยศึกษาในผู้ป่วยวัณ โรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในคลินิกวัณ โรคของ

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 259 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและใช้แบบคัดลอกเวชระเบียนบันทึกข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้เกณฑ์ของความล่าช้าในการรักษาที่เกิดจากผู้ป่วย (Patient's delay) คือระยะเวลามากกว่า 30 วัน นับจากเริ่มมีอาการป่วยครั้งแรกจนเข้าพบสถานบริการสาธารณสุขของรัฐหรือโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าจากปัจจัยด้านผู้ป่วยการไม่เข้ารับการรักษาวัณโรคกับแพทย์ที่โรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มแรก ที่มีอาการรองลงมาคือการแสวงหาการรักษาจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร และผู้ป่วยไม่มารับบริการเมื่อมีผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจำนวนมาก ซึ่งให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่นิยมแสวงหาการรักษาจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐและอยู่ห่างไกล จะมีความล่าช้าสูง ดังนั้นจึงควรสร้างความตระหนักเรื่องวัณโรคให้กับประชาชน ผู้ป่วยควรได้รับความรู้เพื่อเข้ารับการรักษาโดยเร็ว สนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกและการตรวจคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนทั้งนี้เพื่อลดอัตราการตายและลดการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน

พรวิไล อักษร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการรักษาวัณโรคปอด ในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อประเมินผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังโดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ตรวจเสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2544 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2549 ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยทั้งหมด 355 ราย มีอัตราผลสำเร็จในการรักษาร้อยละ 68.2 การรักษาล้มเหลว ร้อยละ 1.4 ขาดการรักษา ร้อยละ 3.9 และเสียชีวิต ร้อยละ 22.5 ผู้ป่วยที่เสียชีวิต 80 รายพบว่า ดิคเชื้อเอคส์ ร้อยละ 45 ผู้ป่วยร้อยละ 50.4 มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ร่วมด้วยโดยผู้ป่วยดิคเชื้อเอคส์ ร้อยละ 38.7 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาล้มเหลวคือประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคมามาก่อน ส่วนการขาดการรักษาไม่พบว่า มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการรักษาวัณโรคคือการมีโรคร่วมประจำตัวได้แก่ การดิคเชื้อเอคส์ โรคตับแข็ง และประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคมามาก่อน ดังนั้นการส่งเสมหะเพาะเชื้อวัณโรค ควรทำในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงทุกราย และจะต้องมีการผสมผสานดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและโรคเอคส์ติดตามประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กิตติพงศ์ วัชรสันเทียะ (2546) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาไม่หายขาด กรณีศึกษาอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมาอธิบายถึงพฤติกรรมการรักษาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ที่มาขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาล

วังน้ำเขียว จำนวน 20 ราย และผู้ดูแล 17 ราย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่า ผู้ป่วยเกือบทุกคนให้ความสนใจในการปฏิบัติตน ระหว่างการศึกษาสำหรับสาเหตุที่ไม่ไปตรวจ และรับยาตามนัดนั้นเกิดจากปัญหาในการเดินทางไปตรวจรักษา ซึ่งมีระยะทางไกล ไม่สะดวกต้องเสียค่าใช้จ่าย และบางครั้งไม่มีเวลาไปตามนัดเพราะต้องประกอบอาชีพเกษตรกรรม ข้อเสนอจากการศึกษา ควรมีการพัฒนาารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามปัญหาเฉพาะราย เพื่อค้นหาแนวทางจัดบริการให้เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ธัญพร ปานสุวรรณ (2556) ศึกษาการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์ การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิก ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 14 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Colaizzi (1978) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีการแสวงหาความช่วยเหลือก่อนมารับบริการรักษาที่คลินิก แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะมีอาการเจ็บป่วยธรรมดา คล้ายโรคหวัด ผู้ป่วยดูแลตนเองและแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการ 2) ระยะมีอาการเรื้อรัง ไม่หาย ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงดูแลตนเองและแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการและอีกส่วนตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและ 3) ระยะมีอาการรุนแรงน่ากลัว ผู้ป่วยในระยะนี้ทั้งหมดตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม เงื่อนไขที่สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลคือ ลักษณะที่อาการเรื้อรังหรือมีความรุนแรง ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างสิทธิการรักษาและระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ส่วนการรับรู้ว่าเป็นโรคไม่รุนแรง กลัวว่าจะเป็นโรคร้าย หรือกลัวการไปโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่มีสิทธิการรักษาเป็นเงื่อนไขที่มีผลต่อความล่าช้าในการไปรับการรักษาที่คลินิกของผู้ป่วย

จิระวรรณ พิงสกุล (2548) ได้ศึกษาอัตราการขาดยา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในระบบประกันสังคมของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรปราการ โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 ศึกษาอัตราการขาดยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน 14 แห่ง จำนวน 245 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ศึกษาสาเหตุการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่โดยการติดตามผู้ป่วยที่ขาดยารวม 27 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่ 3 ศึกษากระบวนการรักษาระบบการรักษาของโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 21 แห่ง ผลการศึกษาจากกลุ่ม 1 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ได้แก่ระดับความคิดเห็นต่อวัณโรค ปัจจัยด้านการรักษา การย้ายที่อยู่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการใช้ยาเสพติด การเลือก

สถานพยาบาลโดยนายจ้าง การลางานมาพบแพทย์ การตรวจรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ของแพทย์/พยาบาลกับผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยที่ขาดยาส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล กลุ่มที่ 3 พบว่า ไม่มีผู้รับผิดชอบงานวันโรคและทุกแห่งไม่มีคลินิกวันโรคเฉพาะ ไม่มีการติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดยา และไม่มีค่านายทศศาสตร์ DOT มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรค ดังนั้นการปรับปรุงระบบงานวันโรคในโรงพยาบาลเอกชนให้มีประสิทธิภาพ การจัดการให้ความรู้แก่นุคลากร การสร้างเครือข่ายการติดตามการแก้ปัญหาผู้ป่วย โดยการสนับสนุนจากสำนักงานประกันสังคม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อาจทำให้อัตราการขาดยาลดลงได้

ฉายา อินทรีย์ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดการรักษาของผู้ป่วยวันโรคปอด โดยศึกษาจากความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และทำนายการขาดการรักษาของผู้ป่วยวันโรคปอดในคลินิกวันโรคของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ป่วยได้รับยาในระบบยาสั้น 6 เดือน จำนวน 271 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดการรักษาอย่างมีนัยสำคัญของสถิติมี 7 ตัว คือ เพศ ระดับการศึกษา ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ การสูบบุหรี่ ความรู้เรื่องวันโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีปัญหาระหว่างการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง 3 -5 ปัจจัย จะเสี่ยงต่อการขาดการรักษาเป็น 10.17 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาเรื่องวันโรคในหลาย ๆ ลักษณะเช่น การจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวันโรค ณ โรงพยาบาลบ้านกรวด (วิษชุดา เทียนเจษฎา, 2555) ยังคงพบว่า ผู้ป่วยวันโรคมีการใช้ยาไม่เหมาะสม ยังคงเป็นปัญหาอยู่มาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าที่เกิดจากผู้ป่วยวันโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดนครราชสีมา (รณยศ สุวรรณกัญญา, 2556) พบว่า มาจากปัจจัยทางด้านผู้ป่วย การไม่เข้ารับการรักษาวินโรคกับแพทย์ที่โรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มแรกที่มีอาการ และผู้ป่วยนิยมแสวงหาการรักษาในระบบ บริการสาธารณสุขของรัฐและอยู่ห่างไกลมีความล่าช้าสูง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการรักษาวินโรคปอดในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อประเมินผลสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวันโรค (พรวิไล อักษร, 2550) มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการรักษา คือ โรคร่วมประจำตัว ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี โรคตับแข็ง และประวัติ การได้รับการรักษาวินโรคมาก่อน และ การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ก่อนเข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกวันโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อศึกษาประสบการณ์ (ธัญพร ปานสุวรรณ, 2556) พบว่า ผู้ป่วยจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการรุนแรง รวมถึงความรู้เกี่ยวกับวันโรค สิทธิการรักษาและระยะทาง จากบ้านถึงสถานบริการ หรือถ้าวางใจไปโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่มีผลต่อความล่าช้าในการไปรับการรักษาที่คลินิกของผู้ป่วย อัตราการขาดยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการขาดยาของผู้ป่วย

วันโรคปอดรายใหม่ในระบบประกันสังคมของโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรปราการ (จิระวรรณ พึ่งสกุล, 2548) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการทำงาน การลา การบริการรักษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดการรักษาของผู้ป่วยวันโรคปอด (ฉายา อินทรักษ์, 2540) คือ เพศ ระดับการศึกษา ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ การสูบบุหรี่ ความรู้เรื่องวันโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีปัญหาระหว่างการรักษาจะเสี่ยงต่อการขาดการรักษาเช่นกัน การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวันโรคที่รักษาไม่หายขาด กรณีศึกษา อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา (กิตติพงศ์ วัชรสันเทียะ, 2546) ชี้ให้ทราบว่าผู้ป่วยเกือบทุกคนให้ความสนใจในการปฏิบัติตนระหว่างการรักษา สาเหตุที่ไม่ไปตรวจตามนัดนั้นเกิดจากปัญหาในการเดินทางไปตรวจรักษา ซึ่งมีระยะทางไกล ไม่สะดวกต้องเสียค่าใช้จ่ายและบางครั้งไม่มีเวลาไปเพราะต้องประกอบอาชีพเกษตรกรรม ด้วยการปฏิบัติงานมาหลายปียังคงพบว่า ปัญหาวันโรคในประเทศไทยยังคงดำเนินต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวันโรค ในสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวันโรคในสังคมต่อไป

งานวิจัยในต่างประเทศ

Qing Zhang et al. (2014) ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยของการขาดยาในผู้ป่วยวันโรคปอดในเขตศึกษาแบบย้อนหลัง ระหว่าง 1 มกราคม 2555-31 ธันวาคม 2556 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและจากหน่วยงาน คลินิกวันโรค พบว่า ผู้ป่วยขาดการรักษา ร้อยละ 11.5 อีก ร้อยละ 56 ขาดการรักษาภายใน 2 เดือนหลังจากเริ่มกินยา และร้อยละ 86.4 ยังคงพบเสมหะบวก ปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงในครั้งนี้นี้คือพบว่า เพศชาย มีการศึกษาค่ำ ไม่มีสัญชาติคูเวต มีประวัติขาดการรักษา และเป็นโรคเบาหวาน โรคตับ และมะเร็งปอด การดื้อยาวันโรคสาเหตุจากการขาดการรักษา สรุปการขาดการรักษามาจากอคติ หรือขาดความรับผิดชอบที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ในคูเวต เจ้าหน้าที่การแพทย์ และภาครัฐควรทำให้พวกเขาเข้าใจในอุปสรรคของการรักษา และเพิ่มแรงกระตุ้นในการส่งเสริมการรักษาวันโรคตามนโยบายของภาครัฐ

Cherkaouil et al. (2014) พบว่า การรักษาผู้ป่วยขาดยาในเขตเมือง โมร็อกโคจากหน่วยงานภาครัฐใน โมร็อกโค มีการค้นหาความเสี่ยงของการขาดการรักษาและพัฒนาเครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงของการติดต่อหรือโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยา เป็นการศึกษาแบบเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ในเชิงปริมาณและการใช้คำถามปลายเปิด ผลการรายงาน มีผู้ป่วย 91 รายและ 186 รายในกลุ่มควบคุม ปัจจัยอิสระคือ การสูบบุหรี่ การกลับมารักษาใหม่ อุปสรรคจากการทำงาน การรักษาแบบรับประทานยาต่อหน้าของเจ้าหน้าที่ มีผลอาการ

ข้างเคียงของยา และไม่รู้ระยะเวลาในการรักษา มีอายุมากกว่า 50 ปี ไม่เคยสูบบุหรี่ และมีเพื่อนที่รู้ถึงการป้องกันโรค จากการใช้เครื่องมือในกลุ่มนี้ พบว่า สาเหตุของการขาดการรักษาวันโรค จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ จากผู้ป่วยที่มโนคลาการการแพทย์ การใช้เครื่องมือวัดระดับการรับรู้และความเฉพาะเจาะจง ในการทำนายการขาดยาและคาดหวังของเครื่องมือ ทั้ง 2 แบบ กับเป้าหมายเพื่อการทำงานอย่างมีคุณภาพ จากการบันทึก ความเสี่ยงในการติดต่อของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการขาดยาสูง โอกาสเกิดการดื้อยาในวงกว้าง

Wali et al. (2015) ชี้ให้เห็นว่า การผิคนัดของผู้ป่วยวันโรคเสมอหวก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ บาโลคิสถาน ปากีสถาน มาจากการแก้ปัญหาละทบทวนผลการตรวจจากห้องทดลองและการลงทะเบียนผู้ป่วยวันโรค การขาดหายไปในประเทศมากกว่าเพศหญิง ค่าเฉลี่ยอายุ 40 ปี ผู้ที่อยู่ห่างไกล ในพื้นที่การเกษตร นอกเมือง และไม่มีเบอร์โทรศัพท์ ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยวันโรคเสมอหวก ขาดนัด ก่อนเริ่มรับการรักษาต้องเพิ่มความเข้มแข็งในระบบการส่งต่อ และส่งกลับ โดยใช้ข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ รายงานผลโดยด่วนในอนาคต ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยให้เหตุผลในการผิคนัดรวมถึงทัศนคติของผู้ป่วยวันโรค

Wang et al. (2017) พบว่า ผลลัพธ์ในการรักษาซ้ำของผู้ป่วยวันโรคปอด ในประเทศจีน โดยใช้โมเดลการทำนายอย่างเหมาะสม มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงและ ยังคงอยู่ การระบุปัจจัยเสี่ยงของการรักษาล้มเหลว โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 395 คน ซึ่งได้รับการรักษาซ้ำในช่วงเดือน กรกฎาคม 2009-กรกฎาคม 2011 ประเทศจีนมีผู้ป่วยวันโรคถูกจัดกลุ่มความสำเร็จ และความเสี่ยง จากผลลัพธ์ ตัวแปรที่นับไม่ได้และตัวแปรพหุคูณจากการคำนวณสถิติการถดถอยพหุคูณ ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของระหว่างผลลัพธ์ และสถิติของผู้ป่วยกับปัจจัยทางคลินิก จาก คะแนน ความเสี่ยงของค่าการทำนายปัจจัยเสี่ยงของการรักษาล้มเหลว จากผู้ป่วย 395 คน 99 คน ได้รับการรักษาซ้ำ แสดงผลให้เห็นว่า การรักษาล้มเหลวเกี่ยวข้องกับการดื้อยา ระดับการศึกษาต่ำ ดัชนีมวลกายต่ำ (6 เดือน) ,ทำการรักษาสูตรมาตรฐาน เสมอหวกหลังการรักษา 2 เดือน และจากสถานที่ได้รับยาครั้งแรก

Gee et al. (2017) พบว่า สังคมและลักษณะเฉพาะทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นวันโรคในเกาหลีใต้ มีการลงทะเบียนผู้ป่วยวันโรคในผู้ใหญ่ ซึ่งถูกวินิจฉัยและรักษาในศูนย์แพทย์ในเกาหลีเดือนมกราคม 2013-เดือนมกราคม 2015 โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง รวม 105 คน จากผู้ป่วย 932 คน เป็นชาวเกาหลีป่วยเป็นวันโรคมีจำนวน 105 คน ผู้ป่วยเป็นวันโรค 86 (82%) เป็นชาวเกาหลี-จีน อัตราการได้รับยาต่ำกว่ากลุ่มคนสัญชาติเกาหลี อัตราการได้รับยาสูงกว่ากลุ่มชาวเกาหลี การรักษสำเร็จอยู่ในเกณฑ์ต่ำ กว่ากลุ่มสัญชาติเกาหลี หลังจากควบคุมอายุและการขาดยา มีความ

แตกต่างระหว่างการขาดยาและไม่ขาดยาในคลินิกเฉพาะทางในกลุ่มอพยพ ความพยายามเพื่อลดการพิดนั้ดในกลุ่มอพยพป่วยเป็นวัณโรคและสนับสนุนการคัดกรองวัณโรคระหว่างการอพยพ การดำเนินการของเจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติต่อไปเพื่อควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในเกาหลีใต้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Crosssectional study) เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เคยรับการรักษาและขาดการรักษาในสถาบันโรคทรวงอก นนทบุรี จำนวน 151 คน ด้วยแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เคยรับการรักษาและกำลังรับการรักษาด้วยยาระยะสั้น แบบที่เลี้ยงกำกับกับการกินยา (DOT-Directly Observed Treatment, short course): ซึ่งเข้ารับการรักษาและขึ้นทะเบียนใน สถาบัน โรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีข้อกำหนด (Criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาระบบยาระยะสั้น 6-8 เดือน
2. ผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อและไม่พบเชื้อ (+,-)
3. เป็นผู้ที่เคยรับการรักษา > 1 ครั้ง
4. เป็นผู้มีการรับรู้ดี สามารถสื่อความหมายได้เข้าใจตรงกัน
5. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อคือยา (XDR TB)
2. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV
3. ผู้ป่วยหญิงที่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณจากสูตรหาขนาดตัวอย่าง

(Daniel, 1995, pp. 180-181)

$$n = \frac{N Z^2 p q}{d^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

$$= \frac{350 \times (1.96)^2 (0.22 \times 0.78)}{(0.05)^2 (350-1) + (1.96)^2 (0.22 \times 0.78)}$$

$$= 150.63 \text{ ราย}$$

$$= 151 \text{ ราย}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z^2 = ความน่าจะเป็นที่ค่าประมาณผิดไปจากค่าจริงโดยกำหนด $\alpha = 0.05$

p = ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษา กำหนด = 0.02 (รายงานประจำปี ,2556)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ กำหนด 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดในการศึกษา สำหรับการศึกษานี้โดยเฉพาะและผ่านการตรวจและปรับปรุงโดยอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ความเข้าใจวัณโรค ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการ และส่วนที่ 4 ความคิดเห็นตามสิทธิ ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสาเหตุที่มาปรึกษา ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจวัณโรค ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 25 ข้อ โดยมีข้อความทั้งในด้านบวกและลบ เป็นแบบสอบถามลักษณะคำตอบเป็น ใช่/ไม่ใช่/ไม่ทราบ ให้เลือกตอบ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนความรู้ ดังนี้

คำถามเชิงบวก ตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

คำถามเชิงลบ ตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบใช่หรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

โดยมีเกณฑ์ในการประเมินคะแนนความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรคในระดับสูง
คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60-79.99 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจวัณโรคใน
ระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่าร้อยละ 60 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจวัณโรค
ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 27 ข้อ โดย
สอบถามเพื่อแสดงความเห็นเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ดีมาก	ให้	5	คะแนน
ดี	ให้	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ควรปรับปรุง	ให้	2	คะแนน
ควรปรับปรุงเร่งด่วน	ให้	1	คะแนน

โดยที่แปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ของ Levin and Rubin (1991: 93) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจของการเข้าถึงบริการในด้านนั้น ๆ
ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง มีความพึงพอใจของการเข้าถึงบริการในด้านนั้น ๆ
ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจของการเข้าถึงบริการในด้านนั้น ๆ
มีระดับสูง

โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนความพึงพอใจแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง
ปานกลาง และต่ำ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจของการเข้าถึงบริการใน
ระดับสูง

คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60-79.99 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีความพึงพอใจของการเข้าถึง
บริการในในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่าร้อยละ 60 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีความความพึงพอใจของ
การเข้าถึงบริการในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 14 ข้อ โดยมีข้อความทั้งในด้านบวกและลบ เป็นแบบสอบถามลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ 3 ระดับ ให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ข้อคะแนนแสดงความคิดเห็นแรงสนับสนุนบวก (Positive Statement) ถ้าเลือกตอบ			
เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยด้วยอย่างยิ่ง/ ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ข้อคะแนนแสดงความคิดเห็นแรงสนับสนุนทางลบ (Negative Statement) ถ้าเลือกตอบ			
เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยด้วยอย่างยิ่ง/ ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน

โดยที่แปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1981) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{3-1}{3} = 0.67$$

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

สำหรับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค สถาบันโรคทรวงอกซึ่งมีทั้งหมด 14 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 14-42 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60-79.99 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับกลาง

คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า ร้อยละ 60 คะแนน หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการสร้างและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามลำดับต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

1.1 ศึกษาตำรา ทฤษฎี งานวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้อง และจากคำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

1.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของแบบสอบถาม

1.3 สร้างข้อคำถามแบบสอบถามและกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับคำถาม

แต่ละข้อ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

2.1 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย

1) ผู้เชี่ยวชาญด้านโรกระบบทางเดินหายใจ 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบแก้ไขความถูกต้อง ครอบคลุม ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Content validity) แล้วปรับแก้ตามคำแนะนำ และให้คะแนนเป็นรายชื่อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538, หน้า 124)

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความหมายสอดคล้องตามเนื้อหาที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความหมายสอดคล้องตามเนื้อหาที่ต้องการหรือไม่

-0 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความหมายสอดคล้องตามเนื้อหาที่ต้องการ

นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร IOC และเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ป่วยวัณโรคที่คลินิกวัณโรค จำนวน 30 ราย และนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ สำหรับแบบสอบถามที่คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ใช้วิธี ครอนบาคแอลฟา (Cronbach' Coefficient Alpha) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแต่ละหมวด คือ

1. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยวัณโรค มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73

2. ความคิดเห็นตามสิทธิที่ได้รับบริการ มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.70

3. ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.61

4. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาต่อผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

2. แนะนำตัวต่อผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก หัวหน้างานคลินิกวัณโรค และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค เพื่อชี้แจงรายละเอียด และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560
3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัวขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ตามรายละเอียดในแบบการพิทักษ์สิทธิ์ หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลและตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว นำแบบสอบถามที่ได้รับคำตอบกลับ ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนและลงรหัสข้อมูล
5. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยได้สำรวจความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนและลงรหัสข้อมูลก่อนมาวิเคราะห์เชิงปริมาณ หลังจากนั้นนำไปประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป (โปรแกรม SPSS) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการอธิบายข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค การเข้าถึงบริการ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคปอด สถาบันโรคทรวงอก

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistic)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค การเข้าถึงบริการ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค กับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

การวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายอิทธิพลระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค การเข้าถึงบริการ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค กับการรักษาอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์อย่างง่าย (Simple logistic regression) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระเพียง 1 ตัวแปรกับตัวแปรตามและการวิเคราะห์

Multiple logistic regression เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายอิทธิพลที่ดีที่สุด ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปรขึ้นไปกับตัวแปรตาม

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง ของผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการรักษาจากคลินิกวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ การศึกษาเชิงพรรณนาในรูปแบบภาคตัดขวาง (Crosssectional study) ศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลได้เสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน เรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยชีวิตสังคมของผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการในสถาบันโรคทรวงอก

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 1 ปัจจัยชีวิตสังคมของผู้ป่วยวัณโรค

พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.3 รองลงมาเป็นเพศหญิงร้อยละ 45.7 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ร้อยละ 39.7 รองลงมาโสด ร้อยละ 25.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 26.5 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 24.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 31.1 รองลงมาคือประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 26.5

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ที่มารับบริการใช้สิทธิชำระเงินเองร้อยละ 33.8 รองมาคือใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาทร้อยละ 27.2 ระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง ร้อยละ 56.3 รองลงมาใช้น้อยกว่า 2 ชั่วโมงร้อยละ 34 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ 200-500 บาท ร้อยละ 76.2 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายมากกว่า 50 บาท ร้อยละ 20.5 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวร้อยละ 32.5 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 67.5 มารับยาครบ ร้อยละ 63.6 และมีประวัติการขาดยารักษาวัณโรคร้อยละ 36.4

ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยชีวิตสังคมของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับบริการในคลินิกวัณโรค
สถาบันโรคทรวงอก (N = 151)

	ปัจจัยชีวิตสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	82	54.30
	หญิง	69	45.70
อายุ (ปี)			
	<30	13	8.61
	30-39	20	13.25
	40-49	35	23.18
	50-59	40	26.49
	60+	43	28.48
	Mean = 50.68, SD = 14.21		
	Min = 22 Max = 85		
สถานภาพสมรส			
	โสด	39	25.83
	คู่	60	39.74
	หย่า	12	7.95
	หม้าย	28	18.54
	แยกกันอยู่	12	7.95
การศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	23	15.23
	ประถมศึกษา	40	26.49
	มัธยมศึกษาตอนต้น	12	7.95
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส/ อนุปริญญา	33	21.85
	ปริญญาตรี	43	28.50

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

	ปัจจัยชีวิตสังคม	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ			
	รับราชการ	18	11.92
	เกษตรกรกรรม	33	21.85
	รับจ้าง	40	26.49
	ค้าขาย	47	31.13
	นักเรียน/ นักศึกษา	2	1.32
	อื่น ๆ	11	7.28
สิทธิที่ใช้			
	ชำระเงินเอง	51	33.77
	บัตรทอง	41	27.15
	บัตรประกันสังคม	27	17.88
	บัตรข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	24	15.89
	บัตรผู้พิการ	8	5.30
ระยะเวลาในการเดินทาง (ชั่วโมง)			
	< 2	34	22.51
	2-3	85	55.62
	4 +	32	21.85
	Mean = 2.61, SD 1.36		
	Min = 1 Max = 10		
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (บาท/ ครั้ง)			
	< 200	5	3.31
	200-500	115	76.16
	> 500	31	20.53
	Mean =439.74 , SD 192.08		
	Min = 100 Max = 1000		

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

	ปัจจัยชีวิตสังคม	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว			
มี		49	32.45
ไม่มี		102	67.54
การรับยา			
รับยาครบ		96	63.57
ขาดยา		55	36.42

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการในสถาบันโรคทรวงอก

ความพึงพอใจการเข้าถึงบริการในสถาบันโรคทรวงอก พบว่า ขั้นตอนในการรับบริการ ที่ได้รับความพึงพอใจส่วนใหญ่คือสภาพแวดล้อมการพบแพทย์ ร้อยละ 84.8 สภาพแวดล้อมการรอรับยาร้อยละ 80.8 สภาพแวดล้อมการส่งเสมหะ ร้อยละ 80.1 สภาพแวดล้อมในการเจาะเลือด ร้อยละ 76.8 สภาพแวดล้อมในการเข้ากลุ่ม ร้อยละ 76.2 สภาพแวดล้อมในการคัดกรองอาการ ร้อยละ 76.2 และสภาพแวดล้อมในการซักประวัติ ร้อยละ 73.5 มีเสียงรบกวนในการซักประวัติ ร้อยละ 72.2 มีเสียงรบกวนในการเข้ากลุ่ม 70.9 สภาพแวดล้อมในการ X-Ray ร้อยละ 70.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการในสถาบันโรคทรวงอก (N = 151)

ขั้นตอนการให้บริการ	ระดับความคิดเห็น				ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง		
การซักประวัติ						
สภาพแวดล้อม	5 (3.31)	111 (73.51)	35 (23.18)	0 (0.00)	3.80	ดีมาก
การจัดลำดับคิว	0 (0.00)	64 (42.38)	87 (57.62)	0 (0.00)	3.42	ดีมาก
เสียงรบกวน	0 (0.00)	8 (5.30)	109 (72.19)	34 (22.52)	2.83	ดี
ความยุ่งยาก	1 (0.66)	6 (3.97)	98 (64.9)	46 (30.46)	2.87	ดี

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ขั้นตอนการให้บริการ	ระดับความคิดเห็น				ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง		
การ X Ray						
สภาพแวดล้อม	22 (14.57)	106 (70.20)	22 (14.57)	1 (0.66)	3.99	ดีมาก
การจัดลำดับคิว	18 (11.92)	77 (50.99)	56 (37.09)	0 (0.00)	3.75	ดีมาก
การให้คำแนะนำ	12 (7.95)	61 (40.40)	75 (49.67)	3 (1.99)	3.54	ดีมาก
การส่งเสมหะ						
สภาพแวดล้อม	7 (4.64)	121 (80.13)	23 (15.23)	0 (0.00)	3.89	ดีมาก
การจัดลำดับคิว	3 (1.99)	88 (58.28)	60 (39.74)	0 (0.00)	3.62	ดีมาก
การให้คำแนะนำ	2 (1.32)	67 (44.37)	81 (53.64)	1 (0.66)	3.46	ดีมาก
การคัดกรองอาการ						
สภาพแวดล้อม	8 (5.30)	115 (76.16)	28 (18.54)	0 (0.00)	3.87	ดีมาก
การจัดลำดับคิว	1 (0.66)	89 (58.94)	59 (39.07)	2 (1.32)	3.59	ดีมาก
การให้คำแนะนำ	3 (1.99)	55 (36.42)	90 (59.60)	3 (1.99)	3.38	ดีมาก
เสียงรบกวน	2 (1.32)	27 (17.88)	102 (67.55)	20 (13.25)	3.07	ดี
การพบแพทย์						
สภาพแวดล้อม	7 (4.64)	128 (84.77)	12 (7.95)	4 (2.65)	3.91	ดีมาก
การจัดลำดับคิว	0 (0.00)	91 (60.26)	58 (38.41)	2 (1.32)	3.59	ดีมาก
การให้คำแนะนำ	1 (0.66)	50 (33.11)	89 (58.94)	11 (7.28)	3.38	ดีมาก
การเจาะเลือด						
สภาพแวดล้อม	4 (2.65)	116 (76.82)	29 (19.21)	2 (1.32)	3.07	ดี
การจัดลำดับคิว	0 (0.00)	92 (60.93)	59 (39.07)	0 (0.00)	3.91	ดีมาก
การให้คำแนะนำ	1 (0.66)	77 (50.99)	71 (47.02)	2 (1.32)	3.59	ดี
การเข้ากลุ่ม						
สภาพแวดล้อม	3 (1.99)	115 (76.16)	32 (21.19)	1 (0.66)	3.79	ดีมาก
การจัดลำดับคิว	0 (0.00)	81 (53.64)	69 (45.70)	1 (0.66)	3.53	ดีมาก
การให้คำแนะนำ	0 (0.00)	47 (31.13)	100 (66.23)	4 (2.65)	3.28	ดีมาก
เสียงรบกวน	0 (0.00)	3 (1.99)	122 (80.79)	26 (17.22)	3.05	ดี

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ขั้นตอนการให้บริการ	ระดับความคิดเห็น				ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง		
สภาพแวดล้อม	3 (1.99)	122 (80.79)	26 (17.22)	0 (0.00)	3.85	ดีมาก
การจัดลำดับคิว	3 (1.99)	100 (66.23)	47 (31.13)	1 (0.66)	3.70	ดีมาก
การให้คำแนะนำ	3 (1.99)	88 (58.28)	60 (39.74)	0 (0.00)	3.62	ดีมาก

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเข้าถึงบริการในแต่ละด้านกับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ในการเข้าถึงบริการคะแนนด้านการ X-ray มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับคะแนนการส่งเสมหะในระดับปานกลาง ($R = 0.543$) ส่วนคะแนนการคัดกรองอาการมีความสัมพันธ์ทางบวก คะแนนการเข้ากลุ่มและคะแนนการรอรับยากับการขาดยา ($R = 0.031$) ในผู้ป่วยวัณโรคในระดับค่อนข้างต่ำ ($R = 0.289-0.351$) การ X-ray มีความสัมพันธ์กับคะแนนการพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในระดับต่ำ ($R = 0.195$) การ X-ray มีความสัมพันธ์กับคะแนนการเจาะเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในระดับต่ำ ($R = 0.260$)

พบว่า ในการเข้าถึงบริการ คะแนนการส่งเสมหะ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับคะแนนการคัดกรองอาการในระดับปานกลาง ($R = 0.469$) คะแนนการรอรับยาคะแนนการพบแพทย์ คะแนนการเข้ากลุ่ม คะแนนการเจาะเลือดกับการขาดยา ($R = 0.001$) ในผู้ป่วยวัณโรค ในระดับค่อนข้างต่ำ ($R = 0.227-0.258$)

คะแนนการคัดกรองมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับคะแนนการพบแพทย์ ($R = 0.399$) และสัมพันธ์กับคะแนนเข้ากลุ่ม ในระดับต่ำ ($R = 0.225$) กับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคทางลบ ($R = 0.003$) ในระดับต่ำมาก

คะแนนการพบแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับคะแนนการเจาะเลือด ($R = 0.351$) กับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคทางลบ ($R = 0.104$) ในระดับต่ำมาก

คะแนนการเจาะเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับคะแนนการเข้ากลุ่ม ($R = 0.414$) และคะแนนการรอรับยา ($R = 0.410$) ในระดับปานกลางกับการขาดยาในทางบวก ($R = 0.012$) ในระดับต่ำมาก

คะแนนการเข้ากลุ่มมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับคะแนนการร้อรับยา ($R = 0.368$) ในระดับค่อนข้างต่ำ กับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคทางบวก ($R = 0.086$) ในระดับต่ำมาก

คะแนนการร้อรับยามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค ($R = 0.025$) ในระดับต่ำมาก

ตารางที่ 4-3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเข้าถึงบริการในแต่ละด้านกับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค

ตัวแปร	การ X-ray	การส่งเสมหะ	การคัดกรองอาการ	การพบแพทย์	การเจาะเลือด	การเข้ากลุ่ม	การรื้อรับยา	การขาดยา
การ X-ray	1	0.543**	0.351**	0.195*	0.260*	0.311**	0.289**	0.031
การส่งเสมหะ		1	0.469**	0.227**	0.239**	0.230**	0.258**	0.001
การคัดกรองอาการ			1	0.399**	0.133	0.225**	0.139	-0.003
การพบแพทย์				1	0.351**	0.149	0.097	-0.104
การเจาะเลือด					1	0.414**	0.410**	0.012
การเข้ากลุ่ม						1	0.368**	0.086
การรื้อรับยา							1	-0.025
การขาดยา								1

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3. การใช้สิทธิในการมารับการรักษา ตามสิทธิที่ได้ในการมารับบริการในสถาบันโรค ทรวงอก

การใช้สิทธิในการรักษาตามสิทธิที่ได้ในการมารับบริการสถาบันโรคทรวงอก สิทธิที่
ได้รับความพึงพอใจมากที่สุดคือชำระเงินเองด้านคุณภาพยาร้อยละ 45.10 ด้านคุณภาพบริการ
ร้อยละ 41.18 รองลงมาคือ สิทธิบัตรทอง 30 บาท ด้านคุณภาพยาและคุณภาพบริการร้อยละ 56.10,
53.66 และบัตรข้าราชการ ด้านคุณภาพยาและคุณภาพบริการร้อยละ 12.5 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่สิทธิที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุดคือบัตรข้าราชการ ด้านคุณภาพบริการ
ร้อยละ 83.33 พอใจด้านคุณภาพยา ร้อยละ 79.17 รองลงมาคือสิทธิการรักษาโดยชำระเงินเอง ระดับ
ความพึงพอใจมาก ด้านคุณภาพบริการร้อยละ 58.8 และบัตรผู้พิการพอใจด้านคุณภาพยาและ
คุณภาพบริการ ระดับมากและปานกลางร้อยละ 50

ตารางที่ 4-4 ความพึงพอใจการใช้สิทธิในการมารับการรักษาตามสิทธิที่ได้ในสถาบันโรคทรวงอก

สิทธิการรักษา	ระดับความพึงพอใจ			
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย
ชำระเงินเอง				
คุณภาพยา	23 (45.10)	28 (54.90)	0 (0.00)	0 (0.00)
คุณภาพบริการ	21 (41.18)	30 (58.82)	0 (0.00)	0 (0.00)
บัตรทอง 30 บาท				
คุณภาพยา	7 (17.07)	23 (56.10)	10 (24.39)	1 (2.44)
คุณภาพบริการ	7 (17.07)	22 (53.66)	11 (26.83)	1 (2.44)
บัตรประกันสังคม				
คุณภาพยา	2 (7.41)	13 (48.15)	12 (44.44)	0 (0.00)
คุณภาพบริการ	1 (3.70)	15 (55.56)	11 (40.74)	0 (0.00)
บัตรข้าราชการ				
คุณภาพยา	3 (12.50)	19 (79.17)	2 (8.33)	0 (0.00)
คุณภาพบริการ	3 (12.05)	20 (83.33)	1 (4.17)	0 (0.00)
บัตรผู้พิการ				
คุณภาพยา	0 (0.00)	4 (50.00)	4 (50.00)	0 (0.00)
คุณภาพบริการ	0 (0.00)	4 (50.00)	4 (50.00)	0 (0.00)

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค

1. ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค ที่เข้ารับบริการในคลินิกวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก

ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรคมีประเด็น คำถามเรื่องโรค สาเหตุ อาการ อาการไม่พึงประสงค์จากยา และการป้องกันวัณโรค ส่วนใหญ่ข้อที่ตอบผิด สาเหตุของวัณโรคคือการสูบบุหรี่ ร้อยละ 72.2 อาการของวัณโรค คือมีไข้วันเว้นวัน ร้อยละ 60.9 คนที่เป็นวัณโรคปอดแล้วไอเป็นเลือด รักษาไม่หายร้อยละ 60.3 อาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรคคือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 88.1 อาการไม่พึงประสงค์จากยาคือปวดข้อ ร้อยละ 65.6 และโดยส่วนใหญ่ตอบถูก วัณโรคติดต่อไปยังคนใกล้ชิดได้ ร้อยละ 91.4 อาการของวัณโรคคือ ไอเรื้อรัง เจ็บหน้าอก ร้อยละ 90.7 ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน หรือโรคไต มีโอกาสติดเชื้อวัณโรคง่าย ร้อยละ 80.8 อาการไม่พึงประสงค์จากยาคือ คลื่นไส้ และอาเจียน ร้อยละ 83.4 การจัดสภาพแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทร้อยละ 70.9

ตารางที่ 4-5 จำนวนและร้อยละ ความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค

ความรู้เรื่องวัณโรค	ถูก	ผิด
1. สาเหตุของวัณโรคปอดเกิดจาก		
1.1 เชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง	77 (50.99)	74 (49.01)
1.2 การสูบบุหรี่	42 (27.81)	109 (72.19)
1.3 ภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ	45 (29.80)	106 (70.20)
2. วัณโรคเป็นที่ปอดเท่านั้น จึงเรียกวัณโรคปอด	49 (32.45)	102 (67.55)
3. วัณโรคเป็นได้ทุกส่วนของอวัยวะทั่วร่างกาย	81 (53.64)	70 (46.36)
4. วัณโรคติดต่อไปยังคนใกล้ชิดได้	13 (8.61)	138 (91.39)
5. การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคคล้ายกับไข้หวัด	108 (71.52)	43 (28.48)
6. อาการของวัณโรคคือ		
6.1 มีไข้ วันเว้นวัน	92 (60.93)	59 (39.07)
6.2 เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย	132 (87.42)	19 (12.58)
6.3 ไอเรื้อรัง เจ็บหน้าอก	137 (90.73)	14 (9.27)
7. คนที่เป็นวัณโรคปอดแล้ว ไอเป็นเลือด รักษาไม่หาย	91 (60.26)	60 (39.74)
8. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน หรือโรคไต มีโอกาสติดเชื้อวัณโรคง่าย	122 (80.79)	29 (19.21)

ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

ความรู้เรื่องวัณโรค	ถูก	ผิด
9. ยาที่ใช้รักษามีอาการไม่พึงประสงค์		
9.1 ชาปลายมือ ปลายเท้า	136 (90.07)	15 (9.93)
9.2 กล้ามเนื้ออ่อนแรง	133 (88.08)	18 (11.92)
9.3 คลื่นไส้ และอาเจียน	126 (83.44)	25 (16.56)
9.4 เป็นพิษต่อตับ	91 (60.26)	60 (39.74)
9.5 ปวดข้อ	51 (33.77)	99 (65.56)
10. ข้อปฏิบัติในการรักษาวัณโรค		
10.1 การทิ้งเสมหะวิธีคือการทิ้งในถังขยะทั่วไป	84 (55.63)	67 (44.37)
10.2 ขณะรักษาวัณโรคควรหลีกเลี่ยงการอยู่กับเด็กเล็ก	100 (66.23)	51 (33.77)
10.3 ควรนอนในห้องปรับอากาศ	64 (42.38)	87 (57.62)
10.4 การจัดสภาพแวดล้อมให้อากาศถ่ายเท	107 (70.86)	44 (29.14)
10.5 การกินยารักษาวัณโรคควรกินตอนก่อนนอนทุกวัน	89 (58.94)	62 (41.06)
10.6 การหยุดยาเอง ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้มากขึ้น	96 (63.58)	55 (36.42)

ตารางที่ 4-6 ระดับความรู้คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ดี (20-25 ข้อ)	49	32.45
ปานกลาง (15-19 ข้อ)	72	47.68
น้อย (1-14 ข้อ)	30	19.87

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม

1. แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค ที่เข้ารับบริการในสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคจากกลุ่มตัวอย่างผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค ครอบครัวมอบความหวังใจ ส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 97.24 รองลงมาคือ ครอบครัวให้คำแนะนำเมื่อต้องการ ร้อยละ 83.78 แรงสนับสนุนจาก นายจ้าง หรือเพื่อน ให้การสนับสนุนส่วนใหญ่ให้คำแนะนำเมื่อต้องการ ร้อยละ 66.21 รองลงมาให้

ความช่วยเหลือในการดำเนินงานมาพบแพทย์ ร้อยละ 32.43 เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในการป้องกันโรค ร้อยละ 100 รองลงมาคือ การให้คำแนะนำเรื่องยารักษาวัณโรค และการเลิกบุหรี่ร้อยละ 99.30

ตารางที่ 4-7 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	134	88.74
ระดับปานกลาง	13	8.61
ระดับน้อย	4	2.65

ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคในระดับค่อนข้างต่ำ ($R = -0.047, p = 0.567$) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคในระดับต่ำ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($R = -0.182, p = 0.025$)

เพื่อน, นายจ้างมีความสัมพันธ์ทางลบกับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคในระดับต่ำ ($R = -0.085, p = 0.306$) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เพื่อน, นายจ้าง มีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ระดับสหสัมพันธ์ในทิศทางลบ ระดับต่ำ ($R = -0.143, p = 0.083$) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($R = 0.232, p = 0.005$) ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวก ระดับต่ำ

ตารางที่ 4-8 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค

ตัวแปร	ครอบครัว	เพื่อน, นายจ้าง	เจ้าหน้าที่	การขาดยา
ครอบครัว	1	-0.044	0.232**	-0.047
เพื่อน, นายจ้าง		1	-0.143	-0.085
เจ้าหน้าที่			1	-0.182*
การขาดยา				1

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค พบว่า การมอบความห่วงใยในผู้ป่วยวัณโรค การให้คำแนะนำเมื่อต้องการ หรือถ้ารู้สึกผิดหวัง ซึมเศร้าครอบครัว พุดคุยได้ คอยกระตุ้นให้กินยาสม่ำเสมอ และให้ความช่วยเหลือด้านการเงินอยู่ในระดับมาก มีเพียงการให้การดูแลเอาใจใส่มากเกินไป อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรค 3 รายที่อยู่เพียงลำพัง ไม่มีครอบครัว ไม่มีคนดูแล แรงสนับสนุนจากเพื่อน, นายจ้าง ให้คำแนะนำเมื่อต้องการ ให้ความช่วยเหลือในการล้างานมาพบแพทย์ในระดับมาก มีเพียงการได้รับการสนับสนุนการเงินจากนายจ้างอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ในสถานโรคทรวงอกพบว่า การให้คำแนะนำการป้องกันโรค เรื่องอาหาร เรื่องยารักษาวัณโรค และการให้คำแนะนำเลิกบุหรี่อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4-9 จำนวนร้อยละแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในสถาบันโรคทรวงอก

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น			ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ ไม่เห็นด้วย		
ครอบครัว					
การมอบความห่วงใย	141 (97.24)	5 (3.45)	2 (1.38)	2.94	มาก
การให้คำแนะนำเมื่อต้องการ	124 (83.78)	21 (14.18)	3 (2.02)	2.82	มาก
ถ้ารู้สึกผิดหวัง ซึมเศร้า สามารถพูดคุยได้	70 (47.29)	68 (45.94)	10 (6.75)	2.41	มาก
ให้การดูแลเอาใจใส่มากเกินไป	32 (21.62)	73 (49.32)	43 (29.05)	2.07	ปานกลาง
คอยกระตุ้นให้กินยาสม่ำเสมอ	70 (47.29)	60 (40.54)	18 (12.16)	2.35	มาก
ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน	96 (64.86)	47 (31.75)	5 (3.37)	2.61	มาก
เพื่อน, นายจ้าง					
ให้คำแนะนำเมื่อต้องการ	98 (66.21)	38 (25.67)	12 (8.10)	2.58	มาก
ให้ความช่วยเหลือในการกลางานมาพบแพทย์	48 (32.43)	64 (43.24)	36 (24.32)	2.08	มาก
ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากนายจ้าง	27 (18.24)	57 (38.51)	64 (43.24)	1.75	ปานกลาง

ตารางที่ 4-9 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น			ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ ไม่เห็นด้วย		
เจ้าหน้าที่					
การให้คำแนะนำในเรื่องวัคซีนโรค	148 (98.01)	1 (0.70)	2 (1.32)	2.97	มาก
การให้คำแนะนำในเรื่องการป้องกันโรค	151 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00	มาก
การให้คำแนะนำในเรื่องอาหาร	149 (98.68)	1 (0.70)	1 (0.70)	2.98	มาก
การให้คำแนะนำเรื่องยารักษาวัณโรค	150 (99.30)	1 (0.70)	0 (0.00)	2.99	มาก
การให้คำแนะนำเรื่องการเลิกบุหรี่	150 (99.30)	1 (0.70)	0 (0.00)	2.99	มาก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยวันโรคเพศชายมีโอกาสดการขาดการรักษาต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยวันโรคเพศหญิง ร้อยละ 56.36 ผู้ป่วยวันโรคที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสดการรักษาดต่อเนื่องร้อยละ 29.09 มากกว่าผู้ป่วยอายุ 50-59 ปี และ ผู้ป่วยอายุ 40-49 ปี ผู้ป่วยสถานภาพโสด มีโอกาสดการรักษาดต่อเนื่องร้อยละ 34.55 มากกว่าสถานภาพคู่ ผู้ป่วย ระดับการศึกษามัธยมปลาย/ ปวส. มีโอกาสดการรักษาดต่อเนื่องร้อยละ 28.30 มากกว่า ระดับการศึกษาปริญญาตรี ผู้ป่วยอาชีพค้าขายมี โอกาสดการขาดการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 30.91 มากกว่าอาชีพรับราชการ ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาด้วยการชำระเงินเองมีโอกาสดการรักษาดต่อเนื่องร้อยละ 32.73 มากกว่าใช้บัตรทอง 30 บาท และการใช้สิทธิประกันสังคม

ผู้ป่วยมีระดับความรู้ปานกลางมีโอกาสดการรักษาดต่อเนื่องร้อยละ 43.64 มากกว่าผู้ป่วยระดับความรู้ดี ผู้ป่วยระดับความพึงพอใจการเข้ารับบริการปานกลางมีโอกาสดการรักษาดต่อเนื่องร้อยละ 98.18 มากกว่า ผู้ป่วยระดับความพึงพอใจมาก ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีโอกาสดการรักษาดต่อเนื่องร้อยละ 90.91 มากกว่า ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ-ปานกลาง

ตารางที่ 4-10 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยรักษาดต่อเนื่องและขาดการรักษาต่อเนื่อง

ตัวแปร	การรักษาวันโรคอย่างต่อเนื่อง				p-value
	ผู้ป่วยรักษาดต่อเนื่อง		ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.737
ชาย	51	53.13	31	56.36	
หญิง [§]	45	46.88	24	43.64	
อายุ					0.617
20-29 ปี	6	6.25	7	12.73	
30-39 ปี	13	13.54	7	12.73	
40-49 ปี	25	26.04	10	18.18	
50-59 ปี	25	26.04	15	27.27	
60 ปีขึ้นไป [§]	27	28.13	16	29.09	

ตารางที่ 4-10 (ต่อ)

ตัวแปร	การรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง				p-value
	ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง		ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพ					0.580
โสด	20	20.83	19	34.55	
แยกกันอยู่-หย่า	17	17.71	7	12.73	
หม้าย	17	17.71	11	20.00	
คู่ [§]	42	43.75	18	32.73	
ระดับการศึกษา					0.937
ไม่ได้เรียนหนังสือ	13	14.13	10	18.87	
ประถมศึกษา	28	30.43	12	22.64	
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	8.70	4	7.55	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส.	18	19.57	15	28.30	
ปริญญาตรี [§]	25	27.17	12	22.64	
อาชีพ					0.237
รับราชการ [§]	9	9.38	9	16.36	
เกษตรกรกรรม	20	20.83	13	23.64	
รับจ้าง	30	31.25	10	18.18	
ค้าขาย	30	31.25	17	30.91	
แม่บ้าน-ว่างงาน	7	7.29	6	10.91	
สิทธิ					0.374
ชำระเงินเอง [§]	33	34.38	18	32.73	
บัตรทอง30 บาท	25	26.04	16	29.09	
บัตรประกันสังคม	22	22.92	5	9.09	
บัตรข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	13	13.54	11	20.00	
บัตรผู้พิการ	3	3.12	5	9.09	

ตารางที่ 4-10 (ต่อ)

ตัวแปร	การรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง				p-value
	ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง		ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับความรู้					0.161
น้อย	33	34.38	16	29.09	
ปานกลาง	48	50.00	24	43.64	
ดี [§]	15	15.63	15	27.27	
ระดับความพึงพอใจของการเข้าถึงบริการ					0.423
ปานกลาง	90	93.75	54	98.18	
มาก [§]	6	6.25	1	1.82	
ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม					0.525
ต่ำ-ปานกลาง	12	12.50	5	9.09	
สูง [§]	84	87.50	50	90.91	

[§]กลุ่มอ้างอิง

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการขาดการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค พบว่า สถานภาพโสด (OR = 2.217, 90% Confidence Interval (CI) 1.099-4.471 มีความเสี่ยงมากกว่า สถานภาพคู่และอาชีพรับจ้าง (OR = 0.333, 90% Confidence Interval (CI) 0.125-0.889 มีความเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่องมากกว่าอาชีพรับราชการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4-11 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค

ตัวแปร	Crude OR	90%CI OR	p-value
เพศ			0.737
ชาย	1.141	0.651-1.995	
หญิง [§]	1	-	
อายุ			0.617
20-29 ปี	1.969	0.688-5.637	
30-39 ปี	0.909	0.359-2.302	
40-49 ปี	0.675	0.302- 1.510	
50-59 ปี	1.012	0.480-2.137	
60 ปีขึ้นไป [§]	1	-	
สถานภาพ			0.580
โสด	2.217	1.099-4.471*	
แยกกันอยู่-หย่า	0.961	0.402-2.298	
หม้าย	1.510	0.687-3.318	
คู่ [§]	1	-	
ระดับการศึกษา			0.937
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1.603	0.651-3.947	
ประถมศึกษา	0.893	0.397-2.007	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.042	0.326-3.327	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส.	1.736	0.768-3.923	
ปริญญาตรี [§]	1	-	
อาชีพ			0.237
รับราชการ [§]	1	-	
เกษตรกรกรรม	0.650	0.246-1.718	
รับจ้าง	0.333	0.125-0.889*	
ค้าขาย	0.567	0.225-1.425	
แม่บ้าน-ว่างงาน	0.857	0.258-2.844	

ตารางที่ 4-11 (ต่อ)

ตัวแปร	Crude OR	90%CI OR	p-value
สิทธิ			0.374
ชำระเงินเอง [§]	1	-	
บัตรทอง30 บาท	1.173	0.575- 2.396	
บัตรประกันสังคม	0.417	0.162-1.074	
บัตรข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1.551	0.677 -3.552	
บัตรผู้พิการ	3.056	0.837- 11.148	
ระยะเวลา (ชั่วโมง/ นาที)			0.577
ค่าเฉลี่ย ± ค่าความแปรปรวน	0.932	0.756-1.148	
ค่าน้อยที่สุด-ค่ามากที่สุด			
ค่าใช้จ่าย			0.224
ค่าเฉลี่ย ± ค่าความแปรปรวน	0.999	0.997-1.000	
ค่าน้อยที่สุด-ค่ามากที่สุด			
ระดับความรู้			0.161
น้อย	0.485	0.222-1.060	
ปานกลาง	0.500	0.241-1.035	
ดี [§]	1	-	
ระดับความพึงพอใจของการเข้าถึงบริการ			0.423
ปานกลาง	3.600	0.596- 21.758	
มาก [§]	1	-	
ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม			0.525
ต่ำ-ปานกลาง	0.700	0.278-1.763	
สูง [§]	1	-	

[§] กลุ่มอ้างอิง

* significant

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งนี้มี วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าถึงบริการสถาบันโรคทรวงอก ความรู้ความเข้าใจวัณโรคของผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรคเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงาน ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้การรักษาด้วยยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการศึกษาจำนวน 151 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และโปรแกรม STATA 10 ซึ่งจากการศึกษาสรุปได้ดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 เพศ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.3 และเพศหญิงร้อยละ 45.7
- 1.2 อายุ พบว่า อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 85 ปี อายุเฉลี่ย 50.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.20 โดยกระจายในอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 28.5 รองลงมาอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 26.5 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 23.2 อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 13.2 อายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 8.6
- 1.3 สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพคู่ร้อยละ 39.7 รองลงมา สถานภาพโสด ร้อยละ 25.8 สถานภาพหม้าย ร้อยละ 18.5 สถานภาพหย่าและแยกกันอยู่ร้อยละ 7.9
- 1.4 การศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีการศึกษาทั้งหมด 128 คน ร้อยละ 84.8 ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 28.5 รองลงมาจบประถมศึกษา ร้อยละ 26.5 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 21.9 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 15.2
- 1.5 อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างร้อยละ 26.5 เกษตรกรรมร้อยละ 21.9 รับราชการ ร้อยละ 11.9 และอื่น ๆ ร้อยละ 7.3

1.6 สิทธิที่ใช้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ใช้สิทธิชำระเงินเองร้อยละ 33.8 รองลงมาคือ สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 27.2 บัตรประกันสังคม ร้อยละ 17.9 บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 15.9 บัตรผู้พิการร้อยละ 5.1

1.7 ระยะเวลาในการเดินทางมา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง ในการมาสถาบันโรคทรวงอก ร้อยละ 56.3 รองลงมาใช้น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 22.5 และ 4 ชั่วโมงขึ้นไปร้อยละ 21.2

1.8 ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่าย 200-500 บาท ร้อยละ 76.2 รองลงมาคือ มีค่าใช้จ่ายมากกว่า 500 บาท ร้อยละ 20.5 น้อยกว่า 200 บาท ร้อยละ 3.3

1.9 โรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 67.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 32.5 ผู้ป่วยมารับยาปกติสม่ำเสมอ ร้อยละ 63.6 ผู้ป่วยมีประวัติเคยขาดยาร้อยละ 36.4

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

2.1 ผู้ป่วยที่เป็นเพศชายจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่องเป็น 1.141 เท่าของผู้ป่วยเพศหญิงที่ระดับความเชื่อมั่น 90% (OR = 1.141, 90% CI of OR: 0.651 – 1.995)

2.2 ผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่องเป็น 2.217 เท่าของผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสที่ระดับความเชื่อมั่น 90% (OR = 2.217, 90% CI of OR: 1.099-4.471)

2.3 ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส.จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่องเป็น 1.736 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีที่ระดับความเชื่อมั่น 90% (OR = 1.736, 90% CI of OR: 0.768-3.923)

2.4 ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรผู้พิการจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่องเป็น 3.056 เท่าของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิชำระเงินเอง ที่ระดับความเชื่อมั่น 90% (OR = 3.056, 90% CI of OR: 0.837-11.148)

2.5 ผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางมากกว่า 3 ชั่วโมงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่องเป็น 0.932 เท่าของผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางน้อยกว่า 3 ชั่วโมง ที่ระดับความเชื่อมั่น 90% (OR = 0.932, 90% CI of OR: 0.756-1.148)

2.7 ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้เรื่องวัณโรคระดับปานกลางจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่องเป็น 0.500 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับความรู้เรื่องวัณโรคระดับดี ที่ระดับความเชื่อมั่น 90% (OR = 0.500, 90% CI of OR: 0.241-1.035)

2.8 ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม ต่ำ-ปานกลางจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่องเป็น 0.700 เท่าของผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ที่ระดับความเชื่อมั่น 90% (OR = 0.700, 90% CI of OR: 0.278-1.763)

เมื่อพิจารณา ปัจจัยเสี่ยงระหว่างการรักษาวินโรคของผู้ป่วยวินโรคปอดด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร (Multivariate logistic regression) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า อาชีพรับจ้างมีความเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่อง (OR = 0.333, 90% CI of OR: 0.125-0.889) น้อยกว่าอาชีพรับราชการ สถานภาพโสด มีความเสี่ยงต่อการขาดยาต่อเนื่องมากกว่า สถานภาพสมรส (OR = 2.217, 90% CI of OR: 1.099-4.471)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาวินโรคอย่างต่อเนื่อง ในสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

1. เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.3 สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยทั่วไปที่พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ที่ขาดการรักษามากกว่า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.737 สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา ชีวะกุล (2556) ที่ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาวินโรคในผู้ป่วยวินโรครายใหม่ เสมหะบวก เช่นเดียวกับ วิชชุดา เทียนเจษฎา (2555) พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยหนึ่งของการขาดการรักษา สอดคล้องกับ Qing Zang et al. (2011) จันทภา สระกบแก้ว (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยารักษาวินโรคในผู้ป่วยวินโรค กรณีศึกษา ซึ่งแตกต่างกับ กรรณิการ์ ทานะพันธ์ (2556) ที่พบว่า ความล่าช้าในการรักษาวินโรคเกิดจากบุคคลเพศหญิงและระบบบริการสาธารณสุขภาพของรัฐ

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 29.09 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.617 ซึ่งสอดคล้องกับผลการรักษาของพิชญา สีตผล (2554)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการผิคน้ดรับยา สำหรับผู้สูงอายุวินโรคปอดในโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์เช่นเดียวกับ I Mad Cherkaoui I et al. (2014) ที่พบว่า ความเสี่ยงของการขาดการรักษาในโมร็อกโกมีผลเสมหะบวก ผู้ป่วยวินโรคอายุมากกว่า 50 ปี และ โกลินทร์ หลวงละ (2550) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตระหว่างการรักษาตามนิยามของ กระทรวงสาธารณสุข เมื่ออายุเริ่มการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี ปัจจัยด้านอายุไม่มี ความสัมพันธ์กับการรักษา อย่างต่อเนื่องเป็นเพราะสถาบันโรคทรวงอกเป็นสถาบันเฉพาะทางด้าน หัวใจและทรวงอก จึงเป็นความเชื่อมั่นของผู้ป่วยเมื่อเป็นวินโรคต้องมารักษาที่สถาบันโรคทรวงอก จึงมีผู้ป่วย ที่อยู่ต่างจังหวัด เดินทางเข้มารักษาวินโรคปอด

3. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่สถานภาพโสดร้อยละ 34.5 มีความสัมพันธ์ทางนัยสำคัญทางสถิติ (90% CI of OR: 1.099-4.471) มีความเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่อง 2.217 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพสมรส สอดคล้องกับพุทธิไกร ประมวล (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคสถานภาพโสดมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะบวกเป็นเสมหะลบเมื่อ สิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ สอดคล้องกับ ศิรินทรา รอมลี (2553) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ต่อการให้บริการคลินิกนอกเวลา มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลไม่ต่างกับคุณภาพการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ระดับการศึกษา พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป มีการขาดการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 27.3 สอดคล้องกับนภคด พิมพ์จันทร์ (2555) พบว่า ระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า มีผลกับการรักษาวัณโรคไม่สำเร็จ แต่ไม่สอดคล้องกับ Qing et al. (2014) ที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีโอกาสขาดยาได้มาก และ Wang et al. (2017) พบว่า ผลลัพธ์ในการรักษาซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในประเทศจีน การรักษาล้มเหลวเกี่ยวข้องกับ การดื้อยา และระดับการศึกษาต่ำ

5. อาชีพ จากกลุ่มตัวอย่าง อาชีพรับจ้าง มีความสัมพันธ์ทางสถิติ (0.125-0.889) มีความเสี่ยงต่อการขาดการรักษาต่อเนื่อง 0.333 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับ อูมาวัลย์ จ้านสกุล (2553) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคในแรงงานต่างด้าว มีโอกาสขาดยาในจังหวัดระนอง และสุทธินา สมณา (2551) พบความแตกต่างของลักษณะผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ว่าลักษณะการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์ต่อการกระจายตัวของวัณโรคในจังหวัดเชียงใหม่ และมีอิทธิพลต่อการอุบัติซ้ำของวัณโรค เช่นเดียวกับ โกสินทร์ หลวงละ (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตระหว่างการรักษามีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้าง ซึ่งมีผลในการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตระหว่างผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยที่เกิดโรครีกลับ ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานควบคุมโรคเขต 10

6. ด้านสิทธิการรักษาที่มารับบริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ชำระเงินเองร้อยละ 32.7 ไม่มีความสัมพันธ์ทางนัยสำคัญทางสถิติ 0.088 สอดคล้องกับกฤษณา ชีวะกุล (2556) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่รักษาโดยใช้สิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลมีอัตราความสำเร็จในการรักษา

7. ระยะเวลาการเดินทาง จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมงในการเดินทางมาสถาบันโรคทรวงอก สอดคล้องกับชญพร ปานสุวรรณ (2556) พุทธิไกร ประมวล (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะบวกเป็นเสมหะลบในผู้ป่วยรายใหม่ในจังหวัดศรีสะเกษ ใช้เวลาในการเดินทางมารับการรักษามากกว่า 30 นาที มีโอกาสขาดการรักษา และแสวงหาการรักษาที่อื่นด้วย แต่ไม่สอดคล้องกับ กัมปนาท ฉายชูวงษ์ (2552) ที่พบว่า ในการ

รักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะไม่พบเชื้อ มีความสัมพันธ์ล่าช้าในการรักษาวัณโรคของระบบสุขภาพรัฐ

8. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ค่าใช้จ่าย 200-500 บาท ชั่วโมงในการเดินทางมารับบริการที่สถาบันโรคทรวงอกซึ่งสอดคล้องกับ รณยศ สุวรรณกัญญา (2556) ที่พบว่า วิธีในการเดินทางมา ร่วมกับค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาเป็นข้อมูลในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

9. ด้านความรู้เรื่องวัณโรค ระดับความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับ บุญยดา สีนสุนทร (2554) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในชุมชน จังหวัดสกลนคร ซึ่งพบว่า ระดับความรู้ที่น้อยที่มีความสัมพันธ์ทางนัยสำคัญทางสถิติ 0.015 วิภาพร แทนคำ (2553) พบว่า การรับรู้วัณโรค โดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันวัณโรค และการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีเพียงพฤติกรรมป้องกันวัณโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการติดต่อวัณโรค

10. ผู้ป่วยระดับความพึงพอใจการเข้ารับบริการปานกลางมีโอกาสขาดการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 98.2 มากกว่า ผู้ป่วยระดับความพึงพอใจมาก สอดคล้องกับ รณยศ สุวรรณกัญญา (2556) พบว่า การไม่เข้ารับการรักษาวัณโรคกับแพทย์ในครั้งแรกและแสวงหาการรักษาจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่า 5 ครั้ง และกรณีกา ทานะจันทร์ (2556) พบว่า ความล่าช้ามาจากระบบบริการของรัฐได้แก่ การวินิจฉัยเป็นโรคอื่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการเอกซเรย์ปอด

11. กลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับดีมีโอกาสขาดการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 56.4 มากกว่า ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางไม่มีความสัมพันธ์ทางนัยสำคัญทางสถิติ 0.612 สอดคล้องกับจันทภา สระกบแก้ว (2552) และเกศินี ชาลีพร (2556) ได้วิเคราะห์ปัจจัยพฤติกรรมที่มีผลการรักษาวัณโรคในปอดนั้นสัมพันธ์กับบุคคลที่ไว้วางใจได้ สามารถปรึกษาพูดคุยได้ทุกเรื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะและนำผลการศึกษาไปใช้

1. การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้เกี่ยวข้องควรดูแลผู้ป่วยที่สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปหรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเช่นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคเมเร็ง การให้กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และใช้หลักมนุษยวิทยาการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีความท้อแท้ใจ จากสภาวะโรคแทรกซ้อนที่เป็นอยู่

2. การบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนประวัติของผู้ป่วยวัณโรค ควรมีการตรวจสอบที่อยู่ปัจจุบันหรือเบอร์โทรศัพท์ว่าใช่หรือไม่ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและสามารถติดตามผู้ป่วยวัณโรคได้จริง โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

3. ควรเพิ่มช่องทางการติดตามผู้ป่วย เช่น Application Line หรือ Face Time เพื่อช่วยติดตามการรับประทานยาวัณโรค และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคสูงอายุที่อยู่บ้านเพียงคนเดียวหรือ อยู่ลำพัง 2 คน

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค ตามนิยามที่กำหนดให้ นับรวมผู้ที่กำลังรักษาและเคยขาดยา เพื่อเป็นการหาคำตอบที่แท้จริงของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ผ่านมา ว่าการบริการรวมทั้งผลลัพธ์ในขณะรักษาวัณโรคนั้นเป็นอย่างไร เพื่อไม่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของตัวเองแล้วตัดสินใจผู้ป่วยผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติการขาดยาว่าไม่สนใจรักษา ไม่ให้ความร่วมมือ ทั้ง ๆ ที่ความจริงแล้วผู้ป่วยขาดการสนับสนุน ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ถูกจำกัด ขาดความเข้าใจ ขาดคนดูแล หรือการมาพบแพทย์ได้ไม่ต่อเนื่องเพราะติดนัดกับที่โรงพยาบาลที่รักษาโรคประจำตัว สิ่งเหล่านี้ต้องคำนึงถึงด้วย เพื่อไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและส่งผลกระทบต่อวางแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติขาดยามากกว่า 2 ครั้ง อันเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่อยากกลับมารักษาซึ่งส่งผลการรักษาหายของประเทศไทยต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายขององค์การอนามัยโลกได้

ข้อเสนอแนะและการศึกษารั้งต่อไป

ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นเพื่อความเชื่อถือการศึกษาและเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ และควรทำการศึกษาก่อนปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาวัณโรคของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ และกลุ่มที่ต้องมีคนดูแลใกล้ชิดร่วมด้วย เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดยาและแพ้ยาวัณโรคได้มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ สมวรรณ. (2556). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด วัณโรคปอดในประชาชนที่เข้ารับการรักษา ตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาลพะเยา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยพะเยา.
- กรรณิกา ทานะจันทร์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด เสมหะพบเชื้อรายใหม่ในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 6(3).
- กรรณิการัตน์ ตฤณวุฒิพงษ์และคณะ. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดวัณโรคคือยาหลายขนาน (Multidrug-Resistant Tuberculosis; MDR-TB) ในผู้ป่วยวัณโรคปอด: การวิเคราะห์ เมตา. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณา ชีวะกุล และคณะ. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ เสมหะบวกสถาบันโรคทรวงอกปีงบประมาณ 2554-2556. วารสารสถาบันโรคทรวงอก, 13(1).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์.
- เกสสินี ชาลีพร. (2556). การวิเคราะห์พฤติกรรมที่มีผลต่อการรักษาวัณโรคปอดโดยใช้เทคนิคการทำเหมืองข้อมูล: กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองสกลนคร. การศึกษาอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2549). การประกาศยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคของประเทศไทย. วาระการประชุมกรมควบคุมโรค ประจำเดือน เมษายน 2549.
- โกสินทร์ หลวงละ. (2550). การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดใหม่และเกิดโรคกลับ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทภา สระกบแก้ว. (2552). พฤติกรรมการรับประทานยารักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรค กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉายา อินทร์รักษ์. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- คฤทัย บุญชูและคณะ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาระในการดูแล
แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(2).
- ดิเรก ลิ้มมธุรสกุล. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA 10. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทพนิมิต จูแดง. (2557). สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยในยุคปัจจุบัน. *จุลสารชมรมควบคุม
โรคติดต่อในโรงพยาบาล แห่งประเทศไทย*, 24(1).
- ธัญญ์ณลินี วรอาทิตย์พัฒน์. (2554). ผลของการใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซีต่อความรู้และ
ประสิทธิภาพใน การคัดกรองวัณโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ.
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธัญธร ธรรมรักษ์. (2542). ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
พระนั่งเกล้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข.
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภดล พิมพ์จันทร์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการรักษาวัณโรคไม่สำเร็จและอัตราการ
รอดชีพในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคใน จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎี
บัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นันทกัก ชนะพันธ์และคณะ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จัก
ตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิง โรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาล*,
28(2).
- นิกร สะเจริญ. (2554). ความไม่เป็นธรรมทางชาติพันธุ์ในระบบทุนนิยม กับประสบการณ์ความ
เจ็บป่วยเป็นวัณโรคในแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร.
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บดินทร์ บุญจันทร์. (2553). ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในจังหวัดอำนาจเจริญ.
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย
ราชภัฏอุบลราชธานี.
- บรรจง จาดบุญนาถ. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา
รักษาวัณโรคของผู้ป่วยสูงอายุวัณโรคปอด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม.
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(1).

- บรรยงค์ โตจินดา. (2543). *องค์การและการจัดการ*. กรุงเทพฯ: รวมสาส์น.
- บุญยดา สิ้นสุนทร. (2554). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายกรณีในชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. *วารสารควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*.
- ปนัดดา มะยมหิน. (2551). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายแล้วกลับมาเป็นซ้ำ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประยูร แก้วคำแสน, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ. (2556). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 6(2).
- ปิ่นแก้ว ศิริวรรณดี. (2548). *ความคาดหวังของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการของสำนักงานประชาสัมพันธ์*. การศึกษาปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปิยวรรณ สิงห์คำป่อง. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 4(1).
- ปิยวัฒน์ ประสารสืบ. (2552). *ผลการจัดกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและโรงพยาบาลค้อวัง จังหวัดยโสธร*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ผกาพันธุ์ เปี่ยมกล้า. (2554). ผลการค้นหาเด็กที่สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ใหญ่วัณโรคปอด ที่สมหะพบเชื้อในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง ราชบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*.
- พรวิไล อักษร. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการรักษาวัณโรคปอดในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารควบคุมโรค*, 3(4).
- พนิดา ว่าพัฒน์วงศ์, ชมพูนุช สุภาพวานิช, อรรณพ สนธิไชย. (2560). พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส. *วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์*, 9(1).
- พัฒนโชค โชคสวัสดิ์ และพรนภา สุกรเวทย์ศิริ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารควบคุมโรค 6 ขอนแก่น*, 18(1).

- พิชญา สีลาผล. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการผิคน้ดรับยาสำหรับ ผู้สูงอายุวัย โรคปอดใน โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิพัฒน์ ถักมิมจิรัตกุล. (2546). กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตัวอย่างงานวิจัยเน้นด้าน โรคติดเชื้อ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- พุทธิไกร ประมวล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะขาวเป็นเสมหะหลบเมื่อ สิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยวัย โรคปอดเสมหะขาวกรายใหม่ ในจังหวัด ศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มะลิณี บุตรโท. (2556). การป้องกันวัณ โรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณ โรคปอดเสมหะพบ เชื้อที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณ โรค อำเภอประ โคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รณยศ สุวรรณกัญญา. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าที่เกิดจากผู้ป่วยในการรักษา ผู้ป่วยวัณ โรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย สาธาณสุขศาสตร์, 24(1).
- รุ่งเรือง ปิ่นราช. (2552). การประยุกต์กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแล ผู้ป่วยทำเบาหวาน เพื่อป้องกันการถูกตัดขา. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วรรณภา บัวแต่ง. (2546). ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อการรับบริการทางการแพทย์ในหน่วย ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ รัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี. สารนิพนธ์การศึกษา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาธุรกิจการศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิษชุดา เทียนแจษฎา. (2555). การจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวัณ โรค ณ โรงพยาบาลบ้านกรวด. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิภาพร แทนคำ. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมป้องกัน โรคกับการ ติดต่อโรคของครอบครัวผู้ป่วยวัณ โรคปอด จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศิริลักษณ์ ธรรมมา. (2552). การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประโยชน์เพื่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุตำบลผาตั้ง อำเภอสังคมจังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิรินทรา รอมลื. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัว จังหวัดสมุทรปราการ. ม.ป.ท.
- สำเนียง อรรถาเวช, สมบูรณ์ นิคมประศาสน์ และนุชบา อินทวง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับผลตรวจของผู้ป่วยที่ทำหัตถการดูดไขมันเฉพาะปอด ผ่านผนังทรวงอกโดยใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์นำทาง. วารสารสถาบันโรคทรวงอก, 12(2).
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ดำรวจักขึ้นและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2554. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ (สำนักกิจการ โรงพิมพ์).
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟ ฟิลแอนดีดีไซน์.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มืออบรมแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปอดสำหรับคลินิกวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค.
- เสาวนิจ นิจอันทชัย. (2553). การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารกองการพยาบาล, 37(2).
- สุทธิยา สมณา. (2551). การอุบัติซ้ำของวัณโรคในจังหวัดเชียงใหม่ การวิเคราะห์เชิงภูมิศาสตร์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาภูมิศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพิน คำโต. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อัญชญา พวงจิต. (2553). *ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์ การควบคุมการบริโภคอาหาร ที่มีต่อพฤติกรรม การบริโภคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในจังหวัดสามเหลี่ยมอันดามัน*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- อุมาวัลย์ จ้านสกุล. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบสังเกตโดยตรงของผู้ป่วยวัณโรคในแรงงานต่างด้าว จังหวัดระนอง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 4(2).
- Cherkaoui, L. et al. (2014). *Treatment default amongst patients with tuberculosis in Urban Morocco: Predicting and explaining default and post-default sputum smear and drug susceptibility results*. PLoS ONE.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Gee, H. M. et al. (2017). Social and clinical characteristics of immigrants with tuberculosis in South Korea. *Yonsei Med Journal*, 58(3), 592-597.
- Gronroos. (1990). *Service management and marketing: managing the moments of trust in service competition*. Lexington, MA.: Lexington Books.
- Heizer & Render. (1999). *Principles of operation management*. New York: Prentice Hall Inc.
- Kahn, R. L. (n.d.). Aging and social support. In *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives*. Colorado: Westview press.
- Kotler, P. (2000). *Marketing management*. New York: The Millennium Edition. Prentice Hall Inc.
- O'Connor, S. et al. (2016). *Barriers and facilitators to patient and public engagement and recruitment to digital health interventions: protocol of a systematic review of qualitative studies*. BMJ Open.
- Parasuraman, A., Zethamal, V. A., & Berry, L. L. (1990). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 46Z(6), 41-50.
- Penchansky & Thomas. (1981). *The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction*. Medical Care.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. USA: Appleton and Lange.
- Qing, Z. et al. (2014). *Determinants of default from pulmonary tuberculosis treatment in Kuwait*, Hindawi Publishing Corporation. The Scientific World Journal.

- Samra, S. R. et al. (2014). Tuberculosis chemoprophylaxis in rheumatoid arthritic patients receiving tumor Necrosis factor inhibitors or convention therapy, Egypt. *Chest. Tuberc.*
- Schiffman & Kanuk. (2000). *Customer behavior-Psychology aspects*. New Jersey: Prentice Hall.
- Shobita Rajagopalan. (2016). Tuberculosis in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine a Los Angeles County Department of Public Health*, 32(3), 479-491.
- The STOP TB strategy. (2006). *Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millenium Development Goals*. WHO/HTM/TB
- Thoit, P. A. (1982). Conceptual methodological and the oretical problem in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health Social Behavior*, 23, 145-159.
- Wali, A. et al. (2017). Pre-treatment loss to follow-up among smear-positive TB patients in tertiary hospitals. *Quetta, Pakistan. Public Health Action*, 7(1), 21-25.
- Wang, X. M. et al. (2017). Risk factors for the treatment outcome of retreated pulmonary tuberculosis patients in China: an optimized prediction model. *Epidemiology Infection*, 145(9), 1805-1814.
- WHO. (2013). Countdown to 2015. Global Tuberculosis Report 2013 Supplement 28-31.
- Wienert, C. A. (1987). Social support measure. *PRQ 85 nursing research*, 36, 273-275.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ชื่อ-สกุล นพ.เจริญ ชูโชติถาวร ตำแหน่งทางวิชาการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
สถานที่ทำงาน สถาบันโรคทรวงอก
2. ชื่อ-สกุล พญ.สตรีรัตน์ จันทรุฑ ตำแหน่งทางวิชาการ นายแพทย์ชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สถาบันโรคทรวงอก
3. ชื่อ-สกุล นางสาวกฤษณา ชีวะกุล ตำแหน่งทางวิชาการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สถาบันโรคทรวงอก

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

งานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำชี้แจง

แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน จำนวน 7 หน้า ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค	จำนวน 25 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการในสถาบันโรคทรวงอก	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 14 ข้อ

ผู้วิจัยขอความกรุณาให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ตามความเป็นจริง และขอรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ โดยไม่ต้องเขียนชื่อและที่อยู่ ซึ่งข้อมูลที่ท่านได้ให้กับผู้วิจัยจะได้ นำไปใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ในภาพรวมของโครงการเท่านั้น ขอให้ท่านตอบให้ครบทุกข้อ ตามประเด็นนั้น ๆ เนื่องจากหากไม่ตอบทุกข้อคำถาม จะไม่สามารถนำคำตอบไปวิเคราะห์ผลการศึกษาในภาพรวมได้

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

นางสาวรติพร คล้ายสุบรรณ

นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร. 08-9122-5792

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ หรือเติมคำ ลงในช่องว่างในข้อที่เป็นคำตอบของท่านมากที่สุด

1. เพศ

1. ชาย
 2. หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

1. โสด
 2. คู่
 3. หย่า
 4. หม้าย
 5. แยกกันอยู่
 6. อื่น ๆ

4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
 5. ปวส./อนุปริญญา
 6.ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี
 8. อื่น ๆ

5. อาชีพ

1. เกษตรกรรม
 2. รับจ้าง
 3. ค้าขาย
 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 5. นักเรียน/นักศึกษา
 6. อื่น ๆ

6. สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลครั้งนี้

- 1. ชำระเงินเอง
- 2. บัตรทอง 30 บาท
- 3. บัตรประกันสังคม
- 4. บัตรข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
- 5. บัตรผู้พิการ
- 6. อื่น ๆ

7. ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ชั่วโมง/ นาที

8. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลบาท/ ครั้ง

สัมภาษณ์โดยเจ้าหน้าที่

แบบสอบถามการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยวัณโรค ในสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

ให้ใส่หมายเลข 1, 2, 3, 4, 5 ลงไปในช่อง ตามความคิดเห็นของท่าน

1 ควรปรับปรุงเร่งด่วน

2 ควรปรับปรุง

3 ปานกลาง

4 ดี

5 ดีมาก

ขั้นตอนการให้บริการ	สภาพแวดล้อม	การจัดลำดับคิว	การให้คำแนะนำ	เสียงรบกวน	ความยุ่งยาก
1. การซักประวัติ	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. การ X-ray	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
3. การส่งเสมหะ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4. การคัดกรองอาการ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5. การพบแพทย์	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
6. การเจาะเลือด	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
7. การเข้ากลุ่ม	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8. การรอรับยา	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

ตอบตามความคิดเห็นของท่าน ตามสิทธิที่ได้ในการมารับบริการในสถาบันโรคทรวงอก

มากที่สุด หมายถึง ในการมารับบริการตามสิทธิมีความพอใจมากที่สุด

มาก หมายถึง ในการมารับบริการตามสิทธิมีความพอใจมาก

ปานกลาง หมายถึง ในการมารับบริการตามสิทธิมีความพอใจปานกลาง

น้อย หมายถึง ในการมารับบริการตามสิทธิมีความพอใจน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ในการมารับบริการตามสิทธิมีความพึงพอใจน้อยที่สุด

สิทธิการรักษา	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ชำระเงินเอง					
1.1 คุณภาพยาที่ให้ผู้ป่วยวินิจฉัยโรค					
1.2 คุณภาพการบริการที่ได้จากเจ้าหน้าที่					
2. บัตรทอง 30 บาท					
2.1 คุณภาพยาที่ให้ผู้ป่วยวินิจฉัยโรค					
2.2 คุณภาพการบริการที่ได้จากเจ้าหน้าที่					
3. บัตรประกันสังคม					
3.1 คุณภาพยาที่ให้ผู้ป่วยวินิจฉัยโรค					
3.2 คุณภาพการบริการที่ได้จากเจ้าหน้าที่					
4. บัตรข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ					
4.1 คุณภาพยาที่ให้ผู้ป่วยวินิจฉัยโรค					
4.2 คุณภาพการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่					
5. บัตรผู้พิการ					
5.1 คุณภาพยาที่ให้ผู้ป่วยวินิจฉัยโรค					
5.2 คุณภาพการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่					

หมายเหตุ ตอบตามสิทธิการรักษาได้แค่ 2 ข้อต่อ 1 case

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรค สถาบันโรคทรวงอก
ตอบตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

แรงสนับสนุนทางสังคม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นใจ	ไม่เห็น ด้วย	ด้วยอย่าง น้อย
1. ครอบครัว					
1.1 มอบความห่วงใย					
1.2 ให้คำแนะนำเมื่อต้องการ					
1.3 ถ้ารู้สึกผิดหวัง ซึมเศร้า สามารถพูดคุยได้					
1.4 ให้การดูแลเอาใจใส่มากเกินไป					
1.5 คอยกระตุ้นให้กินยาสม่ำเสมอ					
1.6 ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน					
2. เพื่อน นายจ้าง					
2.1 ให้คำแนะนำเมื่อต้องการ					
2.2 ให้ความช่วยเหลือในการลางานมาพบแพทย์					
2.3 ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากนายจ้าง					
3. เจ้าหน้าที่					
3.1 การให้คำแนะนำในเรื่องโรควัณโรค					
3.2 การให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันวัณโรค					
3.3 การให้คำแนะนำเรื่องอาหาร					
3.4 การให้คำแนะนำเรื่องการรักษาวัณโรค					
3.5 การให้คำแนะนำเรื่องการเลิกบุหรี่					

กรณีอยู่คนเดียว ให้ข้ามข้อ 1 และ 2

แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อ	ความรู้เรื่องวัณโรค	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1	สาเหตุของวัณโรควัณโรคปอด			
	1.1 เชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง			
	1.2 การสูบบุหรี่			
	1.3 ภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ			
2	วัณโรคเป็นที่ปอดเท่านั้น จึงเรียกว่าวัณโรคปอด			
3	วัณโรคเป็นได้ทุกส่วนของอวัยวะทั่วร่างกาย			
4	วัณโรคติดต่อไปยังคนใกล้ชิดได้			
5	การแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคคล้ายกับไข้หวัด			
6	อาการของวัณโรคคือ			
	6.1 มีไข้วันเว้นวัน			
	6.1 เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย			
	6.2 ไอเรื้อรัง เจ็บหน้าอก			
7	คนที่เป็นวัณโรคปอดแล้ว ไอเป็นเลือด รักษาไม่หาย			
8	ผู้ที่มีโรคประจำตัวเช่นเบาหวาน หรือโรคไต มีโอกาสติดเชื้อมวัณโรคง่าย			
9	ยาที่ใช้รักษาวัณโรค มีอาการไม่พึงประสงค์ดังนี้			
	9.1 ชาปลายมือ ปลายเท้า			
	9.2 กล้ามเนื้ออ่อนแรง			
	9.3 คลื่นไส้และอาเจียน			
	9.4 พืชต่อตับ			
	9.5 ปวดข้อ			
	9.6 รบกวนการทำงานของไต			
	9.7 การได้ยินลดลง			

ข้อ	ความรู้เรื่องวัณโรค	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
10	ข้อปฏิบัติในการรักษาวัณโรค			
	10.1 การทิ้งเสมหะ ที่ผิดวิธีคือการทิ้งในถังขยะทั่วไป หรือตามพื้นดิน			
	10.2 ขณะรักษาวัณโรคควรหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับเด็กเล็ก			
	10.3 การนอนในห้องปรับอากาศ			
	10.4 การจัดสภาพแวดล้อมให้อากาศถ่ายเท			
	10.5 การกินยารักษาวัณโรคควรกินตอน ก่อนนอนทุกวัน			
	10.6 การหยุดยาเองอาจทำให้เชื้อวัณโรค แพร่กระจายได้มากขึ้น			