

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราของผู้ป่วยโรคปอดในชุมชน

กัทธ ดานา, ป.ร.ด. ; นิสกร วิบูลชัย, Ph.D.*;

มฤดี แสนจันทร์, พย.ม.¹; บรรจง จาคนูญาค, พย.ม.;

วันสุ ทวีคณะโชติ โพรทิพณ์, พย.บ.³; จริญญา จุฬาริ, พ.บ.

(วันที่ส่งบทความ: 1 มิถุนายน 2566; วันที่แก้ไข: 29 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 30 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การติตราในผู้ป่วยวัณโรคปอดถือเป็นปัจจัยสำคัญที่กระทบต่อการตรวจวินิจฉัย การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยและการหายจากการติดเชื้อวัณโรค การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนที่ผ่านการรักษาในระยะเข้มข้นแล้ว และอาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 26 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล ปัจจัยด้านคลินิกและจิตสังคมและแบบวัดการรับรู้ว่าคุณเองถูกติตราของผู้ที่เป็นวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square, Odds ratio และ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่าความชุกของการรับรู้การติตราในผู้ป่วยวัณโรคปอด ระดับสูงร้อยละ 53.8 (95%CI, 3.48-7.21) และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราในผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน คือ ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ($aOR=2.41$; 95% CI: 1.27, 3.06) มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ($aOR=1.22$; 95% CI: 1.01, 2.05) ความเครียดในระดับสูง ($aOR=1.12$; 95% CI: 1.04, 2.17) และใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด ($aOR=1.45$; 95% CI: 1.06, 3.18) ดังนั้นควรนำปัจจัยเหล่านี้เป็นข้อมูลสำหรับการจัดการดูแลและกำหนดมาตรการในการลดติตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

คำสำคัญ: การรับรู้การติตรา, ผู้ป่วย, วัณโรคปอด, ชุมชน

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลมหาสารคาม

⁴ นายแพทย์เชี่ยวชาญ, โรงพยาบาลมหาสารคาม

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นิสกร วิบูลชัย, อีเมล: nisakorn@knc.ac.th

Factors Related to Perceived Stigma among Patients with Pulmonary Tuberculosis in the Community

Kamthorn Dana, Ph.D.¹ ; Nisakorn Vibulchai, Ph.D.^{2};*

Monrueedee Sanchan, MN.S.¹; Bunjong Jadboonnak, MN.S.³;

Wansu Taweeakanachotepothiporn, BN.S.³; Charanya Churari, M.D.⁴

(Received: June 1st, 2023; Revised: August 29th, 2023; Accepted: August 30th, 2023)

Abstract

Stigma in pulmonary tuberculosis is an important factor affecting the diagnosis, compliance with treatment plans, and recovery from tuberculosis infection. This cross-sectional analytical study aimed to assess the prevalence of, and factors related to perceived stigma among patients with pulmonary tuberculosis living in the community. The participants were purposively selected from 26 pulmonary tuberculosis patients who were not in the active phase of the disease and resided in the area of the Mueang district of Mahasarakham province. Data was collected using a questionnaire about their general characteristics, clinical and psychosocial factors and the Internalized Stigma of Tuberculosis Scale, Thai Version [IS-T-Thai]. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, Odds ratios, and multiple logistic regressions. The results of the study revealed that the prevalence of perceived stigma was at 53.8%. The factors related to perceived stigma among pulmonary tuberculosis patients were: constant lack of family caregivers (aOR = 2.41; 95% CI: 1.27, 3.06), low body mass index (aOR = 1.22; 95% CI: 1.01, 2.05), high levels of stress (aOR = 1.12; 95% CI: 1.04, 2.17), and alcohol and drug use (aOR = 1.45; 95% CI: 1.06, 3.18). Therefore, these factors should be used as information for the implementation of nursing care and interventions and measures to reduce the stigma of pulmonary tuberculosis patients in the community.

Keyword: perceived stigma, patients, pulmonary tuberculosis, community

¹ Lecturer, Srimaharakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ Registered Nurse, Mahasarakham Hospital

⁴ Medical Doctor (Expert Level), Mahasarakham Hospital

* Corresponding author: Nisakorn Vibulchai, E-mail: nisakorn@knc.ac.th

บทนำ

วันโรคเป็นโรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สูงสุดอันดับสองรองจากการเสียชีวิตจากการโรคติดเชื้อโควิด ถึงแม้จะมีวิธีการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ดีแล้วก็ตาม แต่ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญ ที่ผ่านมามีทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อวันโรคประมาณ 10.6 ล้านคน ในปี 2564 และพบว่ากว่า 95% ของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (World Health Organization [WHO], 2023) และในประเทศไทยเองก็ถือว่าเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการระบาดของวันโรคอย่างต่อเนื่องเช่นกัน (WHO, 2019) องค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวันโรคเป็นเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยกำหนดเป้าหมายลดอัตราป่วยวันโรครายใหม่ให้เหลือ 20 และ 10 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2573 และ พ.ศ. 2578 ตามลำดับ และสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาวันโรคในปัจจุบันยังไม่บรรลุผลสำเร็จคือการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

การตีตรา (Stigmatization) เป็นกระบวนการทางสังคมหรือทัศนคติเชิงสังคมที่ลดคุณค่าของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งมักจะเชื่อมโยงกับสิ่งต่างๆด้านลบเกิดการแยก และลดสถานภาพของบุคคลนั้นลง ทำให้เกิดการด้อยค่าของกลุ่มคนดังกล่าวในสายตาของสังคม ซึ่งไม่สอดคล้องกับบรรทัดฐานและความคาดหวังของสังคม (Motlova, et al., 2010) โดยทั่วไปมักพบในกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable population) เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus [HIV])/เอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome [AIDS]) วันโรค ผู้ที่ภาวะเจ็บป่วยทางจิต ผู้ที่มีภาวะพิการทุพพลภาพและมีประวัติเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด เป็นต้น แนวคิดเกี่ยวกับการตีตราเป็นความเชื่อและทัศนคติแบบผิดๆ ที่ได้มีการหยั่งรากลึกอยู่ทั้งในระดับของบุคคลรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม บุคคลที่อยู่ในข่ายของการถูกตีตรามักจะถูกแบ่งแยกและกีดกันในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม นอกจากนี้ยังถือได้ว่าการรับรู้ที่ตนเองถูกตีตราเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ขัดขวางการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม (Motlova, et al., 2010) การตีตราของสังคมที่มีต่อบุคคลส่งผลให้บั่นทอนความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ก่อให้เกิดการรับรู้และตระหนักถึงการถูกปฏิเสธ รวมไปถึงส่งผลกระทบต่อสถานภาพและเครือข่ายต่าง ๆ ทางสังคมของบุคคล (Fung, et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่ระบุว่า การวิตกกังวลล่วงหน้าว่าจะถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติจากสังคมหาว่าตนเองป่วยเป็นวันโรค เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้พวกเขาไม่ไปรับบริการที่สถานพยาบาล การตีตราที่เกี่ยวข้องกับโรคมักส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการวินิจฉัยและการรักษาโรคนั้นๆ การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยวันโรคปอด การมีพฤติกรรม การแสวงหาการรักษาที่ไม่เหมาะสม และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา ถือเป็นความท้าทายที่สำคัญโดยตรงต่อการควบคุมวันโรคโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อย (Deribew, et al., 2010; Tadesse, 2016) การตีตราถือเป็นประเด็นที่เป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงระบบการรักษาและส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยวันโรค ความรู้สึกเป็นดรามานี้อาจทำให้ผู้ป่วยมักปิดบังข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคของตนเองกับคนรอบข้าง

และผู้ป่วยอาจแยกตัวเองออกจากสังคมได้ (Lee, et al., 2017; Moya, et al., 2015) และมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการวินิจฉัยโรค ความสม่ำเสมอของการรับการรักษา และการหายจากโรค และยังอาจส่งผลกระทบต่อการใช้บริการของผู้ดูแลในครอบครัว (Mukerji & Turan, 2018) รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพด้วย (Vaz et al., 2016)

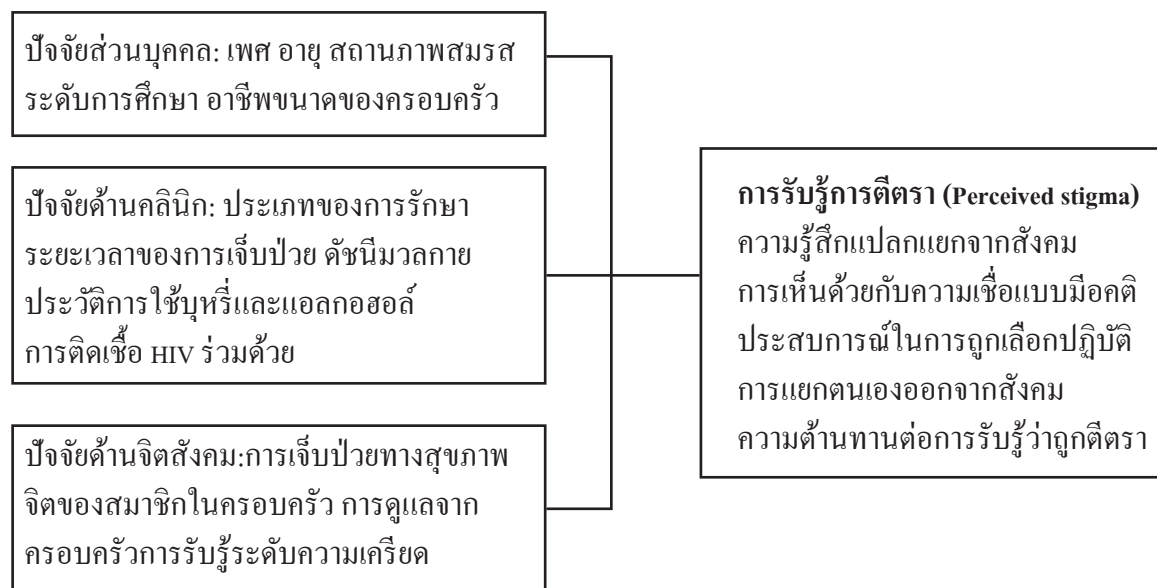
ที่ผ่านมายังมีหลักฐานการศึกษาเกี่ยวกับการตีตราและการถูกเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากวัณโรคในประเทศไทยค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในพื้นที่ศึกษาเป็นพื้นที่ที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ที่เป็วันโรคในชุมชนที่เชื่อว่าการให้ผู้ที่เป็วันโรคได้มีการดูแลช่วยเหลือกันเองร่วมกับแกนนำสุขภาพของเครือข่ายที่มีอยู่แล้วในชุมชนโดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาศักยภาพให้สามารถร่วมกันดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็วันโรค และตัวแปรด้านการรับรู้ถึงการตีตราของตัวผู้ป่วยเองถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งประเด็นดังกล่าวนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาและการรายงานในพื้นที่ผู้วิจัยและทีมวิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทราบถึงสถานการณ์ปัญหาการตีตราอันเนื่องมาจากวัณโรค ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลข้อค้นพบที่ได้มาประกอบการวางแผนการดำเนินงานและผลักดันเชิงนโยบายภายใต้โครงการวิจัยในพื้นที่ ตลอดจนนำข้อมูลเพื่อวางแผนติดตามสถานการณ์ในพื้นที่ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย และลักษณะด้านคลินิกและจิตสังคมที่ประกอบด้วย ประเภทของการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย ประวัติการใช้บุหรี่และแอลกอฮอล์ การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ระดับความเครียด และร่วมกับการทบทวนแนวคิดการรับรู้การตีตรา (Perceived stigma) โดยการรับรู้ที่ตนเองถูกตีตราเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Motlova, et al., 2010) ที่แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ การแยกตนเองออกจากสังคม และความต้านทานต่อการรับรู้การตีตรา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน มกราคม - มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่รับบริการจากโรงพยาบาลมหาสารคาม มีที่อยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่รับบริการจากคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่าง เดือนมกราคม – มีนาคม 2566 จำนวน 125 คน

กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป WinPepi ด้วยการแทนค่า Confidence level ที่ 95%, Acceptable difference 0.046, Assumed proportion 0.53, Population size 225, Expected loss of subjects 10% ได้กลุ่มตัวอย่าง 76 คน ใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี เป็นผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการรักษาที่ผ่านระยะเข้มข้น (Active phase) และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา มีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) โดยคัดตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิน 1 สัปดาห์และขอลาออกจากการศึกษา ออกเหลือกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคามเลขที่ MSKH_REC 65-02-020 เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2565 ก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถ

ปฏิเสธการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเมื่อยินดีเข้าร่วมการศึกษา และข้อมูลที่ได้อาจจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับบริการและการรักษาของผู้ป่วย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อคำถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและขนาดของครอบครัว

ตอนที่ 2 ข้อมูล ปัจจัยด้านคลินิกและจิตสังคม จำนวน 8 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ประเภทของการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย ประวัติการใช้ยาหรือและแอลกอฮอล์ การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว การดูแลจากครอบครัวและการรับรู้ระดับความเครียด มี 2 ตัวเลือกตอบ

ตอนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นวัณโรคฉบับภาษาไทย (Internalized Stigma of Tuberculosis Scale Thai Version [IS-T-Thai]) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก ชูชาติ วงศ์อนุชิตและคณะ (Wong-Anuchit et al., 2016) จำนวน 29 ข้อคำถาม มีตัวเลือกตอบ 4 ระดับ คือ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) 2 (ไม่เห็นด้วย) 3 (เห็นด้วย) และ 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม ข้อ 1,5,8,16,17,21 การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ ข้อ 2,6,10,18,19,23,29 ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ ข้อ 3,15,22,25,28 การแยกตนเองออกจากสังคม ข้อ 4,9,11,12,13,20 และความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิต ข้อ 7,14,24,26,27 โดยประเด็นความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตเกณฑ์การให้คะแนนจะตรงข้ามกับประเด็นอื่น

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรค คะแนนแต่ละด้านคำนวณโดยรวม ค่าคะแนนที่ผู้ประเมินตอบในแต่ละข้อคำถามเข้าด้วยกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านย่อยนั้นๆ จะอยู่ในช่วงระหว่าง 1 ถึง 4 คะแนน การแปลผลแบ่งค่าคะแนนออกเป็น 2 ระดับ (Ritsher et al, 2003) คือ การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (does not report high internalized stigma; 1.00-2.50 คะแนน) และการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในระดับสูง (reports high internalized stigma; 2.51-4.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยแบบสอบถามตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านคลินิกและจิตสังคม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรง .91 และเครื่องมือวิจัยตอนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นวัณโรคฉบับภาษาไทย ดัดแปลงขึ้นจากแบบวัดการรับรู้การตีตราภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ฉบับภาษาไทย (Internalized Stigma of Mental Illness Scale [ISMI-Thai]) ที่แปลโดยชูชาติ วงศ์อนุชิต และคณะ (Wong-Anuchit et al., 2016) ซึ่งในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยดังกล่าวเพื่อนำมาใช้กับผู้ที่เป็วัณโรคในบริบทของสังคมไทยนั้น คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงโดยใช้วิธีที่

ว่า “ผู้ที่เป็นวันโรค” แทนวลีที่ว่า “มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต” ในทุกๆ ข้อคำถาม พร้อมทั้งปรับปรุงประโยคและคำให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ที่เป็นวันโรคและผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยวันโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตประชุมชี้แจงทีมวิจัยจากโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับทีมวิจัย โดยทำทะเบียนรายชื่อจากระบบงานวันโรคของโรงพยาบาล และตรวจสอบความสมบูรณ์และความเป็นปัจจุบันของข้อมูล
2. อบรมเชิงปฏิบัติการทีมวิจัยเกี่ยวกับการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าถึงผู้รับบริการและครอบครัว รวมถึงวิธีการใช้เครื่องมือวิจัยในชุมชน
3. ดำเนินการลงพื้นที่เข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและการยินยอมให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล และการลงนามยินยอมให้ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที
4. ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ก่อนลงบันทึกในคอมพิวเตอร์ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะด้านคลินิกและจิตสังคม และการรับรู้ที่ตนเองถูกตีตรา ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะด้านคลินิกและจิตใจและการรับรู้ที่ตนเองถูกตีตรา วิเคราะห์แบบตัวแปรคู่ (Bivariate analysis) ใช้สถิติ Chi-square, Odds ratio และวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) ใช้สถิติ Multiple logistic regression, 95% Confidence interval, ค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวันโรคปอดในชุมชน เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.92 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 61.54 ค่ากลางอายุ 67.50 ปี (P_{25} 56.50, P_{75} 75.00) ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 61.54 เรียนจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.62 และอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีสมาชิกมากกว่า 5 คน ร้อยละ 53.85 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	76.92
หญิง	6	23.08
อายุ (อายุต่ำสุด 26 ปี, อายุสูงสุด 79 ปี, Median 67.50 ปี [P ₂₅ 56.50, P ₇₅ 75.00])		
น้อยกว่า 60 ปี	10	38.46
60 ปี ขึ้นไป	16	61.54
สถานภาพสมรส		
โสด	2	7.69
คู่	16	61.54
หม้าย/หย่า/แยก	8	30.77
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	22	84.62
มัธยมศึกษา	4	15.38
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	8	30.77
เกษตรกร	16	61.54
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	7.69
ขนาดของครอบครัว (จำนวน)		
5 คน ขึ้นไป	12	46.15
น้อยกว่า 5 คน	14	53.85

หมายเหตุ. n=26

การรับรู้การติดตามของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

โดยรวมพบความชุกของการรับรู้การถูกติดตามของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.85 (95%CI, 3.48-7.21) การรับรู้การถูกติดตามในแต่ละด้าน พบว่า ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.38 (95%CI, 4.59-8.16) การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.38 (95%CI, 4.59-8.16) การแยกตนเองออกจากสังคม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.07 (95%CI, 5.39-8.74) และด้านความต้านทานต่อการรับรู้ที่ถูกติดตามอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.62 (95%CI, 6.69-9.49) ส่วนด้านประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.85 (95%CI, 3.48-7.21) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอด

การรับรู้การตีตรา	จำนวน	ร้อยละ	95%Confident Interval
ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม (Alienation)			
ต่ำ	9	34.62	1.84-5.41
สูง	17	65.38	4.59-8.16
การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ (Stereotype Endorsement)			
ต่ำ	9	34.62	1.84-5.41
สูง	17	65.38	4.59-8.16
ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ (Discrimination Experience)			
ต่ำ	14	53.85	3.48-7.21
สูง	12	46.15	2.79-6.52
การแยกตนเองออกจากสังคม (Social Withdrawal)			
ต่ำ	7	26.93	1.26-4.61
สูง	19	73.07	5.39-8.74
ความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณติตรา (Stigma Resistance)			
ต่ำ	4	15.38	0.51-3.31
สูง	22	84.62	6.69-9.49
การรับรู้การตีตราโดยรวม (Perceived stigma)			
ต่ำ	12	46.15	2.79-6.52
สูง	14	53.85	3.48-7.21

หมายเหตุ. $n=26$

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทีละหลายตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับรู้ว่าคุณติตราสูงถึง 2 เท่า ($aOR= 2.41$; 95% CI: 1.27, 3.06) ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แล้วยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการรับรู้ถึงการถูกตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยหรือมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ($aOR= 1.22$; 95% CI: 1.01, 2.05) ผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ($aOR= 1.12$; 95% CI: 1.04, 2.17) และปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด ($aOR= 1.45$; 95% CI: 1.06, 3.18) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติดตามของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ปัจจัย	การรับรู้การติดตาม		cOR (95% CI)	aOR (95% CI)
	ต่ำ n (%)	สูง n (%)		
เพศ				
ชาย	10 (83.33)	10 (71.43)	1*	1*
หญิง	2 (16.67)	4 (28.57)	2.00 (0.29, 13.51)	1.75 (0.57, 8.14)
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี	6 (50.00)	4 (28.57)	2.50 (0.49, 12.64)	2.06 (0.62, 9.51)
60 ปี ขึ้นไป	6 (50.00)	10 (71.43)	1*	1*
ประเภทของการรักษา				
รายใหม่	2 (16.67)	4 (28.57)	0.50 (0.07, 3.38)	0.86 (0.25, 4.81)
ต่อเนื่อง	10 (83.33)	10 (71.43)	1*	1*
ระยะเวลาในการป่วย				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	4 (33.33)	4 (28.57)	1*	1*
มากกว่า 6 เดือน	8 (66.67)	10 (71.43)	1.30 (0.24, 6.63)	1.02 (0.04, 5.33)
ขนาดของครอบครัว				
5 คน ขึ้นไป	5 (41.67)	7 (50.0)	1*	1*
น้อยกว่า 5 คน	7 (58.33)	7 (50.0)	0.70 (1.15, 3.38)	0.47 (0.63, 2.78)
การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย				
ใช่	0	1 (7.14)	1.90 (0.32, 2.80)	1.25 (0.28, 2.77)
ไม่ใช่	12 (100)	13 (92.86)	1*	1*
การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว				
ใช่	1 (8.33)	3 (21.43)	0.33 (0.03, 3.72)	0.35 (0.23, 3.79)
ไม่ใช่	11 (91.67)	11 (78.57)	1*	1*
ดัชนีมวลกาย(BMI)				
ต่ำกว่าเกณฑ์	4 (33.33)	8 (57.14)	1.38 (1.07, 1.86)	1.22 (1.01, 2.05)
ปกติ	8 (66.67)	6 (42.86)	1*	1*
การได้รับการดูแลจากครอบครัวต่อเนื่อง				
ใช่	2 (16.67)	5 (35.71)	1*	1*
ไม่ใช่	10 (83.33)	9 (64.29)	2.64 (1.52, 3.56)	2.41 (1.27, 3.06)
การรับรู้ระดับความเครียด				
ต่ำปานกลาง	1 (8.33)	5 (35.71)	1*	1*
สูง	11 (91.67)	9 (64.29)	1.16 (1.02, 1.67)	1.12 (1.04, 2.17)
การใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด				
ใช่	6 (50.00)	8 (57.14)	1.75 (1.16, 3.53)	1.45 (1.06, 3.18)
ไม่ใช่	6 (50.00)	6 (42.86)	1*	1*

หมายเหตุ. 1* = Reference category

อภิปรายผล

การรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้พบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนที่มีความชุกของการรับรู้ถึงการถูกตีตราอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยที่พบความชุกของการถูกตีตราสูงคือผู้ที่เป็วันโรคปอด (Mohammedhussein, et al, 2020) และผลการสำรวจในภาพรวมของประเทศไทยที่ผ่านมาที่พบว่าส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยวัณโรคปอดมักจะตีตราตนเอง(กองควบคุมวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยที่สัดส่วนของคำตอบที่ตีตราตนเองสูง เช่น การพยายามลดการพบปะผู้คนและการเข้าสังคมระหว่างที่ป่วยเป็นวัณโรค และยังพบการถูกตีตราจากผู้อื่น เช่น การถูกเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน การถูกคำสั่งจากหัวหน้าหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลออกคำสั่งให้สวมหน้ากากอนามัย การถูกย้ายให้ไปทำงานในแผนกที่ไม่มีการสัมผัสกับลูกค้า และถูกตีตรารุนแรงถึงขั้นให้ออกจากการปฏิบัติงาน สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่เป็นวัณโรคส่วนใหญ่มักปิดบังข้อมูลและไม่กล้าเปิดเผยตนเอง อาจเนื่องจากมีความกังวลกลัวสังคมรังเกียจและไม่ยอมรับ (Self-stigma) ขณะเดียวกันชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ก็อาจเกิดความรังเกียจและหวาดกลัวในการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรค (Social stigma) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นปัญหาทั้งการรับรู้และการแสดงออกที่ส่งผลให้ ผู้ป่วยวัณโรคปอดเกิดความรู้สึกถึงการถูกตีตราได้ (Corrigan et al., 2006) และถ้าไม่ได้รับการประเมินและบริหารจัดการที่เหมาะสมประชากรที่มีความเปราะบางกลุ่มนี้อาจไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งจะกระทบต่อการหายขาดและเพิ่มความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้ออย่างต่อเนื่องในชุมชนได้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน คือ การไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ และผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด

การได้รับการดูแลจากครอบครัว คือการรับรู้และการได้รับการปฏิบัติที่ดูแลจากสมาชิกที่อยู่ในครอบครัว (Li et al., 2014) โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ยากลำบากจากการเจ็บป่วยด้วยโรควัณโรคปอด สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ถือเป็นผู้ที่มิตบทาในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยถือเป็นความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของครอบครัว และส่งผลต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (Chenet al., 2021) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับการรับรู้ถึงการถูกตีตรา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความจริงที่ว่า การไม่ได้รับการดูแลและยอมรับที่จิตใจสังคม อาจมีแนวโน้มที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยวและรู้สึกไร้ค่า (Kumaret al., 2016)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความเครียดของตนเองในระดับที่สูงมีแนวโน้มที่จะรับรู้การตีตราเพิ่มขึ้นหนึ่งเท่า ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าความรู้สึกกังวลและภาวะซึมเศร้ามักสัมพันธ์กับการรับรู้การถูกตีตราในผู้ป่วยวัณโรค (Chen et al., 2023; Mohammedhussein, et al., 2020) สิ่งนี้

อาจอธิบายได้ว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยเฉพาะเป็นการป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายไปสู่บุคคลรอบข้างได้และขั้นตอนของการตรวจวิเคราะห์และกระบวนการรักษาและการติดตามอาจใช้ระยะเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยอาจเก็บซ่อนความรู้สึกและความทุกข์ทรมานใจเนื่องจากความรู้สึกกลัวผลกระทบจากการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรับประทุษร้ายรักษา รวมทั้งความกังวลกับการที่ตนเองต้องแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม (Chen et al., 2021)

ผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และใช้ยาเสพติด พบเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราในผู้ที่เป็วันโรคปอด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีพฤติกรรมการใช้บุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักส่งผลต่อความรู้สึกว่าตัวเองถูกติตราเพิ่มสูงขึ้นด้วย (Teo et al., 2020) และจากการรวบรวมข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าปัจจุบันผู้ป่วยวันโรคปอดพบความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นและที่สำคัญการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อวันโรคปอดในอัตราที่สูงด้วย (Necho et al., 2021) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์มักส่งผลให้ผลลัพธ์ของการรักษาววันโรคได้ไม่ดีเท่าที่ควร หรือการรักษาอาจล้มเหลวได้ นำไปสู่การหยุดการรักษา หยุดรับประทุษร้ายยา ซึ่งยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เชืวันโรคคือยา มีอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ง่าย เหตุการณ์เหล่านี้มักทำให้มีความจำเป็นที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานมากขึ้นสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย และยังทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดความรู้สึกถึงการถูกติตราเพิ่มขึ้นด้วย (de la Haye et al., 2012; Yohannes et al., 2022)

การที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักน้อยหรือมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถือเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบร่วมกับการติดเชื้อวันโรคจากหลักฐานที่ผ่านมามักพบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อวันโรคนั้นส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยที่มีปัญหาการขาดสารอาหารในระดับสูง (Gupta et al., 2009) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยขาดสารอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นกลไกในการเหนี่ยวนำไปสู่ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนแอให้กับผู้ป่วยและการที่มีภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยเสี่ยงและช่วยลดประสิทธิภาพการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกายประเภท T-lymphocytes และ macrophages ได้ (Chanet et al., 1997) ทั้งนี้ปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลให้เชืวันโรคที่แฝงภายในร่างกายสามารถกลับมาส่งผลให้ติดเชื้อและแสดงอาการที่รุนแรงขึ้น อาจส่งผลให้การรักษาและการใช้ยารักษาววันโรคมีประสิทธิภาพลดลงด้วย สิ่งตามมาคือผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการรับประทุษร้ายยาวนานขึ้น จนหลายคนอาจไม่สามารถอดทนกับภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ ทั้งนี้ปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อความรู้สึกถูกติตราจากการวันโรคสูงขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตามการศึกษากครั้งนี้เป็นการสำรวจผู้ป่วยวันโรคปอดที่รับบริการและอาศัยอยู่จริงในพื้นที่เขตอำเภอเมืองมหาสารคามและคัดเลือกตัวอย่างเฉพาะกลุ่มที่ผ่านการรักษาในระยะ 2 เดือนขึ้นไปแล้วเท่านั้น ข้อค้นพบด้านการรับรู้การติตราและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราที่ได้ครั้งนี้ จึงไม่สามารถอธิบายได้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยวันโรคปอดที่อยู่ในช่วงของการรักษาในระยะอื่นและในพื้นที่อื่นได้ทั้งหมด

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนมีความทุกข์ของการรับรู้การตีตราในระดับสูง และปัจจัยเสี่ยงกับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และผู้ที่ใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนควรรวบรวมปัจจัยที่ค้นพบนี้มาร่วมพิจารณาใช้ในการประเมินความเสี่ยงและกำหนดเป็นมาตรการหรือกิจกรรมเพื่อช่วยลดปัญหาของการรับรู้ถึงการถูกตีตราเพื่อประสิทธิภาพของการรักษาและการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้ผลงานวิจัย

พยาบาล รวมทั้งผู้ให้บริการสุขภาพในระดับชุมชน ควรรวบรวมข้อค้นพบจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบสำหรับการให้ข้อมูลคำปรึกษาและการจัดบริการผู้ป่วย โดยการส่งเสริมเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชนในด้านต่างๆ ส่งเสริมการจัดหาอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การให้คำปรึกษาและแนวทางการจัดการกับความวิตกกังวลและความเครียดและวิธีการจัดการตนเองสำหรับการหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาการรับรู้การตีตราในผู้ป่วยวัณโรคปอดให้ครอบคลุมทุกระยะของการรักษาโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน นอกจากนี้ควรศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการตีตราผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ในประเด็นเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ ทักษะ ความกังวลและพฤติกรรมบริการเมื่อให้บริการผู้ป่วยวัณโรคจะช่วยให้มีข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้การตีตราที่ครอบคลุมและรอบด้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพการบริการผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กองควบคุมวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์ผลการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากวัณโรคในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2564. <https://www.tbthailand.org/download/Manual/รายงาน%20TB%20Stigma.pdf>
- Chan, J., Tanaka, K., Mannion, C., Carroll, D., Tsang, M., Xing, Y., & Bloom, B. R. (1997). Effects of protein calorie malnutrition on mice infected with BCG. *Journal of Nutritional Immunology*, 5(1), 11-19. https://doi.org/10.1300/J053v05n01_03

- Chen, X., Chen, Y., Zhou, L., & Tong, J. (2023). The role of self-esteem as moderator of the relationship between experienced stigma and anxiety and depression among tuberculosis patients. *Scientific reports*, 13(1), 6889. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-34129-4>
- Chen, X., Du, L., Wu, R., Xu, J., Ji, H., Zhang, Y., Zhu, X., & Zhou, L. (2021). Tuberculosis-related stigma and its determinants in Dalian, Northeast China: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10055-2>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- de la Haye, B., Wild, S. H., Stevenson, J., Johnston, F., Blatchford, O., & Laurenson, I. F. (2012). Tuberculosis and alcohol misuse in Scotland: a population-based study using enhanced surveillance data. *The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*, 16(7), 886–890. <https://doi.org/10.5588/ijtld.11.0624>
- Deribew, A., Abebe, G., Apers, L., Jira, C., Tesfaye, M., Shifa, J., Abdisa, A., Woldemichael, K., Deribie, F., Bezabih, M., Aseffa, A., & Colebunders, R. (2010). Prejudice and misconceptions about tuberculosis and HIV in rural and urban communities in Ethiopia: A challenge for the TB/HIV control program. *BMC public health*, 10, 400. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-400>
- Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheung, W. M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *The International journal of social psychiatry*, 53(5), 408–418. <https://doi.org/10.1177/0020764007078342>
- Gupta, K. B., Gupta, R., Atreja, A., Verma, M., & Vishvkarma, S. (2009). Tuberculosis and nutrition. *Lung India: official organ of Indian Chest Society*, 26(1), 9–16. <https://doi.org/10.4103/0970-2113.45198>
- Kumar, K., Kumar, A., Chandra, P., & Kansal, H. M. (2016). A study of prevalence of depression and anxiety in patients suffering from tuberculosis. *Journal of family medicine and primary care*, 5(1), 150–153. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.184641>
- Lee, L. Y., Tung, H. H., Chen, S. C., & Fu, C. H. (2017). Perceived stigma and depression in initially diagnosed pulmonary tuberculosis patients. *Journal of clinical nursing*, 26(23–24), 4813–4821. <https://doi.org/10.1111/jocn.13837>
- Li, H., Ji, Y., & Chen, T. (2014). The roles of different sources of social support on emotional well-being among Chinese elderly. *PloS one*, 9(3), e90051. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090051>

- Mohammedhussein, M., Hajure, M., Shifa, J. E., & Hassen, T. A. (2020). Perceived stigma among patient with pulmonary tuberculosis at public health facilities in southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *PloS one*, 15(12), e0243433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243433>
- Motlová, L., Dragomirecka, E., Kitzlerová, E., & Hynková, T. (2010). Improving physical health of people with schizophrenia: An important objective for mental health care. *Die Psychiatrie: Grundlagen&Perspektiven*, 7(1), 33-36. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1669710>
- Moya, E. M., Biswas, A., Chávez Baray, S. M., Martínez, O., & Lomeli, B. (2014). Assessment of stigma associated with tuberculosis in Mexico. *Public health action*, 4(4), 226–232. <https://doi.org/10.5588/pha.14.0065>
- Mukerji, R., & Turan, J. M. (2018). Exploring manifestations of TB-related stigma experienced by women in Kolkata, India. *Annals of global health*, 84(4), 727–735. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1669710>
- Necho, M., Tsehay, M., Seid, M., Zenebe, Y., Belete, A., Gelaye, H., & Muche, A. (2021). Prevalence and associated factors for alcohol use disorder among tuberculosis patients: A systematic review and meta-analysis study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 16, 2. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00335-w>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Tadesse, S. (2016). Stigma against tuberculosis patients in Addis Ababa, Ethiopia. *PloS one*, 11(4), e0152900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152900>
- Teo, A. K. J., Tan, R. K. J., Smyth, C., Soltan, V., Eng, S., Ork, C., Sok, N., Tuot, S., Hsu, L. Y., & Yi, S. (2020). Characterizing and measuring tuberculosis stigma in the community: A mixed-methods study in Cambodia. *Open forum infectious diseases*, 7(10), ofaa422. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa422>
- Vaz, M., Travasso, S. M., & Vaz, M. (2016). Perceptions of stigma among medical and nursing students and tuberculosis and diabetes patients at a teaching hospital in southern India. *Indian journal of medical ethics*, 1(1), 8–16. <https://doi.org/10.20529/IJME.2016.003>
- Wong-Anuchit, C., Mills, A. C., Schneider, J. K., Rujkorakarn, D., Kerdpong bunchote, C., & Panyayong, B. (2016). Internalized Stigma of Mental Illness Scale - Thai Version: Translation and assessment of psychometric properties among psychiatric outpatients in central Thailand. *Archives of psychiatric nursing*, 30(4), 450–456. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.01.012>

World Health Organization. (2019, 15 October). *Global tuberculosis report 2019*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565714>

World Health Organization. (2023, 21 April). *Tuberculosis*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

Yohannes, K., Ayano, G., Toitole, K. K., Teferi, H. M., & Mokona, H. (2022). Harmful alcohol use among patients with tuberculosis in Gedeo Zone, Southern Ethiopia. *Subst Abuse Rehabil*, 13, 117-125. <https://doi.org/10.2147/SAR.S384921>