

## ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนานของชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัด ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

### Performance of community care for Multi-Drug Resistant of Tuberculosis (MDR-TB) patient: case study of province in the area of Office of Disease Prevention and Control Region 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani

จิรพันธ์ อินยาพงษ์\*, อรทัย ศรีทองธรรม, เสถียร เชื้อลี, อ้อมทิพย์ พลบุพผา, ทนันทพัทธ์ นาคนิกร, นรภัทร เหลืองรัตนมาศ  
Jiraphan Inyaphong\*, Orathai Srithongtham, Satian Chualee, Aomtip Ponboopha, Thananphat Naknikorn,

Norapat Leungratnamart

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

The office of disease prevention and control disease region 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani

\*Correspondence to: jiraphan.inyaphong@gmail.com

Received: Aug 6, 2021 | Revised: Nov 12, 2021 | Accepted: Nov 18, 2021

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี และปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน พื้นที่ศึกษาเป็นตำบลที่มีผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 36 ตำบล ใน 12 อำเภอ กลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 100 รายแบ่งเป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน 53 ราย และผู้นำชุมชน จำนวน 47 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis: MRA)

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.0 อายุเฉลี่ย 50.53 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 79 มีระดับการศึกษาสูงสุด คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.0 มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร้อยละ 74 ราย ได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 32 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในฐานะเป็น อสม./จนท.สาธารณสุข ร้อยละ 47.0 ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค/วัณโรคเชื้อดื้อยา ร้อยละ 71 ได้รับการอบรมโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต. ร้อยละ 64 เคยไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา ร้อยละ 94 และลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/ เจ้าหน้าที่ รพ. สต. ร้อยละ 68 ระดับความรู้โรค วัณโรคและวัณโรคเชื้อดื้อยา การดูแลรักษาและการป้องกันการแพร่เชื้อ อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.94 (SD.=1.686) ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.80 (SD.= 6.77) และระดับการติดตามผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 (SD.= 1.439) ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ พบว่า ตัวแปรด้าน บทบาทในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน (X3) การติดตามผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน (X2) ความรู้โรค MDR-TB (X1) และการได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB (X4) สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน ได้ร้อยละ 42.8 เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า ตัวแปรด้าน บทบาทในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน (X3) คือบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และบทบาทของผู้นำ

ชุมชน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ:** ความสามารถ, วัณโรคดื้อยา, การดูแลโดยชุมชน

## Abstract

This survey research was aimed to study the performance of community care for MDR-TB patient in responsible area of the office of disease prevention and control region 10th Ubon Ratchathani. And the predictive factors to the performance of community care for MDR-TB patient. The study area were 36 sub-districts from 12 districts of the province where found MDR-TB during the year 2017-2019. The populations were people who take a role as care giver and community leader in the community, 100 persons. Descriptive statistic and Multiple regression analysis were used for data analysis.

Results: The sample were female (59%), Age average 50.53, marital status (79%), education at primary school (36.0%), income/month less than 5,000 baht (32.0%), the relationship to patient was Health volunteer and health personnel (47.0%), trained about MDR-TB patient care (71.0%), trained by health personnel at sub-district hospital (64.0%), visit patient at home (94.0%), and home visit with health personnel (68.0%). The knowledge on TB/MDR-TB, care and prevention was high level (Mean= 15.94, SD.=1.686), the performance of MDR-TB patient care in the community was moderate level (Mean= 19.80, SD.=6.77), and MDR-TB was stigma at moderate level (Mean= 2.50, SD.=1.439). The predictive variables to the performance of MDR-TB patient care in the community were the factors of the role to MDR-TB patient care in community (X3), MDR-TB was stigma in community (X2), knowledge on TB/MDR-TB (X1), and was training for care of MDR-TB patient (X4). The power of predictive was 42.8%. The factor of the role to MDR-TB patient care in community (X3) consist of the role of care giver and the community leader was influencing the changing of the predictive the performance for care of MDR-TB patient in the community significantly at 0.05.

**Keyword:** Performance, MDR-TB, Community Care

## บทนำ

ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 14 ประเทศ ที่มี ปัญหาการะโรควัณโรค ทั้งสามด้านคือโรควัณโรค วัณโรคเชื้อดื้อยา และผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อ เอชไอวีร่วมด้วย<sup>(1)</sup> วัณโรคเชื้อดื้อยา (MDR-TB) จึงถือเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สร้างภาระทาง ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการรักษา

สำเร็จของวัณโรคเชื้อดื้อยายังค่อนข้างต่ำ โดยในปี 2550-2552 พบว่าอัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 40-50<sup>(2)</sup> แม้ว่าจะมีการพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาภายใต้แผนวัณโรคแห่งชาติ (NTP: national Tuberculosis Plan) และมีการ กำหนดผลลัพธ์การรักษานักผู้ป่วยวัณโรคในภาพรวม

ต้องเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 85 แต่อัตราการรักษาสำเร็จในวัณโรคเชื้อดื้อยาอย่างต่ำว่าเป้าหมาย โดยจากการศึกษาผลการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนาน ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2561 พบว่า อัตราการรักษาหาย ร้อยละ 51 รักษาครบร้อยละ 33<sup>(3)</sup> ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี วัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนานยังเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะผลการรักษาสำเร็จค่อนข้างต่ำ ดังรายงาน ในปี 2557-2558 พบว่า อัตราการรักษาสำเร็จของวัณโรคเชื้อดื้อยา เพียงร้อยละ 68<sup>(4)</sup> จากผลการศึกษาของ<sup>(5)</sup> พบว่า สาเหตุของการรักษาล้มเหลว มาจากปัจจัยด้านการไม่มีรายได้ระหว่างการรักษา MDRTB มีผลต่อการรักษาการรักษาล้มเหลว และการขาดยาในผู้ป่วย MDRTB อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

การดูแลรักษาและการกินยาอย่างต่อเนื่อง และมาพบแพทย์ตามแผนการรักษามีความสำคัญต่อการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคเชื้อดื้อยา นอกเหนือจากการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว และคนในชุมชน ดังจะเห็นได้จากงานวิจัย ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาเกิดจากปัจจัยด้านสังคม การสนับสนุนทางสังคม จิตวิทยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การได้รับการกำกับการกินยา (DOT: Directly Observe Therapy) และทัศนคติต่อโรควัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนาน<sup>(6-8)</sup> การได้รับการดูแลเอาใจใส่และกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่องในชุมชน จึงมีความสำคัญจำเป็นต่อผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนาน

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในชุมชน จึงมีความสำคัญ ดังนั้นแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based) ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในชุมชนจึงมีผลต่อความสำเร็จในการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยา โดยเน้นการให้ผู้ป่วยมีผู้ดูแลกำกับการกินยาในชุมชนโดยคนในชุมชน ดังรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ทำเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB การจัดการการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน และการรักษา โดยเปรียบเทียบระหว่างการใช้นโยบายชุมชนเป็นฐานกับการดูแลในระบบปกติในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า อัตราการรักษาสำเร็จสูงกว่าการรักษาในระบบปกติของโรงพยาบาล (Point estimate = 0.68, 95 % CI: 0.59 to 0.76, p < 0.01) และการนำมาใช้ในการกำกับการกินยา (Drug Observe Therapy: Dot) พบว่ามีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 75 และการจัดการผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชนยังต้องการจัดการโดยพยาบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขในชุมชน<sup>(9-11)</sup>

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาความสามารถของชุมชนในการดูแลกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาที่อยู่ในระหว่างการรักษาและต้องการการดูแลและสนับสนุนจากชุมชน เพื่อสนับสนุนทางสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจ นอกเหนือจากมิติทางกายในการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยา เพื่อทราบความสามารถของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา และนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในพื้นที่ให้เกิดประสิทธิผลและเกิดคุณภาพบริการต่อไป

## วัตถุประสงค์

(1) เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ระดับชุมชน ในจังหวัดในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

(2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ระดับชุมชน ในจังหวัดในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน และปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี ในหนึ่งจังหวัด พื้นที่เป้าหมายในการพัฒนาครั้งนี้ เป็นตำบลที่มีผู้ป่วย MDR-TB ที่อยู่ในระหว่างการรักษา จาก 12 อำเภอ 36 ตำบล ที่มีผู้ป่วย MDR-TB ในระหว่างปีงบประมาณ 2560-2562<sup>(12)</sup>

กลุ่มประชากร คือกลุ่มที่มีบทบาทในการดูแล MDR-TB ในชุมชน คือกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในการกำกับการกินยาและการเข้าถึงการรักษาในชุมชนที่ได้รับการมอบหมายให้ดูแลและกำกับการกินยาผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 53 คน และกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 47 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 100 คน

เครื่องมือ และวิธีการเก็บข้อมูล เครื่องมือในการศึกษา แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ความรู้ ความเข้าใจและศักยภาพในการป้องกันโรค MDR-TB ความสามารถในการดูแลกำกับการกินยาให้กับผู้ป่วย MDR-TB และการติดตามผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ทำการเก็บข้อมูลโดยการสอบถาม ตามแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูล และการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Regression Analysis (MRA) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.0 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 41.0 อายุเฉลี่ย 50.53 ปี ต่ำสุด 30 ปี สูงสุด 70 ปี (S.D.= 7.821) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 79.2 โสด คิดเป็นร้อยละ 11.3 และหม้าย/หย่า คิดเป็นร้อยละ 9.4 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.0 มัธยมปลาย ปวส./อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 32.0 มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 26.0 และปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 6.0 ตามลำดับ

อาชีพหลักส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 74 รองลงมาคือแม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ คิดเป็นร้อยละ 6.0 ค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ คิดเป็นร้อยละ 9.0 ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 2.0 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 9.0 และไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 1.9 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมา 5,000 – 7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26 มากกว่า 9,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24 และ 7,001 – 9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 18 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าเกือบครึ่งเป็น อสม./จนท.สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 47.0 รองลงมาคือ เพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 44

ครอบครัวญาติ คิดเป็นร้อยละ 6 และพ่อแม่ลูก คิดเป็นร้อยละ 3 ตามลำดับ

ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค/วัณโรคเชื้อดื้อยา พบว่า ส่วนใหญ่เคยอบรม คิดเป็นร้อยละ 71 และไม่เคยอบรม คิดเป็นร้อยละ 29 ได้รับการอบรมโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต. คิดเป็นร้อยละ 64 และอบรมโดยรพช./สจ. คิดเป็นร้อยละ 15 เคยไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา คิดเป็นร้อยละ 94 ไม่เคยไป คิดเป็นร้อยละ 6.0 และพบว่า ส่วนใหญ่ลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา กับ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/ เจ้าหน้าที่ รพ. สต. คิดเป็นร้อยละ 68 ไปกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คิดเป็นร้อยละ 16 และไปกับทีมสหวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 20.8 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้โรควัณโรคและวัณโรคเชื้อดื้อยา ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน และระดับการตีตรา

ผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน พบว่า คะแนนความรู้โรควัณโรคและวัณโรคเชื้อดื้อยา การดูแลรักษาและการป้องกันการแพร่เชื้อ อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.686 มีค่าคะแนนสูงสุด 19 คะแนน ต่ำสุด 10 คะแนน

คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.77 มีค่าคะแนนสูงสุด 29 คะแนน ต่ำสุด 8 คะแนน

คะแนนการตีตราผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.439 มีค่าคะแนนสูงสุด 5 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ระดับของความรู้ ความสามารถ และการตีตราผู้ป่วย MDR-TB

ตัวแปร	Mean	SD.	ระดับ
ความรู้โรควัณโรคและวัณโรคเชื้อดื้อยา การดูแลรักษาและการป้องกันการแพร่เชื้อ (Min = 10 Max = 19)	15.94	1.686	สูง
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในชุมชน (Min = 8 Max = 29)	19.80	6.77	ปานกลาง
การตีตราผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในชุมชน (Min = 0 Max = 5)	2.50	1.439	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชนเป็นตัวแปรตาม และมีตัวแปรอิสระ ที่นำมาวิเคราะห์ คือ ความรู้โรค MDR-TB การตีตราผู้ป่วย

MDR-TB ในชุมชน บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน และการได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ขึ้นกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน (X3) คือบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และบทบาทของผู้นำชุมชน

ส่วนตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชนคือ การตีตราผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน (X2) ความรู้โรค MDR-TB (X1) และการได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB (X4) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ มีค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple R2) เท่ากับ 0.672 ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R Square) เท่ากับ 0.428 ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) เท่ากับ 0.428 และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการตัดสินใจ (Std. Error of the Estimate) เท่ากับ 5.124

แสดงให้เห็นว่าตัวแปรด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน (X3) การตีตราผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน (X2) ความรู้โรค

MDR-TB (X1) และการได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB (X4) สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชนได้ร้อยละ 42.8 เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่าตัวแปรด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน (X3) คือบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และบทบาทของผู้นำชุมชน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 2 โดยเขียนเป็นสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบดังนี้

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน = 29.078 -8.780 (บทบาทดูแลผู้ป่วย) + 0.214 (ความรู้โรคTB/MDR-TB) + 0.308 (การตีตรา) - 0.790 (ได้รับการอบรม)

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีสามารถ พยากรณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(X1) ความรู้โรค MDR-TB	0.214	0.306	0.058	0.697	0.487
(X2) การตีตราผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน	0.308	0.359	0.065	0.860	0.392
(X3) บทบาทในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน	-8.780	1.133	-0.650	-7.752	0.000
(X4) การได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB	-0.790	1.152	-0.053	-0.686	0.494
<b>Constant</b>	<b>29.078</b>	<b>5.90</b>	<b>-</b>	<b>4.923</b>	<b>0.000</b>

Multiple R<sup>2</sup> = 0.672<sup>a</sup> R2 = 0.428 Adjusted R Square = 0.428 Std. Error of the Estimate = 5.124

### อภิปรายผล

ระดับความรู้โรควัณโรคและวัณโรคดื้อยา การดูแลรักษาและการป้องกันการแพร่เชื้อ อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.94 (S.D. = 1.686) เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ถึงร้อยละ 71 และได้รับการดูแลโดย อสม./เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 47.0 จึงส่งผลต่อระดับความรู้ของผู้ดูแล

ในชุมชนอยู่ในระดับสูง

ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.80 (S.D. = 6.77) เนื่องจาก ยังมีผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนถึงร้อยละ 29 ยังไม่เคยผ่านการอบรมความรู้และการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ทำให้คะแนนการประเมินระดับ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิรมล พิมพ์น้ำเย็น<sup>(13)</sup> พบว่าความรู้และเจตคติต่อวัณโรคที่อยู่ในหลายขนานของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการควบคุมกำกับการกินยาแก่ผู้ป่วย ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย ส่วนใหญ่มีความรู้และเจตคติในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 74.1 ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรคที่อยู่ในหลายขนานในชุมชนจึงควรเน้นด้านการเพิ่มความรู้เรื่องโรควัณโรคให้ชุมชนเป็นเบื้องต้น เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB และป้องกันผลการรักษาล้มเหลวในชุมชน ดังผลการศึกษาของสมศักดิ์ โอภาสตระกูล<sup>(14)</sup> ที่ทำการประเมินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยา โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าอัตราการรักษาหายร้อยละ 100 อัตราการรักษาล้มเหลวเป็นศูนย์

ระดับการติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 (S.D. = 1.439) เนื่องจากวัณโรคเชื่อว่าเป็นโรคติดต่อด้วยระบบทางเดินหายใจ หากผู้ป่วยไม่ป้องกันการแพร่เชื้อโดยการสวมแมส ทำให้เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนไม่ยอมเข้าใกล้ และเป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในชุมชน แม้แต่ในกลุ่มแพทย์พยาบาลเองที่ให้บริการ ยังสะท้อนผลของการติดตามจากประสบการณ์ทำงาน ดังผลการศึกษาของวรรธน์ อิ่มสงวน<sup>(15)</sup> พบว่า ผู้ปฏิบัติงานอยากหลีกเลี่ยงการทำงานกับผู้ป่วยวัณโรคเพราะกลัวติดโรค และแพทย์และพยาบาลที่ป่วยเป็นวัณโรคทุกคน มีส่วนน้อยที่รู้สึกรุนแรงถึง การติดตามวัณโรคในขณะที่ตนเองป่วย ส่วนกลยุทธ์ที่ใช้เพื่อลดปัญหาการติดตาม

ผู้ป่วย ประกอบด้วย การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งผู้ป่วยและพี่เลี้ยง การกำกับการกินยา การปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ การให้ความรู้แก่พี่เลี้ยงกำกับการกินยาเพื่อให้มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีทัศนคติที่ดี มีกำลังใจ และมีความตระหนักถึงความสำคัญในการกินยาอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา<sup>(16)</sup>

ตัวแปรด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน (X3) การติดตามผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน (X2) ความรู้โรค MDR-TB (X1) และการได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB (X4) สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน ได้ร้อยละ 42.8 เนื่องจากการที่ผู้ดูแลได้รับการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการดูแลกำกับการกินยาในผู้ป่วย MDR-TB เป็นอย่างดี ประกอบกับการมีบทบาทโดยตรงในการดูแลกำกับการกินยาแก่ผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน และการเข้าใจผู้ป่วยและไม่ติดตามผู้ป่วย ต่างเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีความสามารถและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างเกิดประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย ที่พบว่า การติดตามจากสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วย MDR-TB ไม่มารักษาตามนัด ในคลินิกวัณโรคที่อยู่ในประเทศอินเดีย<sup>(17)</sup> และการศึกษาวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นว่าควรมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา เพื่อเตรียมผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้นในประเทศอุซเบคิสถาน (Uzbekistan) และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถรักษาอย่างต่อเนื่อง<sup>(18)</sup> ตัวแปรด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน (X3) คือบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และ

บทบาทของผู้นำชุมชน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจาก ทั้งสองบทบาทต่างมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ทั้งในแง่ของการดูแลกำกับการกินยา และการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ สังคม และมิติทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว แนวคิดการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ด้วยการให้ชุมชนเป็นฐานหรือการใช้ครอบครัวเป็นฐาน ร่วมกับการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงในชุมชน จึงส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาหายได้ดี ดังผลลัพธ์การรักษา วัณโรคเชื้อดื้อยาด้วยโปรแกรมในชุมชน ด้วยการสังเคราะห์และการวิเคราะห์เมต้า จากงานวิจัย 10 เรื่อง ผู้ป่วย MDRTB 1,288 ราย พบว่า การรักษาสำเร็จร้อยละ 65 และพบว่าการ DOT และสถานที่ที่ทำการ DOT เป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการรักษาสำเร็จ ดังนั้นบทบาทของชุมชนในการดูแลโดยผู้ป่วย MDR-TB จึงมีผลต่อการรักษาสำเร็จ เห็นได้จากการศึกษาการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และโดยการดูแลโดยครอบครัวมีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 72 ในขณะที่การรักษาสำเร็จด้วยการดูแล Home Base Care รูปแบบอื่น อยู่ที่ร้อยละ 52-60<sup>(19)</sup>

ประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน คือการมีผู้ดูแลกำกับการกินยา รวมทั้งการดูแลในมิติด้านสังคม เศรษฐกิจ และมิติจิตใจ รวมทั้งการจัดการลดการตีตราด้วยการสร้างความเข้าใจให้คนในชุมชน ร่วมกับการเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ทั้งด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การดูแลรักษา การกำกับการกินยา แผนการรักษาทั้งการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น หรือการรักษาด้วยสูตรยาระยะยาว และการป้องกันการแพร่เชื้อสู่คนรอบ

ข้างหรือในชุมชน ต่างมีความสำคัญในการสร้างความมั่นใจต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน และนำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาหายหรือรักษาครบตามแผนการรักษาในที่สุด

### ข้อเสนอแนะ

(1) ควรมีการเสริมและหรือพัฒนาศักยภาพด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) ควรมีการจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในรูปของทักษะการดูแลในรูปการอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือการพัฒนาทักษะจากการเรียนรู้ภาคสนาม โดยเฉพาะในด้านการจัดการ กำกับการกินยา และการดูแลในมิติทางด้านจิตสังคม จากกรณีศึกษาในพื้นที่ มากกว่าการอบรมด้วยการบรรยายเพียงอย่างเดียว เนื่องจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้นำชุมชน ที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีความสำคัญต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย 2561 (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand, 2018 : NTP). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคดีไซท์; 2561.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

3. นิโบล นาคบำรุง, ยศวดี เพ็ชรคำ, ศศิธร แดงเจย์, สุกัญญา บุญช่วย, ตั้ม บุญรอด, และ วิชาดา สิมลา. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ตื้อยาหลายขนาน: การทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิमान. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(4): 646-659.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุม วัณโรคปีงบประมาณ 2558. เอกสาร ประกอบการประชุม ปีงบประมาณ 2558.
5. อรทัย ศรีทองธรรม และคณะ, รายงานวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดยาและการ รักษาล้มเหลวในผู้ป่วย MDR-TB ใน พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี. สันนิษนงบประมาณ จากกรมควบคุมโรค, มพท.2558.
6. ชาติชาย กิตียนันท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการ รับประทานยาต้านวัณโรคไม่ถูกต้องใน ผู้ป่วยตื้อยา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561;33(3): 389-400.
7. ณัฐกร จันทนะ, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, พรรณวดี พุฒวัฒน์. ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการ รับประทานยารักษาวัณโรคตื้อยาหลาย ขนาน (Nutrition). Rama Nurs J 2562;25(3):296-309.
8. Jia Yin, Jinqiu Yuan, Yanhong Hu, Xiaolin Wei. Association between Directly Observed Therapy and Treatment Outcomes in Multidrug-Resistant Tuberculosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE | DOI:10.1371/ journal.pone.0150511 March 1, 2016 (P.1-14). 2016.
9. Williams AO, Makinde OA, Ojo M. Community-based management versus traditional hospitalization in treatment of drug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Global Health Research and Policy, volume 1, Article No.10 [Internet]. 2016. [cited 11 August 2019]. Available from: <https://ghrp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41256-016-0010-y>
10. Oyieng'o D, Park P, Gardner A, Kisang G, Diero L, Sitienei J, Carter J. Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis: early experience and results from Western Kenya. Public Health Action, Volume 2, Number 2, 21 June 2012, pp. 38-42(5). International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. [Internet]. 2012. [cited 11 August 2019]. Available from: <https://doi.org/10.5588/pha.12.0002>
11. Palacios E, Guerra D, Llaro K, Chalco K, Sapag R, Furin J. The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). Int J Tuberc Lung Dis. 2003 Apr;7(4):343-6. [Internet]. 2003. [cited 11 August 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12729339>

12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สรุป รายงานผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2561-2562.
13. นิรมล พิมน้ำเย็น, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, พัทรินทร์ สิริสุนทร, มนตรี กรรพุมมาลย์ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ความรู้และ เจตคติต่อวัณโรคคือยาหลายขนานของ เจ้าหน้าที่สถานีนามัยพื้นที่ภาคเหนือ ตอนล่างประเทศไทย. *Naresuan University Journal* 2011; 19(2):50-57.
14. สมศักดิ์ โอภาสตระกูล และดวงพร เตมีศักดิ์. ประเมินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง กำกับ การ กินยา โดยการมีส่วนร่วมของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา* 2550; 3(3):330-340.
15. วรรัตน์ อิมสงวน, สุรรัตน์ ท้าวถึง, ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ และจินตนา งามวิทยาพงศ์. ความรู้ การ ตีตรา และประสบการณ์ของแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับวัณโรคและการสำรวจวัณโรคใน กลุ่มผู้สัมผัส. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2560; 11(4):516-528.
16. จิราภรณ์ ชูวงศ์. กลยุทธ์การลดการตีตราของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ใน ชุมชนจังหวัดตรัง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรม ทางสุขภาพ* 2562; 2(1): 256-266.
17. Deshmukh RD, Dhande DJ, Sachdeva KS, Sreenivas A, Kumar AM, Satyanarayana S, Parmar M, Moonan PK, Lo TQ. Patient and Provider Reported Reasons for Lost to Follow Up in MDRTB Treatment: A Qualitative Study from a Drug Resistant TB Centre in India. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26301748>. *PLoS One*. 2015 Aug 24;10(8). [Online Available: June 2018].
18. Shona Horter, Beverley Stringer, Nell Gray, Nargiza Parpieva, Khasan Safaev, Zinaida Tigay, Jatinder Singh, and Jay Achar. Person-centred care in practice: perspectives from a short course regimen for multi-drug resistant tuberculosis in Karakalpakstan, Uzbekistan. *BMC Infect Dis*. 2020 Sep 16;20(1):675. [Internet]. 2020. [cited 13 July, 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32938422/>
19. M Loveday, K Wallengren, J Brust, J Roberts, A Voce, B Margot, J Ngozo, I Master, G Cassell, and N Padayatchi. Community-based care vs. centralised hospitalisation for MDR-TB patients, KwaZulu-Natal, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2015 Feb;19(2): 163-71. [Internet]. 2015. [cited 13 July, 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25574914/>