

ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและการตีตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา
ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

Knowledge and Understanding of Self-care and Self-stigma of Multi-drug
Resistance of Tuberculosis (MDR-TB) patient in responsible area of the
office of disease prevention and control region 10th Ubon Ratchathani

ทศพงษ์ บุระมาน*, อ้อมทิพย์ พลบุพผา, THANANPHAT NAKNIKORN, NORAPAT LEUNGGRATANAMART,
พลอยไพลิน เทพาทีปกรณ, อภิญญา จำปา

Thossaphong Buraman*, Aomtip Ponboopha, Thananphat Naknikorn, Norapat Leunggratanamart,
Ploypailin Tapateapakon, Apinya Champa

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control Region 10 Ubonratchathani

*Correspondence to: itisbenz@hotmail.com

Received: Mar 31, 2022 | Revised: Sep 30, 2022 | Accepted: Oct 5, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการตีตราตนเอง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการตีตราตนเองของผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี พื้นที่ศึกษาเป็นตำบลที่มีผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 36 ตำบล ใน 12 อำเภอ กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน จำนวน 51 ราย เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการตีตรา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Independent T-test

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 74.5 อายุเฉลี่ย 50.55 ปี ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 41.2 รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 78.4 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 52.9 รับการรักษาแบบมีที่เลี้ยง ร้อยละ 82.4 มีที่เลี้ยงเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร้อยละ 52.9 กินยาสม่ำเสมอทุกวัน ร้อยละ 88.2 มีเจ้าหน้าที่/คนคอยดูแลกำกับกับการกินยาทุกครั้ง ร้อยละ 49.0 ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.65 (SD.= 2.568) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.61 (SD.= 3.232) และระดับการตีตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 (SD.= 1.339) พบว่าปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเอง และความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย MDR-TB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านกลุ่มอายุ การเป็นผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยกลับซ้ำ/ผลการรักษาล้มเหลว ระดับการสนับสนุนทางสังคม และระดับความรู้

โรค TB/MDR/TB ไม่มีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเอง และความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย MDR-TB

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง, การตีตราตนเอง, วัณโรคดื้อยา

Abstract

This survey research was aimed to study knowledge and understanding of self-care and self-stigma and the factors associate to knowledge and understanding of self-care and self-stigma of MDR-TB patient in community. The study area was in the responsible area of the office of disease prevention and control region 10th Ubon Ratchathani where found MDR-TB patient in 36 sub-districts, 12 districts during the year 2016-2018. Population were 51 cases of MDR-TB patients. The tool was questionnaires consisted of the general data, social support, knowledge of MDR-TB self-care, and stigma. Descriptive statistic and Independent T-test were used for data analysis.

Results: The sample were male (74.5%), Age average 50.55 year, No career during treatment (79%), MDR-TB new case (52.9%), Care by DOT (Directly observed treatment; 82.4%), care giver was health personnel (52.9%), drug adherence (88.2%), and DOT by care giver (49.0%). The knowledge and understanding of self-care was moderate level (Mean=11.65, S.D.=2.568), social support in the community was moderate level (Mean=13.61, S.D.=3.232), and self-stigma was moderate level (Mean=3.25, S.D.=1.339). The factor of sex was associated to self-stigma and knowledge and understanding of self-care of MDR-TB patient significantly at 0.05. Whereas the factors of age, and type of patients: new case and relapse/ failure, social support was not significant relation to self-stigma and knowledge and understanding of self-care of MDR-TB patient.

Keywords: Self-Care, Self-stigma, MDR-TB

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง⁽¹⁾ วัณโรคเชื้อดื้อยา (MDR-TB) ถือเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สร้างภาระทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตามการควบคุมป้องกันโรคในระดับผู้ปฏิบัติงาน

พบว่ามีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การตรวจวินิจฉัย และระบบรายงาน ส่งผลกระทบต่ออัตราการรักษาสำเร็จอยู่ในระดับต่ำ กล่าวคือมีผลการรักษาหาย (cured) ร้อยละ 51.00 (95%CI = 44.00-58.00) รักษาครบ (treatment completed) ร้อยละ 33.00 (95%CI = 10.00 - 55.00) และพบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการ

รักษา จะใช้เวลานาน โดยอยู่ในช่วง 8.20–30.00 เดือน⁽²⁾ ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี พบอัตราการรักษาสำเร็จ พบว่าอัตราการรักษาสำเร็จ ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2558 อยู่ที่ร้อยละ 60.86, ร้อยละ 54.0, ร้อยละ 68, และร้อยละ 7⁽³⁾ และจากการศึกษาสาเหตุของการรักษาล้มเหลว มาจากหลายปัจจัย ปัจจัยที่มีผลต่อความล้มเหลวของการรักษา MDRTB ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 พบว่าปัจจัยด้านการไม่มีรายได้ระหว่างการรักษา MDRTB มีผลต่อการรักษาล้มเหลว และการขาดยาในผู้ป่วย MDRTB อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05⁽⁴⁾ จากข้อมูลการรักษาผู้ป่วย MDR-TB ในเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานีพบว่า อัตราการรักษาสำเร็จ ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดคือร้อยละ 85 และปัญหาการขาดรายได้และการขาดยาระหว่างทำการรักษา ทำให้อัตราการรักษาสำเร็จต่ำกว่าค่าเป้าหมาย

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามในผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในแพทย์และพยาบาลที่เคยป่วยด้วยวัณโรค พบว่า แพทย์พยาบาลอยากหลีกเลี่ยงการทำงานกับผู้ป่วยวัณโรคเพราะกลัวติดโรค แต่ยังไม่พบว่ามีส่วนน้อยที่รู้สึกรุนแรงถึงการติดตามวัณโรคในขณะที่ตนเองป่วย⁽⁵⁾ และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาด้านความต้องการการขอรับคำปรึกษาผ่าน TBCOE (TB Center of Excellence) มี 4 หัวข้อหลักที่ปรึกษาคือ (1) การจัดการผู้ป่วย MDR-TB ในระยะเริ่มต้นการรักษา (2) การรักษาในระยะยาวและอาการข้างเคียงของยาที่รักษา (3) การจัดการผู้สัมผัสผู้ป่วย MDR-TB และ (4) แผนการรักษาทั้งหมด⁽⁶⁾ ด้านมุมมองและประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล (HCW) ต่อการรักษาในระยะ

สั้น (SCR: Short Course Regimen) HCW เห็นว่า SCR ช่วยลดภาระการรักษาที่ยุงยาก ที่ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ได้ ผู้ป่วยมีกำลังใจรักษาและกินยาต่อเนื่อง ลดการตีตราได้ แต่ยังมีข้อสงสัยด้านความเหมาะสม ประสิทธิภาพการรักษาด้วย SCR และต้องการความรู้และความเข้าใจเพื่อนำไปอธิบายให้ผู้ป่วยได้ ด้านผู้ป่วยมองว่า SCR มีความต้องการการรักษาและสามารถรับหรือทนกับการรักษาได้⁽⁷⁾ ด้านการดูแล แบบผู้ป่วย MDR-TB เป็นศูนย์กลางที่รักษาด้วยสูตรระยะสั้น ในประเทศอุซเบกิสถาน (Uzbekistan) ศึกษาจากมุมมองและประสบการณ์ (Perspective and Experience) ของผู้ป่วยและผู้ดูแล (HCW) พบว่า ผู้ป่วย ไม่คุ้นเคยกับการตัดสินใจเองและรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับผิดชอบในการรักษาต่อเนื่อง ต้องการมีส่วนร่วมในการพูดคุยเรื่องการรักษา และทางเลือกในการรักษาว่าจะรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบรักษาโดยทาง รพ. ด้านผู้ดูแล ต้องการมีความรู้เข้าใจ เรื่องโรคเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ สามารถให้คำแนะนำการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยทั้งทางเลือกการรักษาและแพทย์ผู้ดูแล ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นว่าควรมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา เพื่อเตรียมผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถรักษาอย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁾ ระบบการดูแลที่เน้นในระดับพื้นที่ (Peripheral Initial Facility) ช่วยให้ผู้ป่วย MDR-TB กินยาและรักษาต่อเนื่อง (Adherence) ในระยะเข้มข้น (Intensive Phase) ร้อยละ 26.5 ในขณะที่การดูแลจากส่วนกลางกินยาต่อเนื่อง ร้อยละ 0 เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มที่รักษาต่อเนื่อง (good adherence) พบว่ามีการคัดกรองผู้สัมผัส ร้อยละ 24.1 และกลุ่มรักษาไม่ต่อเนื่อง (poor adherence) การคัดกรองผู้สัมผัส ร้อยละ 3.6⁽⁹⁾

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การดูแลผู้ป่วย โดยชุมชน และการได้รับการดูแลและสนับสนุน ช่วยเหลือจากคนในครอบครัวและชุมชน มีผลต่อการรักษาสำเร็จของผู้ป่วย MDR-TB และผลการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาขึ้นกับหลายปัจจัย สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัวและชุมชน และไม่ตีตราผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชน ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลต่อการมีกำลังใจ และการตัดสินใจที่จะรับการรักษาและกินยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา การมีข้อมูลพื้นฐานด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการตีตราตนเองของผู้ป่วย จึงมีความสำคัญที่สามารถนำมา

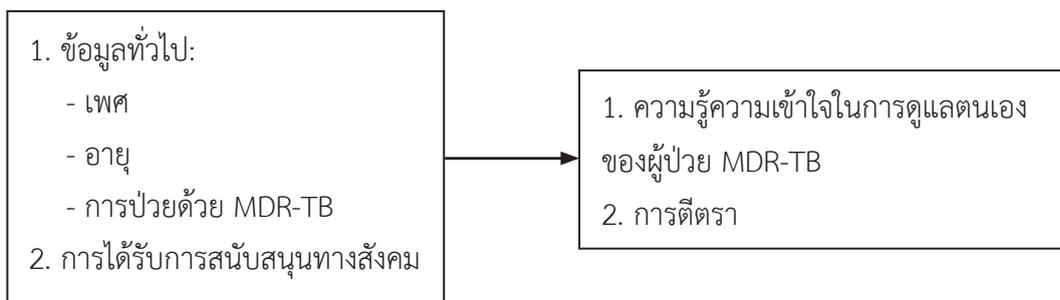
ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

(1) เพื่อศึกษาระดับความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการตีตราตนเองของผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

(2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการตีตราตนเองของผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการตีตราตนเองของผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการตีตราตนเองของผู้ป่วย MDR - TB ในระดับชุมชน ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี ในหนึ่งจังหวัด พื้นที่เป้าหมายที่มีผู้ป่วย MDR-TB ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นตำบลที่มีผู้ป่วย MDR-TB ที่อยู่ในระหว่างการรักษา

จาก 12 อำเภอ 36 ตำบล ที่มีผู้ป่วย MDR - TB ในระหว่างปีงบประมาณ 2560 - 2562

กลุ่มประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วย MDR-TB ที่เข้ารับการรักษา ในระหว่างปีงบประมาณ 2560 - 2562 จำนวน 51 คน ในพื้นที่เป้าหมาย 12 อำเภอ 36 ตำบล ที่มีผู้ป่วย MDR-TB⁽¹⁰⁾

เครื่องมือที่ใช้ และวิธีการเก็บข้อมูล เครื่องมือในการศึกษา แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรักษา ความรู้ความเข้าใจโรค TB/MDR-TB การสนับสนุนทางสังคม และการตีตรา

ผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ทำการเก็บข้อมูลโดยการ สอบถาม ตามแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูล และการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-withney U test เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้เรื่อง โรค TB/MDR-TB และการตีตราตนเองของผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน ประกอบด้วยปัจจัยด้าน ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง การสนับสนุน ทางสังคม และการตีตรา ของผู้ป่วย MDR-TB

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคคือยา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.5 อายุเฉลี่ย 50.55 โดยมีอายุต่ำสุด คือ 17 ปี และอายุสูงสุด คือ 78 ปี สถานะภาพสมรสคู่ คิดเป็น ร้อยละ 45.1 จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับประถมศึกษา 64.7 อาชีพหลักไม่ได้ทำงานคิดเป็นร้อยละ 41.2 รองลงมา เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 27.5 ราย ได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน พบว่า มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.3 รายได้ 5,000 – 7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.5 ไม่มี รายได้ คิดเป็นร้อยละ 23.5 มีรายได้มากกว่า 9,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 9.8 และ มี รายได้ 7,001 – 9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.8 ตามลำดับ และพบว่ารายได้ไม่เพียงพอต่อการ ใช้ จ่ายในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 78.4 ระหว่างการ รักษาผู้ให้การสนับสนุนเรื่องความเป็นอยู่และค่าใช้จ่าย เป็นพ่อ-แม่-ลูก คิดเป็นร้อยละ 51.0

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการตรวจ รักษาวัณโรคเชื้อดื้อยาแต่ละครั้ง (บาท) เฉลี่ย 289.80 บาท ค่าใช้จ่ายสูงสุด 1,000 บาท ต่ำสุด 0 บาท (S.D.=249.435) บ้าน/ที่พักที่อาศัยอยู่

ปัจจุบันมีสมาชิกอาศัยอยู่รวมกันทั้งหมด เฉลี่ย 4 คน ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 8 คน (SD.= 1.927) สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย พ่อแม่ลูก คิด เป็นร้อยละ 37.3 ไม่มีสมาชิกที่อาศัยอยู่รวมบ้านที่ มีอายุต่ำกว่า 5 ขวบคิดเป็นร้อยละ 78.4 มีสมาชิก ที่อาศัยอยู่รวมบ้านที่มีอายุต่ำกว่า 5 ขวบจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.0 และมีจำนวน 3 คนและมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยง ด้านสุขภาพ พบว่า ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 62.7 และ สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 37.3 ประวัติการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า เคยดื่ม (ปัจจุบัน เลิกดื่มแล้ว) คิดเป็นร้อยละ 25.5 และ ไม่เคยดื่ม คิดเป็นร้อยละ 15.7

ข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ (New) คิดเป็นร้อยละ 52.9 กลับเป็นซ้ำ (Relapse) คิดเป็นร้อยละ 15.7 รักษาซ้ำภายหลังขาดยา (After loss follow-up) คิดเป็นร้อยละ 13.7 รักษา ซ้ำภายหลังล้มเหลวของผู้ป่วยใหม่ (TAF of New) คิดเป็นร้อยละ 9.8 และรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว ของผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาแล้วด้วยสูตรยาแนว ที่ 1 (TAF of History of previous treatment) คิดเป็นร้อยละ 7.8 ตามลำดับ

จำนวนครั้งของการรักษาก่อนการรักษา ครั้งปัจจุบัน รักษา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.9 รับการรักษา 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39.2 และรับ การรักษา 3 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 7.8 ตาม ลำดับ รูปแบบการรักษาแบบมีพี่เลี้ยง คิดเป็น ร้อยละ 82.4 และแบบไม่มีพี่เลี้ยง คิดเป็นร้อยละ 17.6 กรณีมีพี่เลี้ยง พบว่า บุคคลผู้ทำหน้าที่ กำกับ การกินยา (DOT) โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. คิดเป็นร้อยละ 52.9 สมาชิก ในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 13.7 อื่นๆ คิดเป็น

ร้อยละ 9.8 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 3.9 และผู้นำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ

การเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา (เฉพาะคนที่อยู่ในระหว่างการรักษา) พบว่า ไม่ป่วยคิดเป็นร้อยละ 68.6 และป่วยคิดเป็นร้อยละ 31.4

ประวัติการมีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว พบว่า ไม่เคยมีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 54.9 มีประวัติว่ามีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 25.5 และมีประวัติว่า เคยมีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 19.6 ตามลำดับ ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคคือยา พบว่า ไม่มีการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคคือยา คิดเป็นร้อยละ 43.1 เป็นการสัมผัสกับคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 25.5 จากบ้านติดกัน/ละแวกบ้านเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 17.6 และจากห้องเรียน/สถานที่ทำงานเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ตามลำดับ

การเกิดอาการข้างเคียงจากยา พบว่า มีอาการอาเจียน คิดเป็นร้อยละ 41.2 รองลงมา คือ อาการคลื่นไส้ คิดเป็นร้อยละ 37.3 ชาปลายมือ ปลายเท้าคิดเป็นร้อยละ 25.5 พิษต่อหู คิดเป็นร้อยละ 19.6 ผื่นคัน คิดเป็นร้อยละ 19.6 เหนื่อย/เพลีย คิดเป็นร้อยละ 9.8 เวียนศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 7.8 ตับอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 5.9 น้ำตาน้ำลาย เสมหะ เหงื่อ ปัสสาวะและอุจจาระเป็นสีส้ม คิดเป็นร้อยละ 5.9 ผิวหนังลอก คิดเป็นร้อยละ 5.9 ผื่นร้าย/นอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 5.9 ปวดตามข้อ คิดเป็นร้อยละ 3.9 และปวดส้นเท้า คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ

ความสม่ำเสมอของการกินยา พบว่า กินทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 88.2 และลืมบางครั้ง คิดเป็น

ร้อยละ 11.8 จำนวนวันที่ขาดยานานที่สุด 130 วัน โดยการกินยาวัณโรคเป็นแบบ มีเจ้าหน้าที่/คนคอยดูแลกำกับการกินยาทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 49.0 รองลงมา คือ กินเองไม่ต้องให้ใครดูแล คิดเป็นร้อยละ 25.5 กินเองแต่ต้องมีคนคอยควบคุมกำกับ บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.5 และพบว่า ไม่ได้กินยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 92.2 และพบว่าอยู่ในระหว่างกินยาต้านไวรัสคิดเป็นร้อยละ 7.8 โดยกินตรงเวลาและสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 5.9 และกินสม่ำเสมอไม่ตรงเวลา คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ สถานที่ๆไปรับบริการฉีดยาในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา พบว่า ส่วนใหญ่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล คิดเป็นร้อยละ 90.2 รองลงมา คือ โรงพยาบาลอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 7.8 และโรงพยาบาลจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ สิทธิการรักษาหลักพบว่า ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ (UC) คิดเป็นร้อยละ 92.2 ราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 3.9 และประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 3.9

ระยะทางจากบ้านถึงสถานที่ๆท่านไปรับบริการตรวจรักษา และรับยารักษาวัณโรคซื้อคือยา พบว่า ส่วนใหญ่ ระยะทางมากกว่า 20 กม. คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมา ระยะทาง 5.1 – 10 กม.คิดเป็นร้อยละ 7.8 ระยะทาง 15.1– 20 กม. คิดเป็นร้อยละ 7.8 และ ระยะทาง 10.1 -15 กม. คิดเป็นร้อยละ 3.9 ตามลำดับ การได้รับการเยี่ยมบ้าน พบว่า มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน คิดเป็นร้อยละ 96.1 และไม่พบว่ามีมาเยี่ยมบ้าน คิดเป็นร้อยละ 3.9 เจ้าหน้าที่ที่มาเยี่ยมบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/เจ้าหน้าที่ รพ. สต. คิดเป็นร้อยละ 84.3 รองลงมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คิดเป็นร้อยละ 51.0 ทีมสหวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 27.5 และผู้นำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 3.9 ตามลำดับ

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย MDR-TB ส่วนใหญ่ พบว่า การได้รับข้อมูลความรู้ เรื่องโรควัณโรคเชื้อดื้อยา การดูแลตนเองและการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รับในระดับมาก การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวิธีการกินยา และการฉีดยา เพื่อรักษาโรค วัณโรคเชื้อดื้อยา จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากน้อยเพียงใด รับในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 80.4 คนในครอบครัวท่านช่วยดูแลเรื่องการกินยา และเรื่องอื่นๆ รับในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 64.3 คนในครอบครัว/ญาติให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาเมื่อท่านมีปัญหา รับในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 41.2

หน่วยงานในชุมชน เช่น อบต. และหรือกองทุนอื่นๆ ในหมู่บ้านให้ความช่วยเหลือท่านในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค พบว่าไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 78.4 ในการทำกิจกรรม งานบุญประเพณี มักจะเข้าไปมีส่วนร่วมและช่วยเหลือกิจกรรมงานบุญและกิจกรรมอื่นๆ ของหมู่บ้าน ได้รับน้อย คิดเป็นร้อยละ 35.5 และความสัมพันธ์ของท่านกับเพื่อนบ้านและหรือคนในชุมชนเป็นไปด้วยดี ทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากน้อยเพียงใด พบว่า รับในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 47.1 (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย MDR-TB)

| แรงสนับสนุนทางสังคม | การได้รับแรงสนับสนุน | | | | | | | |
|--|----------------------|------|---------|------|------|------|-----------|------|
| | มาก | | ปานกลาง | | น้อย | | ไม่ได้รับ | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1. ท่านได้รับข้อมูลความรู้เรื่องโรควัณโรคเชื้อดื้อยา การดูแลตนเองและการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากน้อยเพียงใด | 36 | 70.6 | 14 | 27.5 | 1 | 2.0 | - | - |
| 2. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องวิธีการกินยา และการฉีดยา เพื่อรักษาโรค วัณโรคเชื้อดื้อยา จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากน้อยเพียงใด | 41 | 80.4 | 9 | 17.6 | 1 | 2.0 | - | - |
| 3. คนในครอบครัวท่านช่วยดูแลเรื่องการกินยา และเรื่องอื่นๆ | 33 | 64.7 | 12 | 23.5 | 2 | 3.9 | 4 | 7.8 |
| 4. คนในครอบครัวท่าน/ญาติให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาเมื่อท่านมีปัญหา มากน้อยเพียงใด | 21 | 41.2 | 15 | 29.4 | 8 | 15.7 | 7 | 13.7 |
| 5. หน่วยงานในชุมชน เช่น อบต. และหรือกองทุนอื่นๆ ในหมู่บ้านให้ความช่วยเหลือท่านในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค | 2 | 3.9 | 6 | 11.8 | 3 | 5.9 | 40 | 78.4 |

| แรงสนับสนุนทางสังคม | การได้รับแรงสนับสนุน | | | | | | | |
|---|----------------------|------|---------|------|------|------|-----------|------|
| | มาก | | ปานกลาง | | น้อย | | ไม่ได้รับ | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 6. ในการทำกิจกรรม งานบุญประเพณี มักจะเข้าไปมีส่วนร่วมและช่วยเหลือกิจกรรมงานบุญและกิจกรรมอื่นๆ ของหมู่บ้าน | 5 | 9.8 | 11 | 21.6 | 18 | 35.5 | 17 | 33.3 |
| 7. ความสัมพันธ์ของท่านกับเพื่อนบ้านและหรือคนในชุมชนเป็นไปด้วยดี ทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากน้อยเพียงใด | 24 | 47.1 | 19 | 37.3 | 3 | 5.9 | 5 | 9.8 |

ข้อมูลความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา ส่วนใหญ่ พบว่า ความรู้เรื่อง วัณโรคเชื้อดื้อยา เป็นโรคที่มีความรุนแรงและทำให้สูญเสียมากกว่าวัณโรคไม่ดื้อยา ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 84.3 เชื้อวัณโรคมีอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั่วไป เช่น ในอากาศ น้ำ ดิน ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 64.7 แสงแดดไม่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ ตอบ ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 49.0 อากาศโอเรียจเกิน 2 สัปดาห์ โอเป็นเลือด มีใช้ต่างๆ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก เป็นอาการที่น่าสงสัยของวัณโรค ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 84.3 วัณโรคสามารถติดต่อ แพร่กระจาย จากการไอ จามของผู้ป่วยวัณโรค ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 90.2 การทำลายเชื้อวัณโรคในเสมหะอย่างถูกวิธี เช่น เผา ต้ม ตากแดด จะทำให้ลดการแพร่กระจายของโรคได้ ตอบใช่ คิดเป็นร้อยละ 52.9 วัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนานใช้เวลารักษา 6 เดือนติดต่อกันก็หายได้เช่นเดียวกับวัณโรคธรรมดา ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 35.3 การดื่มเหล้า สุรา ยาตอง จะทำให้ยารักษาวัณโรคออกฤทธิ์ดีขึ้น ตอบ ไม่ใช่ คิดเป็น

ร้อยละ 72.5 การกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์แนะนำ วัณโรคเชื้อดื้อยา สามารถรักษาให้หายขาดได้ ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 98.0 ผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นวัณโรคแล้วจะไม่ป่วยเป็นวัณโรคอีกเลย ตอบไม่ใช่ ร้อยละ 54.9 การใช้หน้ากากอนามัยสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 94.0 ค่าใช้จ่ายในการรักษาและระยะเวลาในการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยามากกว่า วัณโรคไม่ดื้อยา หลายเท่าตัว ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 84.3 หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาและดูแลป้องกันตนเองอย่างดี คนในครอบครัว และเพื่อนบ้านจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรควัณโรคเชื้อดื้อยา ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 92.2 การมาตรวจตามนัดช่วยให้แพทย์ได้ตรวจร่างกาย ติดตามอาการ และการแพทย์ ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 92.2 การที่ท่านกินยาวัณโรคเชื้อดื้อยา อย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา เท่ากับเป็นการป้องกันคนในครอบครัว และเพื่อนบ้านจากโรควัณโรคเชื้อดื้อยาด้วยเช่นกัน ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 96.1 (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาฯ

| ประเด็น | ใช่ | | ไม่ใช่ | | ไม่แน่ใจ | |
|--|-----|------|--------|------|----------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 1. วัณโรคเชื้อดื้อยา เป็นโรคที่มีความรุนแรงและทำให้สูญเสียมากกว่าวัณโรคไม่ดื้อยา | 43 | 84.3 | 2 | 3.9 | 6 | 11.8 |
| 2. เชื้อวัณโรคมีอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั่วไป เช่น ในอากาศ น้ำ ดิน | 33 | 64.7 | 2 | 3.9 | 16 | 31.4 |
| 3. แสงแดดไม่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ | 14 | 27.5 | 25 | 49.0 | 12 | 23.5 |
| 4. อาการไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ไอเป็นเลือด มีไข้ต่ำๆ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก เป็นอาการที่น่าสงสัยของวัณโรค | 43 | 84.3 | 4 | 7.8 | 4 | 7.8 |
| 5. วัณโรคสามารถติดต่อ แพร่กระจาย จากการไอ จาม ของผู้ป่วยวัณโรค | 46 | 90.2 | 1 | 2.0 | 4 | 7.8 |
| 6. การทำลายเชื้อวัณโรคในเสมหะอย่างถูกวิธี เช่น เฝ้า ต้ม ตากแดด จะทำให้ลดการแพร่กระจายของโรคได้ | 27 | 52.9 | 10 | 19.6 | 14 | 27.5 |
| 7. วัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนานใช้เวลารักษา 6 เดือนติดต่อกันก็หายได้เช่นเดียวกับวัณโรคธรรมดา | 18 | 35.3 | - | - | 5 | 9.8 |
| 8. การดื่มเหล้า สุรา ยาตอง จะทำให้ยารักษาวัณโรคออกฤทธิ์ดีขึ้น | 11 | 21.6 | 37 | 72.5 | 3 | 5.9 |
| 9. การกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์แนะนำ วัณโรคเชื้อดื้อยา สามารถรักษาให้หายขาดได้ | 50 | 98.0 | - | - | 1 | 2.0 |
| 10. ผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นวัณโรคแล้วจะไม่ป่วยเป็นวัณโรคอีกเลย | 15 | 29.4 | 28 | 54.9 | 8 | 15.7 |
| 11. การใช้หน้ากากอนามัยสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ | 48 | 94.1 | - | - | 3 | 3.9 |
| 12. ค่าใช้จ่ายในการรักษาและระยะเวลาในการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยา มากกว่า วัณโรคไม่ดื้อยา หลายเท่าตัว | 43 | 84.3 | 5 | 9.8 | 3 | 5.9 |
| 13. หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาและดูแลป้องกันตนเองอย่างดี คนในครอบครัว และเพื่อนบ้านจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรควัณโรคเชื้อดื้อยา | 47 | 92.2 | 2 | 3.9 | 2 | 3.9 |
| 14. การมาตรวจตามนัดช่วยให้แพทย์ได้ตรวจร่างกาย ติดตามอาการ และการแพ้ยา | 47 | 92.2 | - | - | 4 | 7.8 |

| ประเด็น | ใช่ | | ไม่ใช่ | | ไม่แน่ใจ | |
|---|-----|------|--------|-----|----------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| 15. การที่ท่านการกินยาวัณโรคเชื้อดื้อยา อย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา เท่ากับเป็นการป้องกันคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านจากโรควัณโรคเชื้อดื้อยา ด้วยเช่นกัน | 49 | 96.1 | 1 | 2.0 | 1 | 2.0 |

ข้อมูลการตีตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาฯ ส่วนใหญ่ พบว่า ท่านเต็มใจที่จะรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการกินยาที่ถูกต้องจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 49.0 ถ้าท่านไม่สะดวกที่จะเก็บยาไว้กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวหรือไม่ เช่น อสม./จนท.สาธารณสุข/ผู้นำชุมชน เพราะไม่ต้องการให้คนอื่นทราบว่าเป็น MDR-TB ตอบ ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 80.4 ท่านไม่สะดวกให้ผู้กำกับกับการกินยาวัณโรค มากำกับการกินยาที่บ้านของท่าน เพราะ

ไม่ต้องการให้เพื่อนบ้านทราบว่าป่วยเป็น MDR-TB ตอบ ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 82.4 ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของชุมชน เช่น งานบุญ ฯลฯ ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 45.1 ท่านรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นในชุมชนอย่างเป็นปกติ ตอบ ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 86.3 ท่านสามารถพูดคุย หรือระบายความรู้สึกกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวของท่าน เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาได้ ตอบ ใช่ คิดเป็นร้อยละ 56.9 (ตั้งรายละเอียดในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการตีตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาฯ

| ประเด็น | ใช่ | | ไม่ใช่ | | ไม่แน่ใจ | |
|---|-----|------|--------|------|----------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 1. ท่านเต็มใจที่จะรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการกินยาที่ถูกต้องจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | 25 | 49.0 | 19 | 37.3 | 7 | 13.7 |
| 2. ท่านไม่สะดวกที่จะเก็บยาไว้กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวหรือไม่ เช่น อสม./จนท.สาธารณสุข/ผู้นำชุมชน เพราะไม่ต้องการให้คนอื่นทราบว่าเป็น MDR-TB | 9 | 17.6 | 41 | 80.4 | 1 | 2.0 |
| 3. ท่านไม่สะดวกให้ผู้กำกับกับการกินยาวัณโรค มากำกับการกินยาที่บ้านของท่าน เพราะไม่ต้องการให้เพื่อนบ้านทราบว่าป่วยเป็น MDR-TB | 7 | 13.7 | 42 | 82.4 | 2 | 3.9 |
| 4. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของชุมชน เช่น งานบุญ ฯลฯ | 23 | 45.1 | 22 | 43.1 | 6 | 11.8 |
| 5. ท่านรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นในชุมชนอย่างเป็นปกติ | 6 | 11.8 | 44 | 86.3 | 1 | 2.0 |
| 6. ท่านสามารถพูดคุย หรือระบายความรู้สึกกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวของท่านเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาได้ | 29 | 56.9 | 19 | 37.3 | 3 | 5.9 |

ผลการวิเคราะห์ ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการติตราตนเองของผู้ป่วย MDR-TB พบว่า ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย MDR-TB อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 13.61 (S.D=3.232) ระดับความรู้

ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 11.65 (S.D=2.56) และระดับการติตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.27 (S.D=2.07) (รายละเอียดดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับของความรู้ และความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการติตราตนเองของผู้ป่วย MDR-TB

| ตัวแปร | Mean | SD. | ระดับ |
|--|-------|------|---------|
| การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย MDR-TB (Min = 4 Max = 17) | 13.61 | 3.23 | ปานกลาง |
| ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา (Min = 4 Max = 15) | 11.65 | 2.56 | ปานกลาง |
| การติตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในชุมชน (Min = 0 Max = 10) | 4.27 | 2.07 | ปานกลาง |

**ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ
รู้โรคTB/MDR-TB และการติตราตนเองของ
ผู้ป่วย MDR-TB**

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการติตราตนเองของผู้ป่วย MDR-TB โดยใช้สถิติ Man-Whitney U Test เนื่องจากตัวแปรตาม คือ การติตราตนเองของผู้ป่วย MDR-TB เมื่อนำมาทดสอบ Normality ด้วย ค่า Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลไม่เป็น Normal โดยมีค่า Sig. = 0.021

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการติตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยเพศชายมีค่าคะแนนการติตราตนเองสูงกว่าเพศหญิง ส่วนปัจจัยด้านกลุ่มอายุการเป็นผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยกลับซ้ำ/ผลการ

รักษาล้มเหลว ระดับการสนับสนุนทางสังคม และระดับความรู้โรค TB/MDR-TB ไม่มีความสัมพันธ์กับการติตราตนเองของผู้ป่วย MDR-TB

เมื่อพิจารณารายละเอียดของค่าคะแนนการติตราตนเองของผู้ป่วย รายตัวแปร พบว่า กลุ่มที่มีค่าคะแนนการติตราตนเองมากกว่าในรายตัวแปร คือ กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี (29.66 คะแนน) การเป็นผู้ป่วยรายใหม่ (28.43 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย (26.9 คะแนน) และความรู้โรคTB/MDR-TB ระดับน้อย (29.33 คะแนน) (รายละเอียดดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองของผู้ป่วย MDR-TB

| | ตัวแปร | N | Mean Rank | Asym.sig.(2tailed) |
|--------------------------|---------------------|----|-----------|--------------------|
| เพศ | ชาย | 38 | 28.59 | 0.032* |
| | หญิง | 13 | 18.42 | |
| อายุ | มากกว่า 50 ปี | 25 | 29.66 | 0.443 |
| | น้อยกว่า 50 ปี | 26 | 22.48 | |
| การป่วย | ผู้ป่วยรายใหม่ | 27 | 28.43 | 0.466 |
| | ป่วยกลับซ้ำ/ล้มเหลว | 24 | 23.27 | |
| ระดับการสนับสนุนทางสังคม | | | | |
| | น้อย (4-13.6) | 22 | 26.9 | 0.70 |
| | มาก (13.61-15) | 29 | 25.31 | |
| ระดับความรู้โรคTB/MDR-TB | | | | |
| | น้อย (4-11.65) | 18 | 29.33 | 0.23 |
| | มาก (11.65-15) | 33 | 24.18 | |

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้โรค TB/MDR-TB ของผู้ป่วย MDR-TB โดยใช้สถิติ Man-Whitney U Test เนื่องจากตัวแปรตามคือความรู้โรค TB/MDR-TB เมื่อนำมาทดสอบ Normality ด้วย ค่า Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลไม่เป็น Normal โดยมีค่า Sig. = 0.000

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรค TB/MDR-TB ของผู้ป่วย MDR-TB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยเพศหญิงมีค่าคะแนนความรู้ สูงกว่าเพศชาย ส่วนปัจจัยด้านกลุ่มอายุ การเป็นผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยกลับซ้ำ/ผลการรักษาล้มเหลว และระดับการ

สนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการความรู้เรื่องโรค TB/MDR-TB ของผู้ป่วย MDR-TB

เมื่อพิจารณารายละเอียดของค่าคะแนนการความรู้เรื่องโรค TB/MDR-TB ของผู้ป่วย MDR-TB รายตัวแปร พบว่า กลุ่มที่มีค่าคะแนนการการความรู้เรื่องโรค TB/MDR-TB มากกว่าในรายตัวแปรคือ กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี (27.14 คะแนน) การเป็นผู้ป่วยรายใหม่ (28.83 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย (26.9 คะแนน) และความรู้โรค TB/MDR-TB ระดับมาก (28.07 คะแนน) (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 วิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการความรู้เรื่องโรค TB/MDR-TB ของผู้ป่วย MDR-TB

| | ตัวแปร | N | Mean Rank | Asym.sig.(2tailed) |
|--------------------------|---------------------|----|-----------|--------------------|
| เพศ | ชาย | 38 | 23.45 | 0.034* |
| | หญิง | 13 | 33.46 | |
| อายุ | มากกว่า 50 ปี | 25 | 27.14 | 0.587 |
| | น้อยกว่า 50 ปี | 26 | 24.90 | |
| การป่วย | ผู้ป่วยรายใหม่ | 27 | 28.83 | 0.053 |
| | ป่วยกลับซ้ำ/ล้มเหลว | 24 | 22.81 | |
| ระดับการสนับสนุนทางสังคม | | | | |
| | น้อย (4-13.6) | 22 | 23.27 | 0.248 |
| | มาก (13.61-15) | 29 | 28.07 | |

อภิปรายผลการศึกษา

1. ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย MDR-TB อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.61 (S.D=3.232) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมด้านการดูแลรักษาส่วนใหญ่มากจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนในครอบครัว โดยการสนับสนุนจากคนในชุมชนท้องถิ่นพบว่า การสนับสนุนจาก อปท. น้อยที่สุด เพียงร้อยละ 3.9 อย่างไรก็ตามแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับในระหว่างการรักษา มีความสำคัญต่อผลการรักษาสำเร็จของผู้ป่วย MDR-TB โดยเฉพาะการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการรักษา และการได้รับการสนับสนุนการจัดการปัญหา และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในชุมชน ระหว่างรับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรายงานระดับการสนับสนุนทางสังคม จิตวิทยา และการสนับสนุนค่าใช้จ่ายมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผลการรักษาสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001⁽¹¹⁾ และปัจจัย

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมการดูแลตัวเองและป้องกันควบคุมโรค MDR-TB และปัจจัยด้านการไม่มีรายได้ระหว่างการรักษา MDR-TB สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการรักษาการรักษาล้มเหลวและการขาดยาในผู้ป่วย MDR-TB ได้ร้อยละ 20.7 โดยมีเปอร์เซ็นต์ในการพยากรณ์ถูกต้องเป็น 67.1%⁽⁴⁾ และผลการศึกษาตัวแปรทางด้านสังคมที่มีผลต่อการรับประทายาต้านวัณโรคไม่ถูกต้องในผู้ป่วยดื้อยา ได้แก่ ทักษะคิด การสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ พบว่า ค่าคะแนนมีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้พบว่า ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมีผลในการช่วยลดการทานยาไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 99.3 (p=0.02 ,95%CI=76.4% -99.99) เมื่อยังไม่ควบคุมปัจจัยอื่น⁽¹²⁾ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลกำกับการกินยา ระหว่างการรักษามีความสำคัญต่อการรักษาสำเร็จ ดังผลการศึกษาพบว่า การกำกับการกินยาด้วยการ DOT (Directly observed therapy) มีผลทางอ้อมต่อ

การรักษาสำเร็จ และการกินยาอย่างต่อเนื่องอย่าง มีนัยสำคัญที่ 0.001⁽¹¹⁾ และพบว่าทัศนคติต่อวัณโรค ต้อยหลายขนานและการรักษา การสนับสนุนทาง สังคม โดยรวมและรายด้าน และความสะดวกใน การเดินทางมารับบริการ มีความสัมพันธ์กับความ สม่่าเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคต้อย หลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾

2. ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อต้อย อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.65 (S.D=2.568) เนื่องจาก ยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเป็นเรื่อง ระยะเวลาในการรักษาวัณโรคเชื้อต้อยและวัณโรค ไม่ต้อย ว่าใช้เวลารักษาเท่ากัน ร้อยละ 35.3 และแสงแดดไม่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ ร้อยละ 27.5 สอดคล้องกับการศึกษา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัยพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย ร้อยละ 74.1 มีความรู้และเจตคติระดับปานกลาง นอกจากนี้ในงานวิจัย⁽¹⁵⁾ พบว่า อัตราการติดเชื้อใน บ้านที่มีผู้ป่วยวัณโรคเชื้อต้อย ร้อยละ 3.3 ซึ่งต่ำกว่า บ้านที่สงสัยว่ามีผู้ป่วย พบว่า มีร้อยละ 4.8 โดย ผู้ป่วยพบเพศชายมากกว่าเพศหญิง นอนในห้อง เดียวกันมากกว่า 3 คน และนอนในมุ้งเดียวกัน ดังนั้น การสร้างความรู้และความตระหนักจาก สภาวะที่ผู้ป่วยและคนในครอบครัวเผชิญ มีผลต่อ ผลลัพธ์การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคเชื้อต้อยของ คนในครอบครัวแตกต่างกัน ความรู้ความเข้าใจ ต่อโรค การดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการ แพร่เชื้อในครอบครัวและคนใกล้ชิด

3. ระดับการติตราตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ต้อยในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.25 (S.D=1.339) เนื่องจากผู้ป่วยยัง ยอมรับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในด้านการรักษา แม้ว่าส่วนตัวแล้ว ผู้ป่วยไม่ต้องการให้เพื่อนบ้านทราบว่าป่วย จะเห็น ได้จากผู้ป่วยยังต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมา กำกับการกินยาที่บ้าน ร้อยละ 82.4 และต้องการ เก็บยาไว้กับผู้กำกับการกินยาหรือ รพ.สต.ถึง ร้อยละ 80.4 ซึ่งการยอมรับเรื่องการเก็บยากับ เจ้าหน้าที่หรือรพ.สต. มีความสำคัญต่อการควบคุม คุณภาพยาระหว่างการรักษารวมทั้งการยอมรับ การกำกับการกินยาซึ่งมีความสำคัญต่อการ กินยาอย่างต่อเนื่องและผลการรักษาสำเร็จดังการ ศึกษา⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าการกำกับการกินยาแบบ DOT แบบสมบูรณ์ (67.4%, 95% CI: 61.4–72.8%) มี นัยสำคัญต่อผลการรักษาสำเร็จ มากกว่า การกินยา ด้วยตนเอง (46.9%, 95% CI: 41.4–52.4%) ไม่พบ ความแตกต่างของผลการรักษาสำเร็จระหว่าง การทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนในครอบครัว และ DOT โดยคนอื่นๆ

ส่วนที่พบว่ามีปัญหา คือ การร่วมรับ ประทานอาหารร่วมกับคนในชุมชนอย่างเป็นปกติ เพียงร้อยละ 11.8 แม้ว่าจะอยู่ในระยะที่ไม่แพร่เชื้อ แล้วก็ตาม อีกประการหนึ่ง คือ การเข้าร่วมกิจกรรม งานบุญประเพณีของชุมชนมีเพียงร้อยละ 45.1 ดังนั้น การให้ความรู้ความเข้าใจต่อระยะปลอดภัย และไม่แพร่เชื้อเมื่อเข้ารับการรักษา พร้อมทั้ง ทำความเข้าใจกับเพื่อนบ้านและคนในชุมชน เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเพื่อลดการ ติตราตนเอง และสามารถใช้ชีวิตร่วมกับชุมชน ได้อย่างปกติสุขจึงมีความสำคัญ ดังผลการ ศึกษา⁽¹²⁾ กลยุทธ์ที่ใช้เพื่อลดปัญหาการติตรา ผู้ป่วย ประกอบด้วย การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง ผู้ป่วยและพี่เลี้ยง การกำกับการกินยา การปกปิด ข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ การให้ความรู้แก่ พี่เลี้ยงกำกับการกินยาเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการให้

คำแนะนำผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายชุมชน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยโรค มีทัศนคติที่ดี มีกำลังใจ และมีความตระหนักถึงความสำคัญในการกินยาอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา ในทางกลับกันจากรายงานวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านการตีตราทางสังคม ขาดผู้ดูแลกำกับการกินยา ปัญหาเศรษฐกิจ ความสับสนระยะเวลา นัด ติดสุรา และเกิดจากอาการข้างเคียงของยา เป็นสาเหตุการไม่มารักษาตามนัดของผู้ป่วย MDR-TB ในคลินิกวัณโรคคือยาของประเทศอินเดีย⁽¹³⁾ ดังนั้น การจัดการในระดับชุมชนเพื่อลดการตีตราผู้ป่วย MDR-TB จึงมีความสำคัญต่อผลการรักษาผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน

4. ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเอง และความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วย MDR-TB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยเพศชายมีค่าคะแนนการตีตราตนเองสูงกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีคะแนนความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย โดยประเด็นด้านการตีตราเพศชายมีมากกว่าเพศหญิง เนื่องจาก จากข้อค้นพบในพื้นที่ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เพศชายเป็นกำลังสำคัญด้านเศรษฐกิจครัวเรือน โดยมีบทบาทในการหาเลี้ยงชีพให้กับคนในครอบครัวเป็นหลัก ดังนั้น การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและคนในสังคมชุมชน จึงมีขอบเขตมากกว่าเพศหญิง ดังนั้น เมื่อป่วยและไม่สามารถทำงานและมีปฏิสัมพันธ์ได้ เช่น ในภาวะปกติจึงทำให้ผู้ป่วยมีการตีตราตนเองมากกว่าเพศหญิง ส่วนด้านคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค MDR-TB และการดูแลตนเอง พบว่า เพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย เนื่องจากข้อค้นพบจากพื้นที่ศึกษา พบว่า เพศหญิงให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพชุมชนมากกว่าเพศชาย เห็นได้

จากสัดส่วนของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย รวมทั้งการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชนเพศหญิงจะมีมากกว่าเพศชาย ดังนั้น เมื่อป่วยเป็น MDR-TB ความสนใจต่อการรับรู้ความรู้เรื่องโรคการดูแลตนเองของเพศหญิงจึงมีมากกว่าเพศชาย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจโรค MDR-TB และการดูแลตนเองตลอดจนแผนการรักษา ที่เน้นการกำกับการกินยาอย่างเข้มข้น กับผู้ป่วย รวมถึงการให้การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะมิติทางด้านเศรษฐกิจครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษา และได้รับการกำกับการกินยาอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องตลอดแผนการรักษา ด้วยความเข้าใจและตระหนักถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรับการรักษาตามแผนการรักษา

2. ควรสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและชุมชนเข้าใจในโรค MDR-TB การรักษาและการป้องกัน เพื่อลดการตีตราผู้ป่วย MDR-TB และลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศชายที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวควรได้รับการดูแลและทำความเข้าใจต่อโรค การดูแลตนเองและการกำกับการกินยาตามแผนการรักษาอย่างใกล้ชิด

3. ควรทำการวิจัยด้านการพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานในสถานบริการปฐมภูมิควรสนับสนุนวิธีการเพิ่มความรู้วัณโรค การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจต่อเรื่องโรค MDR-TB จึงมีความสำคัญต่อการยอมรับการรักษาการดูแลตนเอง และการกินยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยเฉพาะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคดีไซน์; 2561.
2. นิโบล นาคบำรุง, ยศวดี เพ็ชรคำ, ศศิธร แดงเจย์, สุกัญญา บุญช่วย, ต้ม บุญรอด, วิชาดา สิมลา. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ยาหลายขนาน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิमान. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(4):646-659.
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี. 2562. สรุปรายงานผลการรักษาวัณโรครอบ 12 เดือน จากโปรแกรม NTIP (เข้าถึงโปรแกรมเดือนมิถุนายน 2563).
4. อรทัย ศรีทองธรรม, อมรรัตน์ จงตระการสมบัติ, ชุติมา ผลานันท์, อุบลศรี ทาบุดดา, จิรพันธุ์ อินยาพงษ์, เสถียร เชื้อลี. รายงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดยาและการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วย MDR-TB ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี; 2558.
5. วรรัตน์ อิมสงวน, สุรรัตน์ ท้าวถึง, ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ, จินตนา งามวิทยาพงศ์. ความรู้ การตีตราและประสบการณ์ของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับวัณโรคและการสำรวจวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัส. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(4):516-528.
6. A.N. Gobaud, C.A. Haley, J.W. Wilson, R. Bhavaraju, A. Lardizabal, B.J. Seaworth, N.D. Goswami. Multidrug-resistant tuberculosis care in the United States. Int J Tuberc Lung Dis [Internet]. 2020 [cited 2021 July 13];24(4):409-413. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32317065/>
7. Shona Horter, Beverley Stringer, Nell Gray, Nargiza Parpieva, Khasan Safaev, Zinaida Tigay, Jatinder Singh, Jay Achar. Person-centred care in practice: perspectives from a short course regimen for multi-drug resistant tuberculosis in Karakalpakstan, Uzbekistan. BMC Infect Dis [Internet]. 2020 [cited 2021 July 13];20(1):675. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32938422/>
8. Shona Horter, Jay Achar, Nell Gray, Nargiza Parpieva, Zinaida Tigay, Jatinder Singh, Beverley Stringer. Patient and health-care worker perspectives on the short-course regimen for treatment of drug-resistant tuberculosis in Karakalpakstan, Uzbekistan. PLoS One [Internet]. 2020 [cited 2021 July 13];15(11):e0242359. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33237960/>
9. Joseph Mukasa, Edward Kayongo, Ismael Kawooya, Deus Lukoye, Alfred Etwom, Frank Mugabe, Hannock Tweya, Rose Izizinga, Rhona Mijumbi-Deve. Adherence to the MDR-TB intensive phase treatment

- protocol amongst individuals followed up at central and peripheral health care facilities in Uganda - a descriptive study. *Afr Health Sci* [Internet]. 2020 [cited 2021 July 13];20(2):625-632. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33163023/>
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สรุปรายงานผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2561-2562.
 11. Jia Yin, Xiaomeng Wang, Lin Zhou, Xiaolin Wei. The relationship between social support, treatment interruption and treatment outcome in patients with multidrug-resistant tuberculosis in China: a mixed-methods study. *Tropical Medicine and International Health* 2018;23(6):668-677.
 12. ชาติชาย กิตยานันท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านวัณโรคไม่ถูกต้องในผู้ป่วยดื้อยา. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2561;33(3): 389-400.
 13. ณัฐกร จันทนะ, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, พรรณวดี พุระวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน. *รามาธิบดี วิทยาลัยพยาบาลสาร* 2562;25(3):296-309.
 14. นิรมล พิมน้ำเย็น, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, พัชรินทร์ สิริสุนทร, มนต์รี กรรพุมมาลย์, ศุภสิทธิ์ พรธนาโรจน์ทัย. ความรู้และเจตคติต่อวัณโรคดื้อยาหลายขนานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย. *Naresuan University Journal* 2011;19(2):50-57.
 15. Grandjean L, Gilman RH, Martin L, Soto E, Castro B, Lopez S, Coronel J, Castillo E, Alarcon V, Lopez V, San Miguel A, Quispe N, Asencios L, Dye C, Moore DA. Transmission of Multidrug-Resistant and Drug-Susceptible Tuberculosis within Households: A Prospective Cohort Study. *PLoS Med* [Internet]. 2015 [cited 2018 June 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26103620>
 16. 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* [Internet]. 2016 [cited 2018 June 15];March1:1-14. DOI:10.1371/journal.pone.0150511