ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH DELAYED TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS AMONG STATELESS PEOPLE, CHIANG RAI, THAILAND

เกศสุดา เด็นเบ็น

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2568

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH DELAYED TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS AMONG STATELESS PEOPLE, CHIANG RAI, THAILAND

เกศสุดา เด็นเบ็น

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2568
©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

หน้าอนุมัติวิทยานิพนธ์

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

วิทยานิพนธ์เรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

Prevalence and Factors Associated with Delayed Treatment of Pulmonary Tuberculosis among Stateless People, Chiang Rai, Thailand

ผู้ประพันธ์ เกศสุดา เด็นเบ็น

คณะกรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรางค์รัตน์ พ้องพาน	ประธานกรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี	กรรมการ
อาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณาภรณ์	กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี)

คณบดี

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภพ สุทธนะ)

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น แนวทางที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอน ตลอดจนให้กำลังใจอันเป็นผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ นพ.ประฤทธิ์ ปรีชามาตย์ คุณณัฐกานต์ ปวะบุตรอาจารย์ และพว.ผกามาศ คำบัว ที่ได้กรุณาตรวจสอบ ให้คำแนะนำ และปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันมีคุณค่า รวมถึง คณะอาจารย์และบุคลากรของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ให้การสนับสนุนทางวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ให้การสนับสนุนทุนเพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น

ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณเป็นพิเศษต่อ คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายทั้ง 18 แห่ง และบุคลากรในสังกัด ที่ให้ข้อมูลและความร่วมมืออันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และขอขอบคุณ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด (กลุ่มตัวอย่าง) ที่เข้าร่วมให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน และเพื่อนนักศึกษา ที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านกำลังใจและคำแนะนำตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ ครอบครัวของข้าพเจ้า ซึ่งเปิดโอกาสให้ได้รับการศึกษาเล่าเรียน และเป็นกำลังใจสำคัญต่อความสำเร็จในครั้งนี้ คุณประโยชน์อันใดที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์นี้ ผู้ศึกษาขอมอบให้กับบิดา มารดา ครอบครัว คณาจารย์ และทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในครั้งนี้

เกศสุดา เด็นเบ็น

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

ผู้ประพันธ์ เกศสุดา เด็นเบ็น

หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน)

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี

บทคัดย่อ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก การรักษาวัณโรคล่าช้าเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยในการยุติวัณโรค และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อ รวมถึงอาจทำให้เกิดวัณโรคดื้อยา จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ติดชายแดนประเทศเมียนมาร์และประเทศลาว ทำให้มีการเคลื่อนย้ายประชากรเข้ามาอยู่อาศัยเป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่ประชากรกลุ่มนี้คือ ผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ผู้ไร้สัญชาติหรือผู้ที่มีเอกสารไม่สมบูรณ์ ทำให้เข้าถึงบริการสุขภาพล่าช้า ส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้ที่ป่วยด้วยโรควัณโรคมีการเริ่มต้นการรักษาวัณโรคล่าช้า การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิในจังหวัดเชียงราย โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณในรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ซึ่งขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2567 จำนวน 166 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการศึกษา พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 57.83 อายุเฉลี่ย 55 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 64.76 ความชุกของการรักษามากกว่า 30 วัน ร้อยละ 63.25 ค่าเฉลี่ยวันที่เริ่มรับการรักษาหลังจากแสดงอาการ 93 วัน จากการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ทัศนคติต่อวัณโรคในระดับต่ำ (OR_{adj}=3.71 95% CI= 1.41-9.78) และพฤติกรรมการไม่เข้ารับบริการที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน (OR_{adj}=5.13 95% CI= 1.84-14.31)

จากผลการศึกษาเสนอแนะให้ดำเนินงานเชิงรุกในกลุ่มคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมถึงกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านที่ไม่มีสัญชาติไทย โดยการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการสร้างความร่วมมือเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว ลดความชุกของวัณโรคและการแพร่กระจายของโรคในพื้นที่ชายแดนอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: วัณโรค, ล่าช้า, บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

Thesis Title	Prevalence and Factors Associated with Delayed Treatment of Pulmonary Tuberculosis among Stateless People, Chiang Rai, Thailand
Author	Kasesuda Denben
Degree	Master of Public Health (Border Health Management)
Advisor	Assistant Professor Pamornsri Inchon, Ph. D.
Co-Advisor	Assistant Professor Phitsanuruk Kanthawee, Ph. D.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) remains a communicable disease that poses a significant global public health challenge. Delayed treatment of TB is a major issue in Thailand's efforts to eliminate the disease and is a key factor contributing to its transmission and the potential emergence of drug-resistant TB. Chiang Rai Province, located along the borders of Myanmar and Laos, has seen a movement population. These groups primarily consist of individuals with legal and citizenship issues, stateless persons, or those with incomplete documentation that is stateless person. These conditions result in delayed access to healthcare services, leading to postponed initiation of TB treatment among TB-infected individuals in this population. This study aims to investigate the prevalence and associated factors of delayed pulmonary TB treatment among individuals with legal and citizenship issues in Chiang Rai Province. A quantitative cross-sectional research design was employed. The study population included 166 TB patients with legal and citizenship problems who were registered for treatment at hospitals in Chiang Rai between October 1, 2023, and September 30, 2024. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics to describe general characteristics and multiple logistic regressions to assess associations, with a 95% confidence interval (95% CI).

Study results showed that 57.83% of participants were male, with an average age of 55 years. A total of 64.76% had no formal education. The prevalence of

treatment initiation delays exceeding 30 days was 63.25%, with an average delay of 93 days from symptom onset to treatment. Multivariate analysis identified two statistically significant factors associated with treatment delays ($p < 0.05$) : Having a low level of attitude toward TB (Adjusted OR = 3.71, 95% CI = 1.41–9.78), Not utilizing services at nearby health centers (Adjusted OR = 5.13, 95% CI = 1.84–14.31)

Based on the findings, the study recommends proactive interventions targeting individuals with legal and citizenship problems, as well as non-Thai nationals from neighboring countries. These interventions include community-based screening programs, educational campaigns about TB, and fostering collaborations among local health networks. The goal is to enable timely access to TB treatment services, thereby reducing TB prevalence and transmission effectively in border areas.

Keywords: Tuberculosis, Delay, Stateless People

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	**1**
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.3 สมมุติฐานของการวิจัย	6
1.4 กรอบแนวคิดในงานวิจัย	6
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
1.6 ขอบเขตของงานวิจัย	7
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	**10**
2.1 วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB)	11
2.2 สถานการณ์ของโรควัณโรค	18
2.3 ปัญหาจากการรับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค	22
2.4 ผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	25
2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค	28
3 ระเบียบวิธีวิจัย	**34**
3.1 รูปแบบในการวิจัย	34
3.2 สถานที่ศึกษา	35
3.3 ระยะเวลาในการวิจัย	35
3.4 ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย	35
3.5 กลุ่มตัวอย่าง	35
3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
3.7 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	39
3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล	40
3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล	42
3.10 จริยธรรมการวิจัย	43

สารบัญ

บทที่	หน้า
4 ผลของการศึกษา	**44**
4.1 ข้อมูลความชุกของการรักษาวัณโรคล่าช้า	44
4.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	45
4.3 ระดับความรู้และทัศนคติต่อโรควัณโรค	49
4.4 ปัจจัยปัจจัยด้านอาการสำคัญในการมารับการรักษาวัณโรค	58
4.5 ปัจจัยพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค	59
4.6 ข้อมูลด้านศักยภาพของสถานพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และ ข้อมูลการรับรู้ด้านการให้บริการของสถานพยาบาล	62
4.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า โดยการวิเคราะห์แบบ Unavailable Logistic Regression Analysis	64
4.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า โดยการวิเคราะห์แบบ Multivariable Logistic Regression Analysis	68
5 อภิปรายผลการศึกษา	70
5.1 สรุปผลการศึกษา	70
5.2 อภิปรายผล	71
5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา	76
5.4 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์	77
5.5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	77
5.6 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	78
รายการอ้างอิง	**79**
ภาคผนวก	**88**
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	88
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงผู้ร่วมการวิจัย	91
ภาคผนวก ค หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	93
ภาคผนวก ง ใบประกาศเชิญชวน	95
ภาคผนวก จ แบบสอบถาม	96

สารบัญ

บทที่ **หน้า**

ภาคผนวก ฉ ความเที่ยงตรง (Validity) และ ความเชื่อมั่น (Reliability) 104

ประวัติผู้ประพันธ์ **111**

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาวัณโรคจังหวัดเชียงราย แยกรายโรงพยาบาล	37
4.1 ความชุกของการรักษาวัณโรคล่าช้า	45
4.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	46
4.3 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า จำแนกรายข้อ	49
4.4 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาล่าช้า จำแนกรายข้อ	50
4.5 ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า จำแนกรายข้อ	51
4.6 ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาล่าช้า จำแนกรายข้อ	54
4.7 แสงดข้อมูลปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรค	57
4.8 ข้อมูลปัจจัยด้านอาการสำคัญในการมารับการรักษาวัณโรค	58
4.9 พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค	60
4.10 ข้อมูลด้านศักยภาพของสถานพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	62
4.11 การรับรู้ด้านการให้บริการของโรงพยาบาล	63
4.12 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า โดยการวิเคราะห์แบบ Unavailable logistic regression analysis	65
4.13 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า โดยการวิเคราะห์แบบ Multivariable logistic regression analysis	69

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2.1 ค่าประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาของประเทศไทยปี พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2563	21

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคยังเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน จากรายงานองค์กรอนามัยโลก พบว่าผู้ป่วยยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยประเทศไทยถูกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูง สถานการณ์วัณโรค ของประเทศไทย ปี 2567 พบผู้ป่วยวัณโรค 111,000 รายต่อปี (87,000 - 129,000) ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 72,274 ราย ไม่ได้รายงาน/ไม่ได้รับการวินิจฉัย จำนวน 38,726 ราย ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค 65% เป้าหมาย 90% อัตราผลสำเร็จของการรักษา 85% เป้าหมาย 90% เสียชีวิตจากการวัณโรค 13,700 ราย/ปี (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2568) องค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2021) ได้คาดการณ์ ในปี พ.ศ. 2563 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ ของโลกสูง 9.9 ล้านคน (127 ต่อแสนประชากร) ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุ 0 - 14 ปี 1.1 ล้านคน มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตจำนวนสูงถึง 1.3 ล้านคน จากรายงานพบผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 5.8 ล้านคน (75 ต่อแสนประชากร) และในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราความสำเร็จของการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 86 สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 7.87 แสนคน หรือคิดเป็น 10 ต่อแสนประชากร โดยเสียชีวิตปีละ 2.14 แสนคน จากการรายงาน พบผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 3.76 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 9 ของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 77 สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB รายงานจำนวน 1.58 แสนคน และได้รับการรักษา จำนวน 1.5 แสนคน และในปี พ.ศ. 2561 อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB ร้อยละ 59 (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค 2564) เอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นที่ตั้งของประชากรมากถึงร้อยละ 26 ของโลก แต่พบอุบัติการณ์วัณโรคสูงถึงร้อยละ 44 โดยมีการคาดการณ์ว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่มากกว่า 4 ล้านคนต่อปี และคร่าชีวิตผู้คนในภูมิภาคไปถึง 650,000 ราย ด้วยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐบาลต้องเร่งดำเนินการเพื่อหาแนวทางในการหยุดยั้งวัณโรคในภูมิภาคอย่างเร่งด่วนมากขึ้น รวมถึงการกำหนดกลยุทธ์ในการยุติวัณโรคเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลกที่มีเป้าหมายในการลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรคลง

ร้อยละ 95 และลดผู้ป่วยรายใหม่ลงร้อยละ 90 ระหว่างปี 2015 ถึง 2035 นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายลำดับที่ 3 คือ การสร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ในเป้าประสงค์ที่ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และ ต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำและโรคติดต่ออื่น ๆ ภายในปี 2030 (Natetida Bunnag, 2564) ประเทศไทยปีงบประมาณพ.ศ.2564 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 35,951 ราย (54.0 ต่อแสนประชากร) โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด 10 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (4,525 ราย) รองลงมา คือ ขอนแก่น (1,302 ราย) นครราชสีมา (1,225 ราย) ศรีษะเกษ (1,068 ราย) อุบลราชธานี (978 ราย) สุรินทร์ (894 ราย) เชียงราย (886 ราย) สงขลา (860 ราย) ชลบุรี (835 ราย) และอุดรธานี (834 ราย) ตามลำดับ และจังหวัดที่มีอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำสูงสุด 10 อันดับ ได้แก่ สมุทรสาคร (79.2 ต่อแสนประชากร) ภูเก็ต (68.7 ต่อแสนประชากร) กรุงเทพมหานคร (62.0 ต่อแสนประชากร) ศรีสะเกษ (58.6 ต่อแสนประชากร) ระยอง (58.1 ต่อแสนประชากร) มหาสารคาม (57.8 ต่อแสนประชากร) เชียงราย (57.5 ต่อแสนประชากร) พิษณุโลก (56.6 ต่อแสนประชากร) และสุโขทัย (53.8 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค, 2564)

ปี พ.ศ. 2562 จังหวัดเชียงราย พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียน 1,423 คน ซึ่งต่ำกว่าค่าคาดการณ์ที่ควรจะมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 2,725 คน (156 ต่อแสนประชากร) และคิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาเพียงร้อยละ 52.2 มีอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคเพียงร้อยละ 77.37 (อจิรพรรณ กัปตัน, 2563) ต่อมารายงานปีพ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย จำนวน 1,672 คน และจากการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านจำนวน 2,554 คน ซึ่งมีร้อยละสูงกว่าระดับประเทศโดยพบผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงคิดเป็นร้อยละ 8.53 (ปาลิตา เจริญสุข และพิษณุรักษ์ กันทวี, 2564) นอกจากนี้รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังโรควัณโรคในประเทศไทยในปีงบประมาณพ.ศ.2564 ยังพบว่า จังหวัดเชียงรายเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงเป็นอันดับที่ 7 ของประเทศ โดยมีจำนวนผู้ป่วย 886 คน และยังเป็นจังหวัดที่มีอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำสูงเป็นอันดับที่ 7 ของประเทศอีกด้วยโดยคิดเป็น 57.5 คนต่อแสนประชากร (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค, 2564) และจากรายงาน อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เป้าหมายร้อยละ 90 ความครอบคลุมในการรักษาของประเทศ ได้ 61.74% จำนวนผู้ป่วยที่ยังค้นหาไม่พบ อีก 36,201 ราย ในจังหวัดเชียงราย ความครอบคลุมในการรักษา 60.32 % จำนวนผู้ป่วยที่ยังค้นหาไม่พบ อีก 737 ราย (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2568) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ายังคงมีผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งที่ยังหลงเหลืออยู่ในชุมชนที่ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็น

กลุ่มที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้ (รณยศ สุวรรณกัญญา และ พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2556) ถึงแม้ว่าทางจังหวัดเชียงรายจะดำเนินการพัฒนา ปรับปรุง หรือนำมาเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ในพื้นที่เพื่อควบคุมโรควัณโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบปัจจัยและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ส่งผลให้การดำเนินการควบคุมโรควัณโรคในพื้นที่เป็นไปอย่างล่าช้า และส่งผลต่อการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยโรควัณโรค โดยเฉพาะความเป็นบริบทพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายทางด้านศิลปะ วัฒนธรรม ความเชื่อ เชื้อชาติ และการเดินทางเคลื่อนย้ายของแรงงานและประชากรในแนวชายแดน ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เป็นกลุ่มคนสำคัญที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพล่าช้า และทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยหรือรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้กระบวนการรักษาโรคประสบความสำเร็จ

จังหวัดเชียงรายมีอาณาเขตที่ติดต่อกับต่างประเทศ ทั้งสหภาพพม่าและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ช่องทางการติดต่อระหว่างประเทศมีจำนวนสามช่องทางที่สำคัญ คือ ด่านอำเภอแม่สายที่สามารถข้ามไปถึงอำเภอท่าขี้เหล็กของพม่า และเข้าไปยังเมืองเชียงตุง รวมทั้งสามารถเดินทางต่อไปยังสาธารณรัฐประชาชนจีนได้ ส่วนด่านอำเภอเชียงแสนจะอยู่ตรงข้ามกับด่านเมืองต้นพึ่งแขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยมีลำน้ำโขงกั้นพรมแดน ด้วยลำน้ำโขงนี้เองจึงเป็นเส้นทางไปยังเมืองเชียงรุ้ง สิบสองปันนาในเขตของสาธารณรัฐจีนได้ สำหรับด่านอำเภอเชียงของ ฝั่งตรงข้ามเมืองห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ก็เป็นเส้นทางข้ามไปถึงเมืองหลวงพระบางและเวียงจันทร์ ด้วยช่องทางการติดต่อระหว่างประเทศดังกล่าว นำมาซึ่งการอพยพเคลื่อนย้ายประชากรที่เข้ามาทำระบบเศรษฐกิจระหว่างประเทศตามแนวพรมแดน จึงเกิดการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมขึ้น บนความหลากหลายของกลุ่มคนหลายชาติพันธ์ที่อาศัยอยู่บริเวณพื้นที่ชายแดน เป็นชนกลุ่มน้อยที่ถูกกระทำเหมือนเป็นคนไร้วัฒนธรรม ภายใต้ความแตกต่างทางภาษา วิถีชีวิต ความเชื่อ ทัศนคติ การกำหนดคุณค่า จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้จังหวัดเชียงรายมี บุคคลที่มีปัญหาทางสถานะและสิทธิอยู่จำนวนมาก ซึ่งจากข้อมูล สิทธิหลักประกันสุขภาพของประชาชน จังหวัดเชียงราย ของกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณะสุขจังหวัดเชียงราย ประชากรทั้งหมด 1,241,784 คน พบ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวน 121,517 คน สิทธิต่างด้าว จำนวน 10,689 คน สิทธิบุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้านรอยืนยัน จำนวน 6,017 คน จะเห็นได้ว่า ยังมีแรงงานต่างด้าว คนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ บุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้านรอยืนยันสิทธิรวมกันจำนวน 138,223 คน และยังไม่รวมกับบุคคลไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามชายขอบต่าง ๆ ข้อมูล ณ วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2567 (งานประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567)

บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ คือ บุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยที่ ยังไม่ได้รับการดูแลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพหลักของไทยทั้ง 3 ระบบ คือ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม และสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลสำหรับ

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่ครม.มีมติรับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวร โดยได้รับสัญชาติไทยและสถานะบุคคลต่างด้าวเข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย (2) กลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราว เพื่อรอกระบวนการแก้ไขปัญหา โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีปัญหาการส่งกลับซึ่งได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรสีหรือบัตรประจำตัวผู้ไม่มีสัญชาติไทยเพื่อการควบคุมและอยู่ระหว่างการแก้ไขปัญหา ได้แก่ ผู้หลบหนีเข้าเมือง บุคคลบนพื้นที่สูงและชุมชนบนพื้นที่สูงที่อพยพเข้ามา ผู้พลัดถิ่น อีกกลุ่มคือกลุ่มที่มีปัญหาการส่งกลับซึ่งได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล ได้แก่ กลุ่มที่อาศัยอยู่มานานซึ่งเกี่ยวพันกับกลุ่มที่ 1 และ 2 กลุ่มเด็กนักเรียน กลุ่มคนไร้รากเหง้า กลุ่มคนที่ทำประโยชน์ให้ประเทศ (3) กลุ่มที่มีปัญหาความมั่นคงและทางราชการมีนโยบายดูแลเป็นการเฉพาะ ได้แก่ แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ผู้หนีภัยสงคราม (4) กลุ่มหลบหนีเข้าเมืองอื่น ๆ

สภาพสังคมที่มีการแบ่งชนชั้นและปัญหาความไม่เท่าเทียมถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาโรควัณโรค เนื่องจากกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เป็นกลุ่มคนที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมากในการดำเนินชีวิต ทั้งปัญหาความว่างงาน วิถีการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ การเข้าถึงระบบสุขภาพ ที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวประสบปัญหา เช่น ความไม่ต่อเนื่องในการรับการรักษา จนเกิดความไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษาวัณโรค เมื่อเชื้อกลับมาลุกลามจนผู้ป่วยแสดงอาการหนักขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้จึงกลับมารักษาซ้ำ ๆ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษา และกลุ่มคนเหล่านี้ยังถูกมองว่าเป็นกลุ่มคนที่ ขาดการรักษา และ ไม่ร่วมมือในการรักษา เป็นต้น และยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข และกระบวนการควบคุมโรคในพื้นที่ตามมา อีกทั้งกลุ่ม บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ยังมีความด้อยโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ทั้งในประเด็นด้านชนชั้นทางสังคม สัญชาติ หรือเชื้อชาติ สิทธิประกันสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ รวมถึงความแตกต่างทางด้านข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ส่งผลให้กลุ่มคนเหล่านี้มองว่าการเข้าถึงการรักษาวัณโรคเป็นเรื่องที่ยากเย็นสำหรับพวกเขา จากสภาพปัญหาดังกล่าวทั้งปัญหาส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความด้อยโอกาส ปัญหาทางสังคมล้วนแต่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อรักษาโรควัณโรคที่รวดเร็ว ส่งผลให้เกิดการรักษาที่ล่าช้า และไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษาวัณโรค (Colander & Hunt, 2022; Kim, Cross, & Bamman, 2005; ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, 2546; ปัญจรัตน์ คำมา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2562; สุริยา สมุทคุปติ์ และพัฒนา กิติอาษา, 2542)

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัด ต้นทาง ทางผ่านและปลายทางของการโยกย้ายถิ่นฐาน ไม่ว่าจะเป็นการเข้ามาเพื่อหางานทำ ซึ่งมีทั้งวัยทำงาน เด็กและผู้ติดตาม ผู้ลี้ภัย รวมถึงกลุ่มผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ ต่างพำนัก

อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย ทั้งที่มีเอกสารถูกต้องและไม่ถูกต้อง ส่งผลให้คนกลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีโอกาสติดเชื้อ เจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง และด้วยขั้นตอนที่มีความยุ่งยากไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและการทำมาหากินของพวกเขาทำให้เวลาเจ็บป่วยต้องออกเงินค่ารักษาและค่ายาเอง โดยเฉพาะการรักษาวัณโรค ที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานและต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าทางจังหวัดเชียงรายจะดำเนินการพัฒนา ปรับปรุง หรือนำมาเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ในพื้นที่เพื่อควบคุมโรควัณโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบปัจจัยและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ส่งผลให้การดำเนินการควบคุมโรควัณโรคในพื้นที่เป็นไปอย่างล่าช้า และส่งผลต่อการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยโรควัณโรค โดยเฉพาะความเป็นบริบทพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายทางด้านศิลปะ วัฒนธรรม ความเชื่อ เชื้อชาติ และการเดินทางเคลื่อนย้ายของแรงงานและประชากรในแนวชายแดน ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ จะมีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ เป็นกลุ่มคนสำคัญที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพล่าช้าและทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยหรือรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้กระบวนการรักษาโรคประสบความสำเร็จ รวมถึงภูมิทัศน์เป็นภูเขา ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาวัณโรค การรักษาไม่ต่อเนื่องและไม่สมบูรณ์ รวมถึงคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการรับบริการจากผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ ในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง ที่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการรักษาวัณโรคปอดในกลุ่มคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมวัณโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนี้ยังไม่พบผลการศึกษาที่ชัดเจนถึงการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่งถือเป็นอีกกลุ่มที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศ อีกทั้งโรควัณโรคยังคงเป็นโรคที่เกิดการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและยังต้องเฝ้าระวังในกลุ่มนี้ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ควรศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อการค้นหาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรักษาวัณโรคล่าช้า และหาแนวทางในการวางแผน การแก้ไขปัญหา ลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรค และส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาความชุกของการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย

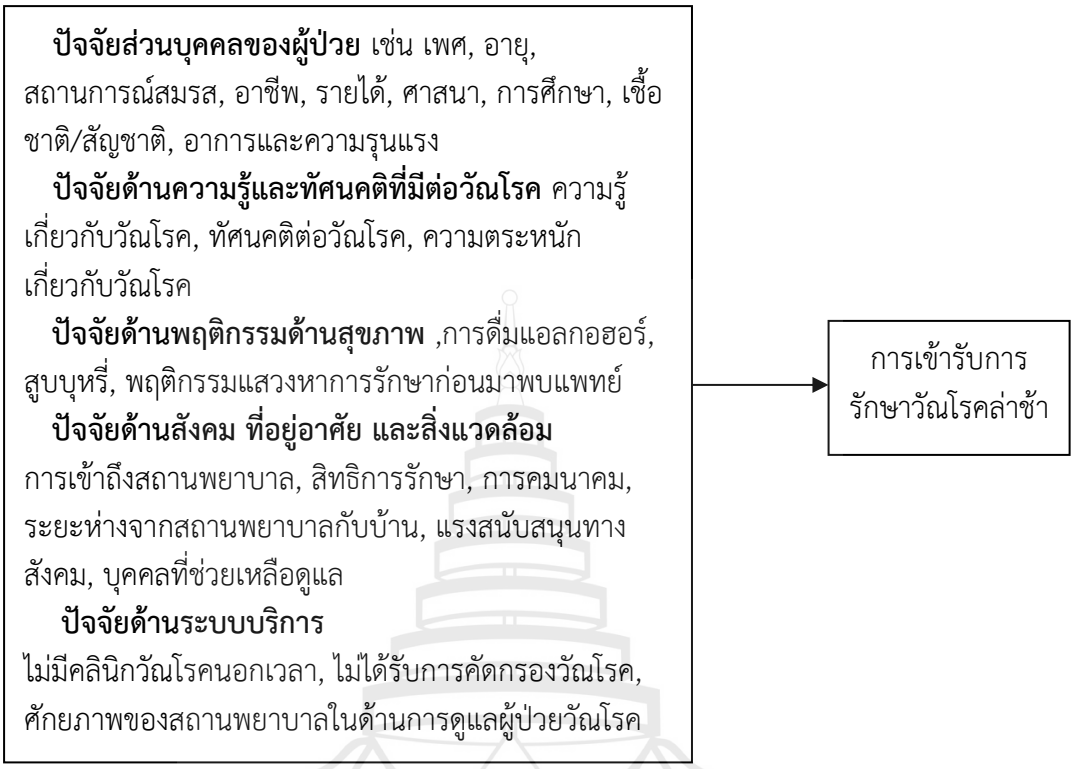
1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย

1.3 สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ สถานการณ์สมรส อาชีพ รายได้ ศาสนา การศึกษา เชื้อชาติ/สัญชาติ อาการและความรุนแรง ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติที่มีต่อวัณโรค เช่น ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ทัศนคติต่อวัณโรค ความตระหนักเกี่ยวกับวัณโรค ปัจจัยด้านพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ พฤติกรรมแสวงหาการรักษาก่อนมาพบแพทย์ ปัจจัยด้านสังคม ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงสถานพยาบาล เช่น สิทธิการรักษา การคมนาคม ระยะห่างจากสถานพยาบาลกับบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล และปัจจัยด้านระบบบริการไม่มีคลินิกวัณโรคนอกเวลา ไม่ได้รับการคัดกรองวัณโรค ศักยภาพของสถานพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้า ในผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มคนชายขอบจังหวัดเชียงราย

1.4 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากบทที่ 2 ดังกล่าวมาแล้ว นั้น จึงได้สังเคราะห์แนวคิด เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดเพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหา การรักษาที่ล่าช้าในกลุ่มคนชายขอบจังหวัดเชียงราย

1.6 ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษา ความชุกและปัจจัย ที่มีสัมพันธ์กับการรักษาที่ความล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กำลังรักษา และเป็นบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ในจังหวัดเชียงราย ทั้งหมด จำนวน 166 คน

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.7.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึงผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด และได้ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

1.7.2 ความล่าช้าในการรักษาวัณโรค หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วย ที่เข้าได้กับวัณโรค เช่น น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ มีไข้ต่ำ ๆ ไอเรื้อรังนานเกิน 2 สัปดาห์หรือไอเป็นเลือด จนถึงวันที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคโดยแพทย์ นานเกินกว่า 30 วัน

1.7.3 บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (Stateless people) คือ บุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยที่ ยังไม่ได้รับการดูแลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพหลักของไทยทั้ง 3 ระบบ คือ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม และสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่คณะรัฐมนตรีมีมติรับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวร โดยได้รับสัญชาติไทยและสถานะบุคคลต่างด้าวเข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย (2) กลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราว เพื่อรอกระบวนการแก้ไขปัญหา โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีปัญหาการส่งกลับซึ่งได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรสีหรือบัตรประจำตัวผู้ไม่มีสัญชาติไทยเพื่อการควบคุมและอยู่ระหว่างการแก้ไขปัญหา ได้แก่ ผู้หลบหนีเข้าเมือง บุคคลบนพื้นที่สูงและชุมชนบนพื้นที่สูงที่อพยพเข้ามา ผู้พลัดถิ่น อีกกลุ่มคือกลุ่มที่มีปัญหาการส่งกลับซึ่งได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคลได้แก่ กลุ่มที่อาศัยอยู่มานานซึ่งเกี่ยวพันกับกลุ่มที่ 1 และ 2 กลุ่มเด็กนักเรียน กลุ่มคนไร้รากเหง้า กลุ่มคนที่ทำประโยชน์ให้ประเทศ (3) กลุ่มที่มีปัญหาความมั่นคงและทางราชการมีนโยบายดูแลเป็นการเฉพาะ ได้แก่ แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ผู้หนีภัยสงคราม (4) กลุ่มหลบหนีเข้าเมืองอื่น ๆ ทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทย

1. คนไทยที่ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล หรือ"คนไทยไร้สิทธิ" คือ บุคคลที่มีสัญชาติไทยแต่ยังไม่ได้รับการกำหนดสถานะบุคคลที่ถูกต้องทำให้ไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานและสิทธิพลเมือง เนื่องจากไม่มีชื่อในระบบทะเบียนราษฎรที่ถูกต้อง หรือได้รับการจัดทำทะเบียนราษฎรแล้วแต่ถูกจำหน่ายออก โดยแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ๆ ประกอบด้วย (1) กลุ่มตกหล่น จากการให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริงจนทำให้เกิด Error ในฐานข้อมูล (2) กลุ่มที่ถูกแจ้งย้ายเข้าทะเบียนบ้านกลางแล้วไม่ไปแสดงตน

2. ผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทย คนต่างชาติ คือผู้ที่ถือสัญชาติประเทศอื่น เช่น พม่า ลาว กัมพูชา จีน เป็นต้น ที่อาศัยหรือทำงานในประเทศไทย ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น สามารถแบ่ง

ได้ 4 กลุ่มคือ (1) บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิหรือคนไร้รัฐที่อยู่ระหว่างการพิสูจน์สถานะและสัญชาติ (2) บุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนหรือคนไร้รัฐที่รัฐไม่ยอมรับการมีตัวตนอยู่ของคนกลุ่มนี้ (3) แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและไม่ได้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (4) ผู้ลี้ภัยตามแนวชายแดนหรือบุคคลที่ไม่เคยลงทะเบียนใด ๆ เพื่อการแสดงตนในฐานะพลเมือง

1.7.4 ชาติพันธุ์ หรือ ชนเผ่า หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในสังคมเดียวกัน มีวัฒนธรรม ภาษา ประเพณี ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์ ร่วมกันกลุ่มชนที่สืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน ประเทศไทยมีกลุ่มชาติพันธุ์ประมาณ 70 กลุ่ม และมีกลุ่มชนเผ่าที่เป็นกลุ่มชนชาวพื้นเมืองกว่า 38 กลุ่ม ในภาคเหนือของประเทศ มีประชากรชนเผ่าอาศัยอยู่กว่า 10 ชนเผ่า ประกอบด้วย กะเหรี่ยง ม้ง มูเซอ ลัวะ อาข่า ลีซู เมี่ยน ดาราอัง ไทลื้อ จีนยูนาน และไทใหญ่ เป็นต้น

1.7.5 ศักยภาพของสถานพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ความสามารถของสถานพยาบาลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และต่อเนื่อง ทั้งในด้านบุคลากร ระบบบริการ การวินิจฉัย การรักษา ตลอดจนการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในชุมชน สามารถพิจารณาได้จากหลายด้าน ดังนี้

1. ด้านบุคลากร มีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรมเรื่องวัณโรค มีผู้รับผิดชอบเฉพาะด้านวัณโรค เช่น เจ้าหน้าที่ควบคุมวัณโรค (TB Focal Point)

2. ด้านระบบบริการ มีระบบคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และเริ่มรักษาผู้ป่วยได้รวดเร็ว มีระบบ DOT (Directly Observed Therapy) หรือระบบเฝ้าติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง มีระบบติดตามผู้ป่วยขาดการรักษาและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

3. ด้านการวินิจฉัย มีห้องปฏิบัติการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Ziehl-Neelsen หรือ Fluorescent) มีเครื่องตรวจ GeneXpert สำหรับตรวจวัณโรคและดื้อยาเบื้องต้น มีการส่งตรวจเพาะเชื้อวัณโรคในรายจำเป็น

4. ด้านการรักษา มียาวัณโรคครบถ้วนตามแนวทางของกรมควบคุมโรค มีระบบติดตามผลการรักษา (เช่น sputum follow-up) ให้คำปรึกษาและบริการด้านจิตสังคม เช่น การให้ความรู้ การให้กำลังใจผู้ป่วย

5. ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีระบบแยกผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อออกจากผู้ป่วยทั่วไป มีห้องความดันลบ (Negative Pressure Room) หรือระบบระบายอากาศที่เหมาะสม บุคลากรใช้หน้ากาก N95 และมีแนวทางควบคุมการติดเชื้อที่เป็นระบบ

6. ด้านข้อมูลและรายงาน มีระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค (TBIS) และส่งข้อมูลตรงเวลา ใช้ข้อมูลในการวางแผน พัฒนาระบบ และประเมินผลการดำเนินงาน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา ค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้นำมาใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.1 วัณโรค

2.1.1 ความหมายของโรควัณโรค

2.1.2 ระบาดวิทยาและการเกิดวัณโรค

2.1.3 อาการและการแสดงของวัณโรค

2.1.4 การวินิจฉัยโรควัณโรค

2.1.5 การรักษาโรควัณโรค

2.1.6 การป้องกันโรควัณโรค

2.2 สถานการณ์ของโรควัณโรค

2.2.1 สถานการณ์โรควัณโรคของโลก

2.2.2 สถานการณ์โรควัณโรคในประเทศไทย

2.2.3 สถานการณ์โรควัณโรคในจังหวัดเชียงราย

2.3 ปัญหาจากการรับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค

2.3.1 ความหมายของการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค

2.3.2 ความล่าช้าในการรักษาวัณโรค

2.3.3 ผลกระทบจากการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค

2.4 ผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

2.4.1 ความหมายของผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

2.4.2 ปัญหาวัณโรคและการเข้ารับการรักษาโรควัณโรคล่าช้าในผู้ที่มีปัญหาสถานะ และสิทธิ

2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค

2.1 วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB)

2.1.1 ความหมายของโรควัณโรค

องค์การอนามัยโลกให้นิยามโรควัณโรคว่า เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อว่า ‘ไมโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส’ ที่มักส่งผลต่อปอด โดยวัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาและป้องกันได้ (World Health Organization, 2022b)

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา ได้ให้นิยามโรควัณโรคว่า เป็นโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ ‘ไมโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส’ มักพบการเกิดบ่อยบริเวณปอด แต่อย่างไรก็ตามเชื้อวัณโรคสามารถพบการเกิดได้ทั่วร่างกาย เช่น ไต กระดูกไขสันหลัง หรือสมอง เป็นต้น (Centers for Disease Control and Prevention, 2016)

ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ แห่งสหราชอาณาจักร ได้กล่าวถึงโรควัณโรคว่า เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่แพร่กระจายผ่านการหายใจเอาละอองเล็ก ๆ ที่เกิดจากการไอหรือจามของผู้ติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย โดยส่วนใหญ่มีผลต่อปอด แต่ก็ยังสามารถส่งผลต่อส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้ โดยวัณโรคอาจเป็นภาวะที่ร้ายแรง แต่อย่างไรก็ตามสามารถรักษาให้หายได้ (NHS, 2022)

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้ให้ความหมายของโรควัณโรคว่า เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียไมโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส จัดอยู่ในกลุ่มที่เป็นสาเหตุของวัณโรคในคนและสัตว์ เกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย แต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มักพบที่ปอด ซึ่งสามารถพบเชื้อได้ง่าย แต่ภายนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ และระบบประสาท เป็นต้น (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564)

กล่าวโดยสรุป โรควัณโรค คือ โรคติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากแบคทีเรียชนิดหนึ่งที่เรียกว่า ไมโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส โดยที่เชื้อนี้สามารถติดต่อได้ผ่านทางลมหายใจเมื่อมีการหายใจเข้าไปในอากาศที่มีเชื้อปนอยู่ เกิดได้ทุกส่วนของร่างกาย แต่ส่วนใหญ่มักพบที่ปอด แต่อย่างไรก็ตามโรควัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาและป้องกันได้ โดยการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาวิจัยจะมุ่งเน้นไปยังการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด เนื่องจากเป็นอวัยวะที่พบการติดเชื้อในผู้ป่วยมากที่สุด

2.1.2 ระบาดวิทยาและการเกิดวัณโรค

2.1.2.1 ประเภทของเชื้อวัณโรค

วัณโรค เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ‘ไมโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส’ จัดอยู่ในกลุ่มที่เป็นสาเหตุของวัณโรคในคนและสัตว์ วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรคนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น

เชื้อ Mycobacterium แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. Mycobacterium tuberculosis complex (MTBC) เป็นสาเหตุของวัณโรคในคนและสัตว์ มีจำนวน 8 สายพันธุ์ ที่พบบ่อยที่สุด คือ Mycobacterium tuberculosis สายพันธุ์อื่นที่พบบ่อยในกลุ่มนี้เช่น Mycobacterium africanum พบได้ในแถบแอฟริกา Mycobacterium bovis มักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้ โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อและเป็นสายพันธุ์ที่นำมาผลิตเป็นวัคซีนบีซีจี

2. Nontuberculous mycobacteria (NTM) มีจำนวนมากกว่า 140 สายพันธุ์ เช่น Mycobacterium avium complex (MAC) พบในสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ หรือพบในสัตว์ เช่น นก ส่วนใหญ่ไม่ก่อโรคในคนยกเว้นในผู้ที่ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ

3. Mycobacterium leprae เป็นสาเหตุของโรคเรื้อน

Mycobacterium tuberculosis มีลักษณะเป็นรูปแท่งหนาประมาณ 0.3 ไมโครเมตร ยาวประมาณ 2 - 5 ไมโครเมตร เมื่อย้อมด้วยวิธี Zieh-Neelsen จะติดสีแดง เชื้อวัณโรคไม่มีแคปซูล ไม่สร้างสปอร์ ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ อาศัยออกซิเจนในการเจริญเติบโต เชื้อวัณโรคที่อยู่ในละอองฝอยเมื่อผู้ป่วยไอ หรือจามออกมา สามารถล่องลอยอยู่ในอากาศได้นานถึง 30 นาที

เชื้อวัณโรคสามารถถูกทำลายด้วยหลายปัจจัย ได้แก่ สารเคมีบางชนิด ความร้อน แสงแดด และแสงอัลตราไวโอเลต เช่น เชื้อวัณโรคในเสมหะสามารถถูกทำลายโดยแสงแดดได้ในเวลา 20 - 30 ชั่วโมง เชื้อวัณโรคในเสมหะแห้งที่ไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 6 เดือน หรือเชื้อวัณโรคสามารถใช้ความร้อนที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียสทำลายได้ โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2.1.2.2 การแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศโดยเมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอด หลอดลม หรือกล่องเสียง ไอ จาม พูดดัง ๆ ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง ทำให้เกิดละอองฝอย ฟุ้งกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่มากจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป ละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 1 - 5 ไมโครเมตรจะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ ซึ่งผู้อื่นสูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป อนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรคแต่อนุภาคขนาดเล็ก ๆ จะเข้าไปสู่ถุงลมในปอด

2.1.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค อาจแบ่งได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วยวัณโรค เช่น ผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอด กล่องเสียง และอวัยวะอื่นที่มีช่องทางเปิดออกสู่ภายนอก โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีแผลโพรงในปอดหรือมีแผลลุกลามมากซึ่งตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ปิดปากและจมูกเมื่อมีอาการไอ จาม

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อ เช่น สถานที่อับทึบและคับแคบ แสงแดดส่องไม่ถึง มีการไหลเวียนของอากาศน้อย การถ่ายเทอากาศไม่ดี

3. ปัจจัยด้านผู้สัมผัส ขึ้นอยู่กับปริมาณของเชื้อวัณโรคในอากาศที่ผู้สัมผัสสูดเข้าไป และระยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ

4. ปัจจัยด้านระบบบริการ เช่น การวินิจฉัยและรักษาล่าช้า การให้ยารักษาไม่ถูกต้อง การรักษาไม่ครบ การทำหัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอย (เช่น การกระตุ้นให้เกิดการไอ) เป็นต้น

2.1.2.4 การดำเนินการของโรค

เมื่อสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปถึงถุงลมในปอด ร่างกายจะมีระบบภูมิคุ้มกันที่สามารถกำจัดเชื้อที่เรียกว่า แมคโครฟาจแต่เมื่อไรก็ตามที่แมคโครฟาจไม่สามารถกำจัดเชื้อออกไปหมดได้ เชื้อวัณโรคจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้น และสามารถผ่านผนังถุงลม ซึ่งเชื้ออาจจะเข้าไปโดยตรง หรือโดย macrophages ที่มีเชื้อวัณโรค เข้าไปยังเนื้อเยื่อของปอด ในขณะเดียวกัน dendritic cells และ monocytes จะนำเชื้อวัณโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองในปอด เพื่อสร้าง T cell เกิดกระบวนการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ทั้ง T cells และ B cells มารวมตัวที่เนื้อเยื่อปอดและล้อมรอบกลุ่ม macrophages และ cells อื่น ๆ ที่มีเชื้อวัณโรคอยู่ เรียกว่า granuloma โดยกระบวนการนี้เป็นกระบวนการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection) ถ้าเชื้อวัณโรคใน granuloma มีการแบ่งตัว เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ มีปริมาณมากเกินไปที่ granuloma จะควบคุมได้ เชื้อจะสามารถ

เข้าสู่กระแสเลือด และแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ หรือกลับเข้ามายังระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดพยาธิสภาพในปอดหรือ/และอวัยวะต่าง ๆ ได้ เป็นกระบวนการป่วยวัณโรคระยะลุกลาม

การดำเนินของวัณโรคเป็นกระบวนการแบบต่อเนื่องจากการติดเชื้อแล้วลุกลามป่วยเป็นวัณโรคซึ่งกระบวนการมีทั้งไปข้างหน้าหรืออาจจะย้อนกลับมาได้ ขึ้นกับภูมิคุ้มกัน และภาวะเจ็บป่วยที่เกิดร่วมกันของร่างกาย หากร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดีอาจจะกำจัดเชื้อได้โดยไม่เกิดการติดเชื้อ แต่หากไม่สามารถกำจัดเชื้อได้ทั้งหมดจะมีเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ แสดงว่าเป็นการติดเชื้อโดยไม่มีอาการ การรักษาการติดเชื้อวัณโรคจะมีประโยชน์ในการทำลายเชื้อวัณโรคที่แฝงอยู่ให้หมดไปได้ หากมีภาวะอ่อนแอหรือโรคร่วมที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เชื้อวัณโรคที่แฝงอยู่จะเจริญเติบโตและแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนทำให้ป่วยเป็นวัณโรค ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการจะช่วยในการตรวจวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ ผู้ที่ป่วยเป็นวัณโรค (ทั้งที่มีและไม่มีอาการ) ต้องได้รับการรักษาด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพ (Pai et al., 2016; กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564; สำนักวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร, 2559)

2.1.3 อาการและการแสดงของวัณโรค

โดยทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคปอดมักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการไอ และมีเสมหะร่วมด้วยมานานกว่า 3 สัปดาห์ และมักร่วมกับมีอาการไข้ต่ำ ๆ เบื่ออาหาร มักจะเป็นตอนบ่าย เย็น หรือตอนกลางคืน และน้ำหนักตัวลดลง ซึ่งอาจมีอาการร่วมอื่น ๆ ทางระบบทางเดินหายใจ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจถี่ ไอเป็นเลือด เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้มีอาการครบถ้วนตามที่กล่าวมาข้างต้น เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจมีแค่อาการไอ หรือมีเพียงไข้ต่ำ ๆ เรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ เท่านั้น โดยอาจพบได้ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่น ๆ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง ที่อาจมีการติดเชื้อเป็นครั้งคราว เป็นต้น อาการของวัณโรคอาจแสดงอยู่นานเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน (ธนกฤตา ฉันทรุจิ, 2558; พงศ์เทพ ธีระวิทย์, 2555)

ส่วนอาการของวัณโรคนอกปอด มักจะไม่มีความจำเพาะของอาการแสดง จะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เป็น เช่น เจ็บหน้าอก หรือเหนื่อยในกรณีที่เป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดโตในกรณีที่เป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง ปวดกระดูกในกรณีที่เป็นวัณโรคกระดูก เป็นต้น และอาจมีอาการทั่วไปอื่น ๆ ร่วมด้วยเช่นเดียวกับโรควัณโรคปอด เช่น ไข้ น้ำหนักตัวลดลง เบื่ออาหาร เป็นต้น (ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ์ และคณะ, 2555; ธนกฤตา ฉันทรุจิ, 2558)

2.1.4 การวินิจฉัยวัณโรค

ผู้ป่วยทั่วไปอาจเป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรคปอดและมาตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข หรือผู้ป่วยจากการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยในชุมชน หรือผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป ไม่มีโรคร่วมและไม่ใช่กลุ่มสี่ยงสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ควรมีระบบคัดกรองอาการ เมื่อพบผู้ป่วยมี

อาการสงสัยวัณโรคปอด ควรส่งเอกซเรย์ทรวงอกและเก็บเสมหะอย่างน้อย 2 ตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการการวินิจฉัยวัณโรคใช้เกณฑ์ ดังนี้ (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564)

2.1.4.1 ภาพถ่ายเอกซเรย์ทรวงอก

1. ผลเอกซเรย์ทรวงอกพบปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคและผล AFB smear บวกอย่างน้อย 1 ตัวอย่าง สามารถวินิจฉัยวัณโรคเสมหะบวก ให้การรักษาวัณโรคได้เลย

2. ผลเอกซเรย์ทรวงอกพบปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคและผล AFB smear ลบ ทั้ง 2 ตัวอย่าง ผู้ป่วยอาจเป็นวัณโรคหรือโรคปอดอื่น ๆ สามารถตรวจเพื่อยืนยันว่าเป็นวัณโรค โดยการตรวจเสมหะตรวจด้วยวิธีอณูชีววิทยา (molecular testing) หรือวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อและทดสอบความไวต่อยา (culture & DST) ถ้าตรวจพบเชื้อวัณโรคให้การรักษา แต่ถ้าไม่พบเชื้อแพทย์พิจารณาให้การรักษาแบบปอดอักเสบจากเชื้ออื่น ๆ ก่อน ติดตามอาการ ส่งตรวจเอกซเรย์และเสมหะซ้ำ ถ้าอาการและผลตรวจดีขึ้นไม่ใช่วัณโรค แต่ถ้าไม่ดีขึ้นหรือผลเสมหะเป็นบวกให้การวินิจฉัยวัณโรคและเริ่มการรักษาวัณโรค

3. ผลเอกซเรย์ทรวงอกพบปอดปกติแต่ผล AFB smear บวก อาจมีความผิดพลาดของการตรวจเสมหะ เช่น เป็นผลบวกลวงให้ตรวจเสมหะซ้ำ และแพทย์พิจารณาตัดสินใจ

4. ผลเอกซเรย์ทรวงอกพบปอดปกติและผล AFB smear ลบ ไม่ใช่วัณโรค ให้การรักษาตามอาการ

5. กรณีที่ผลเพาะเลี้ยงเชื้อเป็นบวก พิจารณาส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาเพื่อค้นหาเชื้อดื้อยาด้วย (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564)

2.1.4.2 การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค

1. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (smear microscopy ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้มานานตรวจได้ง่าย ได้ผลเร็วและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย แต่มีความไวต่ำ ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นเชื้อที่มีชีวิตหรือตายแล้ว หรือเป็นเชื้อวัณโรคดื้อยาหรือไวต่อยา หรือเป็นเชื้อวัณโรคหรือเชื้อ non – tuberculosis mycobacteria (NTM)

2. การเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) เป็นวิธีที่เป็นมาตรฐาน (gold standard) ความไวและความจำเพาะ 100% สามารถแยกโรค mycobacterium อื่นที่ไม่ใช่วัณโรค non – tuberculosis mycobacteria (NTM) ออกจากวัณโรคได้ แต่ใช้เวลานานหลายสัปดาห์ ทั้งการเพาะเลี้ยงเชื้อที่เป็นอาหารแข็ง (solid media) และอาหารเหลว (liquid media)

3. การตรวจทางอณูชีววิทยา (molecular testing) วิธีที่องค์การอนามัยโลกรับรองในปัจจุบัน เช่น Xpert MTB/RIF assay ใช้วินิจฉัยวัณโรคและทดสอบการดื้อต่อยา rifampicin ใช้เวลาตรวจเพียง 100 นาที Line probe assay ใช้วินิจฉัยการดื้อต่อยา isoniazid และ rifampicin

ใช้เวลาตรวจ 2 วัน TB-LAMP สามารถวินิจฉัยวัณโรคภายใน 1 ชั่วโมง แต่การตรวจทางอณูชีววิทยาของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากปริมาณเครื่องมือมีจำกัด และค่าตรวจยังมีราคาสูง

4. การตรวจหาเชื้อวัณโรคในระยะแฝง (Interferon Gamma Release Assay: IGRA) เป็นวิธีการตรวจหาเชื้อวัณโรคที่อยู่ในระยะแฝง ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีเชื้อวัณโรคภายในร่างกายหรือไม่

5. การทดสอบทูเบอร์คูลิน เป็นการทดสอบเพื่อค้นหาว่าร่างกายเคยได้รับเชื้อวัณโรคหรือไม่ โดยฉีดน้ำยาทูเบอร์คูลินเข้าใต้ผิวหนังแล้วแปลผลจากปฏิกิริยาของผิวหนังหลังการฉีดยา วิธีนี้มีประโยชน์น้อยมาก ในการวินิจฉัยวัณโรค ยกเว้นในเด็กที่ไม่เคยได้รับวัคซีน BCG มาก่อน

2.1.5 การรักษาวัณโรค

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค มีแนวทางการรักษาตามแผนงานของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564; ภูษิต ขันกสิกรรม, 2564)

2.1.5.1 ก่อนเริ่มการรักษา พิจารณาตามหลักเกณฑ์ดังนี้

1. พิจารณาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย (++, 1)

2. พิจารณาเจาะเลือดตรวจการทำงานของตับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดตับอักเสบ ได้แก่ ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี, ดื่มสุราเป็นประจำ, เคยมีประวัติโรคตับหรือติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง, ติดเชื้อเอชไอวี, มีภาวะทุพโภชนาการ, หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น (+, II)

3. พิจารณาเจาะเลือดดูการทำงานของไต ในผู้ป่วยที่มีโรคไตหรือเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลัน เช่น nephrotic syndrome, ไตวายเรื้อรัง, โรคเบาหวานที่มีการทำหน้าที่ของไตบกพร่อง, ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ต้องใช้ยากลุ่ม aminoglycosides (+4, II)

4. พิจารณาตรวจสายตาในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ที่มีความผิดปกติของสายตาอยู่เดิม (++, II)

5. ผู้ป่วยที่ดื่มสุราทุกราย ต้องได้รับคำแนะนำให้หยุดสุรา และระมัดระวังการใช้ยาอื่นที่อาจมีผลต่อตับ (ควรได้รับยาต่าง ๆ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์) (++, II)

2.1.5.2 เริ่มการรับพิจารณารักษา

แนวทางการรักษาวัณโรคขององค์การอนามัยโลก ปีพ.ศ. 2560 แนะนำสูตรยามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยใหม่ที่เชื้อไวต่อยา (new patient regimen with drug susceptible) ที่ยังไม่เคยรักษาหรือเคยรักษามาไม่เกิน 1 เดือน ด้วยสูตรยา 2HRZE / 4HR (H = INH, R = Rifampicin, Z = Pyrazinamide, E = Ethambutol)

โดยผู้ป่วยที่เริ่มใช้สูตรยานี้ในบางรายที่ตอบสนองการรักษาไม่ดี ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีแผลโพรงขนาดใหญ่ มีเสมหะตรวจ AFB smear และผลเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคในเดือนที่ 2 หรือ 3

เป็นบวกและผลทดสอบความไวไม่พบเชื้อดื้อยาสามารถยืดการรักษาในระยะต่อเนื่อง (continuation phase) จาก 4 เดือนเป็น 7 เดือน แต่ทั้งนี้ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาเป็นราย ๆ ไป ซึ่งอาการข้างเคียงหรือผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรคที่พบ ได้แก่ มีผื่น, อาเจียน, ปวดข้อ และตับอักเสบ เป็นต้น

2.1.5.3 การติดตามการรักษา

ระยะการติดตามการรักษาจะพิจารณาจากการตรวจย้อมเสมหะ ร่วมกับลักษณะทางคลินิกเป็นสำคัญ ระหว่างการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการไอลดลง มีเสมหะลดลง แต่ควรส่งตรวจเสมหะและภาพถ่ายเอกซเรย์ทรวงอก เพื่อประเมินการรักษาเมื่อ

1. ผู้ป่วยที่ลักษณะทางคลินิกที่แย่ลงระหว่างการรักษา ก่อนการพิจารณาเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา

2. สิ้นสุดระยะการรักษาเข้มข้น

3. ก่อนการพิจารณาหยุดยา

2.1.5.4 การพิจารณาการรักษาใหม่หลังขาดยา หรือหยุดยาด้วยเหตุผลอื่น ๆ

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องหยุดยาเนื่องจากความจำเป็นบางประการ เช่น อาการแพ้ยารุนแรง เหตุการณ์ความไม่ปกติใด ๆ ทำให้ไม่สามารถมารับยาตามนัดได้หรือยาไม่พอจนถึงเวลานัด จึงต้องทราบหลักการในการรักษาโดย มีแนวทางการพิจารณาการรักษาใหม่หลังการขาดยาหรือหยุดยาด้วยเหตุผลใด ๆ อย่างไรก็ตามการใช้แนวทางนี้จะเลือกใช้เฉพาะในกรณีดังต่อไปนี้คือ

1. ไม่มีลักษณะทางคลินิกที่แย่ลง และ

2. ภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่แย่ลง และ

3. ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อหรือพบปริมาณเชื้อไม่มากขึ้นกว่าเดิม

โดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาใหม่ตามแนวทาง rimbuzin treatment after interruption (+, III) ตามคำแนะนำต่อไปนี้

1. แนะนำส่งเสมหะตรวจทางอณูชีววิทยา และเพาะเชื้อวัณโรค ทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา ก่อนพิจารณารักษาใหม่หลังการขาดยา (พิจารณาตามความเหมาะสม)

2. ในผู้ป่วยที่ต้องพิจารณาการรักษาใหม่หลังการขาดยา โดยไม่มีเหตุอันควรต้องหาวิธีแก้ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยา และแนะนำให้รักษาภายใต้ DOT ทุกราย

3. ในกรณีที่มีข้อสงสัยหรือตัดสินใจไม่ได้ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเป็นราย ๆ

2.1.6 การป้องกันโรควัณโรค

โรควัณโรคมีแนวทางในการป้องกัน ดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

2.1.6.1 ฉีดวัคซีน BCG ซึ่งนิยมฉีดในทารกตั้งแต่แรกเกิด วัคซีนชนิดนี้มีประสิทธิผลในการป้องกันวัณโรคชนิดรุนแรง ได้แก่ เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากวัณโรค วัณโรคชนิดแพร่กระจาย ซึ่งพบได้บ่อยในเด็กเล็ก แต่อาจป้องกันวัณโรคปอดไม่ได้เต็มที่ ผู้ที่เคยฉีดวัคซีน BCG มาแล้วก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคปอด

2.1.6.2 คนทั่วไปควรรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ กินอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ออกกำลังกายเป็นประจำ ละเว้นจากการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์จัด และการใช้ยาเสพติด หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

2.1.6.3 เมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในบ้านเดียวกัน ควรกำชับให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ช่วงที่ผู้ป่วยกินยารักษาวัณโรคไม่ถึง 2 สัปดาห์หรือยังไม่หายไอ ควรหลีกเลี่ยงการนอนอยู่ห้องเดียวกับผู้ป่วย ถ้าจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ควรสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2.1.6.4 ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้แม้ว่ารู้สึกสบายดีก็ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการทดสอบทูเบอร์คูลิน สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ควรทำการทดสอบทุก 6 เดือน

2.2 สถานการณ์ของโรควัณโรค

2.2.1 สถานการณ์โรควัณโรคของโลก

องค์การอนามัยโลกรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (Global Tuberculosis Report 2024) เผยแพร่เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2024) พบว่าในปี พ.ศ. 2566 (ค.ศ. 2023) มีผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกประมาณ 10.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 10.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2565 (ค.ศ. 2022) โดยในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้ที่กลับมาเป็นซ้ำที่ได้รับการวินิจฉัยและรายงานจำนวน 8.2 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 1.25 ล้านคน ในปีพ.ศ.2564 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรควัณโรคเป็นโรคที่เป็นสาเหตุให้เสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 13 และยังเป็นโรคที่มีผลกระทบมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคโควิด 19 ซึ่งพบผู้เสียชีวิตและติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2563 โดยพบผู้เสียชีวิตทั่วโลกรวม 1.6 ล้านคน และติดเชื้อวัณโรคประมาณ 10.6 ล้านคน จำแนกเป็นเพศชาย 6 ล้านคน เพศหญิง 3.4 ล้านคน และเด็ก 1.2 ล้านคนตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มากที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมา คือ แอฟริกา ร้อยละ 23 และแปซิฟิกตะวันตกร้อยละ 18 ตามลำดับ (World Health Organization, 2022b; กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564)

เอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นที่ตั้งของประชากรมากถึงร้อยละ 26 ของโลก แต่พบอุบัติการณ์วัณโรคสูงถึงร้อยละ 44 โดยมีการคาดการณ์ว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่มากกว่า 4 ล้านคนต่อปี

และคร่าชีวิตผู้คนในภูมิภาคไปถึง 650,000 ราย ด้วยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐบาลต้องเร่งดำเนินการเพื่อหาแนวทางในการหยุดยั้งวัณโรคในภูมิภาคอย่างเร่งด่วนมากขึ้น รวมถึงการกำหนดกลยุทธ์ในการยุติวัณโรคเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลกที่มีเป้าหมายในการลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรคลงร้อยละ 95 และลดผู้ป่วยรายใหม่ลงร้อยละ 90 ระหว่างปี 2015 ถึง 2035 นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายลำดับที่ 3 คือ การสร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ในเป้าประสงค์ที่ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำและโรคติดต่ออื่น ๆ ภายในปี 2030 (Natetida Bunnag, 2564)

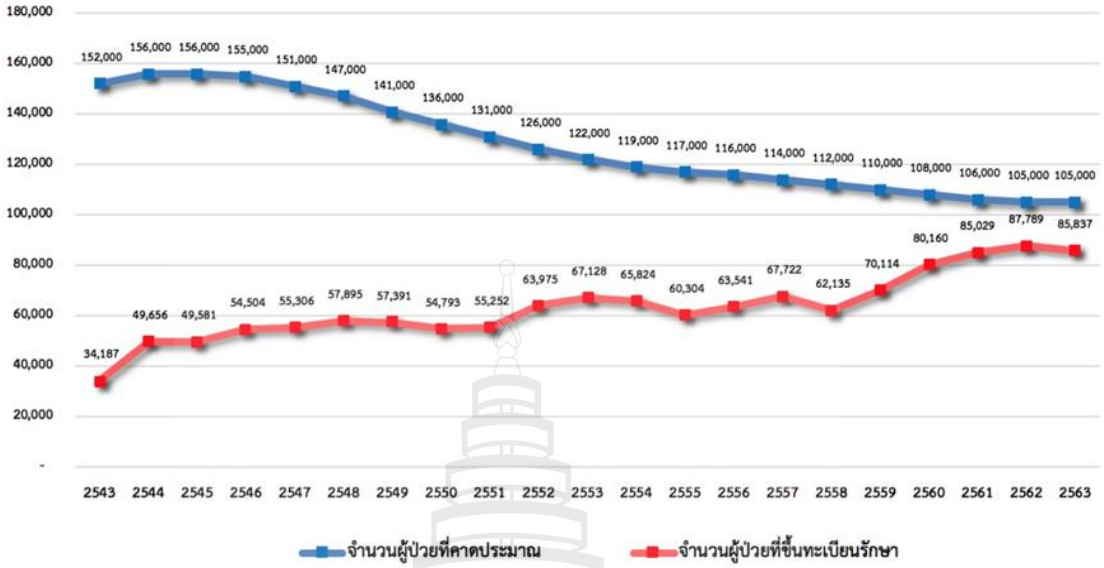
2.2.2 สถานการณ์โรควัณโรคในประเทศไทย

จากรายงานองค์กรอนามัยโลก พบว่าผู้ป่วยยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยประเทศไทยถูกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูง สถานการณ์วัณโรค ของประเทศไทย ปี 2567 พบผู้ป่วยวัณโรค 111,000 รายต่อปี (87,000 - 129,000) ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 72,274 ราย ไม่ได้รายงาน/ไม่ได้รับการวินิจฉัย จำนวน 38,726 ราย ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค 65% เป้าหมาย 90% อัตราผลสำเร็จของการรักษา 85% เป้าหมาย 90% เสียชีวิตจากการวัณโรค 13,700 ราย/ปี (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2568) สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยข้อมูลล่าสุดจากแผนปฏิบัติการยุติวัณโรคแห่งชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยวัณโรคใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 71,488 ราย คิดเป็นอัตราการครอบคลุมการรักษา (treatment coverage) ประมาณ 70% เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่คาดการณ์ไว้ที่ 103,000 ราย (Thailand Operational Plan To End Tuberculosis, Phase 2 ปี 2023-2027)

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงของโลกปีพ.ศ. 2559 - พ.ศ.2563 เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ประเทศ ได้แก่ มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (โดยใช้หลักเกณฑ์ประเทศที่มีค่าคาดประมาณอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยของแต่ละประเทศสูงสุด 20 อันดับแรก และประเทศที่มีค่าคาดประมาณอัตราอุบัติการณ์สูงสุด 10 ประเทศ ซึ่งไม่จัดอยู่ในกลุ่ม 20 ประเทศแรก) โดยประเทศไทยถูกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม ต่อมาในปีพ.ศ. 2564 ได้มีการจัดอันดับใหม่ พบว่า ประเทศไทยพ้นจาก 14 ประเทศที่มีภาระด้านวัณโรคสูงที่มีทั้ง 3 กลุ่มตามที่องค์การอนามัยโลกได้จัดไว้เดิม แต่ยังอยู่ในกลุ่มของประเภทที่มีภาระวัณโรค และวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีอยู่

อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังรูปที่ 2 สำหรับอัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทยปีพ.ศ. 2558 - พ.ศ. 2562 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบร้อยละ 53, 57, 74, 80 และ 84 ตามลำดับ ซึ่งลดลงในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 82 และจากรายงานวัณโรคระดับโลก โดยองค์การอนามัยคาดประมาณว่าในปีพ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 12,000 ราย ผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 85,837 ราย เป็นเด็กอายุ 0 - 14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาเพียงร้อยละ 1 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทยที่ผ่านมามีแนวโน้มอัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น รักษาล้มเหลว ขาดยาและโอนออกลดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตยังคงสูงและเป็นปัญหาของประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่สูงอายุและมีโรคร่วมและในปีพ.ศ. 2562 มีอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เท่ากับร้อยละ 85 รายงานอุบัติการณ์ วัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคใหม่และกลับเป็นซ้ำในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนรักษาลดลงจาก 4,268 รายในปี พ.ศ. 2563 เหลือ 3,067 รายในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งอาจเป็นผลจากการระบาดของ COVID-19 ที่ส่งผลต่อโครงสร้างประชากรและการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ (Thailand Operational Plan To End Tuberculosis, 2023 - 2027)

ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีที่องค์การอนามัยโลกคาดประมาณ 9,900 ราย ผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปีพ.ศ. 2563 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6,631 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี และอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับร้อยละ 75 และในส่วนของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB ที่องค์การอนามัยโลกคาดประมาณในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 2,500 ราย หรือคิดเป็น 3.6 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB ร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน ผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปีพ.ศ. 2563 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB ที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 1,302 ราย และได้รับการรักษา 1,204 ราย และวัณโรคดื้อยาชนิด pre-XDR/XDR-TB ที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 65 ราย และได้รับการรักษา 62 ราย และอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด XDR-TB ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี 2561 เท่ากับร้อยละ 63 และร้อยละ 81 ตามลำดับ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564)



ที่มา กองวัณโรค กรมควบคุมโรค (ปี 2566)

ภาพที่ 1.1 ค่าประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาของประเทศไทยปี พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2563

จากรายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังโรควัณโรคในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 35,951 ราย (54.0 ต่อแสนประชากร) โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด 10 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (4,525 ราย) รองลงมา คือ ขอนแก่น (1,302 ราย) นครราชสีมา (1,225 ราย) ศรีสะเกษ (1,068 ราย) อุบลราชธานี (978 ราย) สุรินทร์ (894 ราย) เชียงราย (886 ราย) สงขลา (860 ราย) ชลบุรี (835 ราย) และอุดรธานี (834 ราย) ตามลำดับ และจังหวัดที่มีอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำสูงสุด 10 อันดับ ได้แก่ สมุทรสาคร (79.2 ต่อแสนประชากร) ภูเก็ต (68.7 ต่อแสนประชากร) กรุงเทพมหานคร (62.0 ต่อแสนประชากร) ศรีสะเกษ (58.6 ต่อแสนประชากร) ระยอง (58.1 ต่อแสนประชากร) มหาสารคาม (57.8 ต่อแสนประชากร) เชียงราย (57.5 ต่อแสนประชากร) พิษณุโลก (56.6 ต่อแสนประชากร) และสุโขทัย (53.8 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ เมื่อจำแนกผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนและอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าทุกกลุ่มอายุ (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค, 2564)

2.2.3 สถานการณ์โรควัณโรคในจังหวัดเชียงราย

จังหวัดเชียงรายเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงเป็นอันดับที่ 7 ของประเทศ โดยมีจำนวนผู้ป่วย 886 คน และยังเป็นจังหวัดที่มีอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมา

เป็นซ้ำสูงเป็นอันดับที่ 7 ของประเทศอีกด้วยโดยคิดเป็น 57.5 คนต่อแสนประชากร (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค, 2564) จากรายงานสถานการณ์วัณโรคจังหวัดเชียงราย ปีพ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2561 พบมีอัตราผู้ป่วยวัณโรคเป็น 143.67 136.89 127.67 140.56 และ 89.79 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ทศพล คชสาร, 2565) ในปีพ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียน 1,423 คน ซึ่งต่ำกว่าค่าคาดการณ์ที่ควรจะมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 2,725 คน (156 ต่อแสนประชากร) และคิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาเพียงร้อยละ 52.2 มีอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคเพียงร้อยละ 77.37 (อจิรพรรณ กัปตัน, 2563) ต่อมารายงานปีพ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย จำนวน 1,672 คน และจากการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านจำนวน 2,554 คน ซึ่งมีร้อยละสูงกว่าระดับประเทศโดยพบผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงคิดเป็นร้อยละ 8.53 (ปาลิตา เจริญสุข และ พิษณุรักษ์ กันทวี, 2564) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ายังคงมีผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งที่ยังหลงเหลืออยู่ในชุมชนที่ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้ (รณยศ สุวรรณกัญญา และ พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2556) ถึงแม้ว่าทางจังหวัดเชียงรายจะดำเนินการพัฒนา ปรับปรุง หรือนำมาเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ในพื้นที่เพื่อควบคุมโรควัณโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบปัจจัยและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ส่งผลให้การดำเนินการควบคุมโรควัณโรคในพื้นที่เป็นไปอย่างล่าช้า และส่งผลต่อการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะความเป็นบริบทพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายทางด้านศิลปะ วัฒนธรรม ความเชื่อ เชื้อชาติ และการเดินทางเคลื่อนย้ายของแรงงานและประชากรในแนวชายแดน ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เป็นกลุ่มคนสำคัญที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพล่าช้าและทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยหรือรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้กระบวนการรักษาโรคประสบความสำเร็จ

2.3 ปัญหาจากการรับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค

2.3.1 ความหมายของการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรค

การรักษาที่ล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาล่าช้า โดยมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการป่วยหรือสงสัยว่าป่วยด้วยวัณโรคจนถึงการเข้ารับบริการสุขภาพครั้งแรกเป็นระยะเวลามากกว่า 30 วัน ตามค่ามัธยฐานของความล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด (กัมปนาท ฉายชูวงษ์, 2562)

ความล่าช้าในการรักษาวัณโรค หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วยที่เข้าได้กับวัณโรค คือ น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ มีไข้ต่ำ ๆ และไอเรื้อรังนานเกิน 2 สัปดาห์หรือไอเป็นเลือด

จนถึงวันที่ได้รับการรักษาวัณโรคจากแพทย์ แบ่งได้เป็น 3 ประเภท (ปัญจรัตน์ คำมา และ พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2562) ดังนี้ (1) ความล่าช้าจากผู้ป่วย หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่เริ่มมีอาการป่วยที่เข้าได้กับวัณโรคปอดจนถึงวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐนานเกินกว่า 30 วัน, (2) ความล่าช้าจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ คือ ตั้งแต่ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐจนถึงวันที่ได้รับยารักษาวัณโรคนานเกินกว่า 5 วัน, (3) ความล่าช้ารวม หมายถึง ระยะเวลาความล่าช้าทั้งหมด ตั้งแต่ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่มีอาการที่เข้าได้กับวัณโรคจนถึงวันที่ได้รับยารักษาวัณโรคปอดนานเกินกว่า 35 วัน

ความล่าช้าด้านระบบบริการในการวินิจฉัยวัณโรคปอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการแสดงและมารับบริการที่โรงพยาบาล จนถึงแพทย์ให้การวินิจฉัยวัณโรคปอดโดยใช้เวลามากกว่า 7 วัน และระยะเวลาตั้งแต่ที่ผู้ป่วยไม่มีอาการแต่ได้รับการตรวจภาพรังสีทรวงอก จนถึงแพทย์ให้การวินิจฉัยวัณโรคปอดที่ใช้เวลามากกว่า 7 วัน (อจิรพรรณ กัปตัน, 2563)

ความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการจนถึงระยะเวลาผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง แบ่งออกเป็น 4 ระยะ (โมทภคเอก วีรชัย, 2565) ดังนี้ (1) ความล่าช้าจากผู้ป่วย คือ ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับวัณโรค และสิ้นสุดในวันสุดท้ายก่อนเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์, (2) ความล่าช้าจากระบบการส่งต่อ คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเริ่มแรกมารับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขครั้งแรก แล้วได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์ทำการวินิจฉัยวัณโรค, (3) ความล่าช้าจากการวินิจฉัย คือ ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการตรวจวินิจฉัยที่ระบบบริการสุขภาพของรัฐครั้งแรกและสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นวัณโรค, (4) ความล่าช้าจากการรักษา คือ ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และสิ้นสุดเมื่อเริ่มต้นรักษาครั้งแรก

กล่าวโดยสรุปการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการจนถึงเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยสาเหตุของการรักษาล่าช้าในผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ จากตัวผู้ป่วย จากระบบการส่งต่อ จากการวินิจฉัย และจากการรักษา โดยการศึกษาส่วนใหญ่จะใช้ความหมายที่เรียกว่าความล่าช้าโดยรวม

2.3.2 ความล่าช้าในการรักษาวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคที่ปรากฏอาการช้า ๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังอยู่ในชุมชนและเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขล่าช้า หรือบางรายเข้าไม่ถึงระบบบริการ หรือเข้าสู่ระบบบริการแล้วแต่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น ส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคในภาพรวม การวินิจฉัยและรักษาล่าช้า การให้ยารักษาไม่ถูกต้อง การรักษาไม่ครบ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อการ

แพร่กระจายเชื้อวัณโรค (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องถึงความล่าช้าในการรักษาโรควัณโรค พบว่า ความล่าช้าในการรักษาเกิดจาก 2 ส่วนหลัก คือ ความล่าช้าในตัวผู้ป่วย และความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย คือ ความล่าช้าในการวินิจฉัยโรค ความล่าช้าในการรักษา โดยพบความล่าช้าจากตัวผู้ป่วยสูงสุดอยู่ที่ 205.2 วัน ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพอยู่สูงสุด 150.7 วัน ความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคสูงสุด 124 วัน ความล่าช้าในการรักษาอยู่สูงสุด 4.5 วัน และความล่าช้ารวมสูงสุด 356 วัน ตามลำดับ (ซารีฟะห์ มัวหามะ และคณะ, 2562) จากการวิเคราะห์เชิงอภิมาน 12 การศึกษาในต่างประเทศ พบผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 42 (95% CI: 37 – 47%) มีความล่าช้าในการรักษามากกว่า 1 เดือนขึ้นไป เมื่อจำแนกรายประเทศพบว่าความล่าช้าของผู้ป่วยในประเทศจีน และเนปาลอยู่ในช่วง 10 – 50 วัน ส่วนความล่าช้าของระบบสุขภาพพบการรายงานในประเทศจีน และประเทศยูกันดา คือ อยู่ในช่วง 1 – 77 วัน ส่วนประเทศอินเดียให้คำจำกัดความของการล่าช้าในการรักษาว่าเป็นความล่าช้าในการวินิจฉัย คือ ระยะเวลาตั้งแต่การเข้ารับบริการครั้งแรกจนถึงการวินิจฉัยโรค และความล่าช้าในการรักษา คือ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงการได้รับการรักษาครั้งแรก โดยมีค่ามัธยฐาน คือ 31 วัน และ 2.5 วัน ตามลำดับ

สำหรับประเทศไทยพบรายงานการรักษาล่าช้าโดยกำหนดความล่าช้าของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการไปจนถึงการไปเข้ารับบริการครั้งแรก มีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 21 วัน แต่การกำหนดเวลาดังกล่าวส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการประเมินโรค ซึ่งในความเป็นจริงผู้ป่วยที่แสดงอาการและเข้าพบแพทย์ใช้เวลามัธยฐานประมาณ 15 วัน และ 10 วัน สำหรับการประเมินจนถึงการได้รับการรักษา ซึ่งถือเป็นความล่าช้าของผู้ป่วย และระบบสุขภาพตามลำดับ (ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล และคณะ, 2564) ซึ่งสาเหตุของความล่าช้าที่เกิดขึ้นนั้นพบว่าเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ อย่างร่วมกัน เช่น ความรู้ของผู้ป่วย ฐานะครอบครัวที่ยากจน ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานพยาบาล การแสวงหาการรักษาจากสถานพยาบาลหลาย ๆ แห่ง ความรู้ของเจ้าหน้าที่ในการวินิจฉัยโรค และระบบสุขภาพ เป็นต้น (ธนกฤตา ฉันทรุจิ, 2558)

2.3.3 ผลกระทบจากการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค

ปัญหาในการวินิจฉัยรักษาวัณโรคล่าช้ายังคงอยู่และเป็นปัญหาสำคัญที่ยังคงท้าทายและรอการแก้ไข โดยผลของการรักษาวัณโรคล่าช้าทำให้ผู้ป่วยสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ 10 – 15 คน ต่อปี (World Health Organization, 2022b) ส่งผลให้นำไปสู่เพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อและการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคในที่สุด (สุทธิณี สิทธิหล่อ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2558) อีกทั้งยังส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศต่อปีเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย (World Health Organization, 2022) ความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคนอกจากจะส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วยทำให้ผลการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดโรคต่อร่างกายของผู้ป่วยแล้ว ผลเสียที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การขาดยา

หรือกินยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการป่วยมากทำให้เกิดการท้อแท้ตามมาด้วยการไม่ยอมกินยา และส่งผลให้เกิดการดื้อยาของเชื้อวัณโรคในที่สุด ซึ่งหากมีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคโดยเฉพาะวัณโรคเชื้อดื้อยาจากผู้ป่วยสู่คนในชุมชน หรือผู้สัมผัสร่วมบ้าน ส่งผลอย่างมากในการเกิดโอกาสที่จะทำให้การรักษายุ่งยากและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ต้องขยายระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจาก 6 เดือน เป็น 8 – 24 เดือน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจาก 2,500 บาท เพิ่มขึ้นเป็น 80,000 – 100,000 บาท เป็นต้น (วีรชัย โมทภคเอก, 2565; สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยปล่อยให้มีอาการน่าสงสัยด้วยโรควัณโรคเป็นระยะเวลานาน โดยไม่เข้ารับการตรวจรักษาให้ถูกต้องจะทำให้เกิดความล่าช้าในการควบคุมโรควัณโรค ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด และทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนมากขึ้นจนเกิดเป็นผลกระทบระดับสังคมด้วยเช่นกัน (El-Sony et al., 2002; Lienhardt et al., 2001; Meintjes et al., 2008; Ponticiello et al., 2001)

2.4 ผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

2.4.1 ความหมายของผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.2553 เรื่องการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการควบคุมป้องกันโรค จึงได้แบ่งกลุ่มบุคคลผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ดังนี้

กลุ่มปัญหาสถานะและสิทธิที่คณะรัฐมนตรีรับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวร ได้แก่ (1) กลุ่มที่มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคล เลข 3 และ 4 ที่เข้าเมืองโดยชอบ ได้สิทธิอาศัยถาวร (พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2552) ประเภททะเบียนราษฎร์ ท.ร.14 และ (2) กลุ่มที่เลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคล เลข 5 และ 8 เป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายมีสิทธิอาศัยถาวร ประเภททะเบียนราษฎร์ ท.ร.14

กลุ่มปัญหาสถานะและสิทธิที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อกระบวนการแก้ปัญหาประกอบด้วย (1) กลุ่มปัญหาสถานะและสิทธิที่มีปัญหาการส่งกลับซึ่งได้รับการสำรวจทำทะเบียนประวัติและบัตรสี/บัตรประจำตัวผู้ไม่ใช่สัญชาติไทยเพื่อการควบคุมและอยู่ระหว่างการแก้ปัญหา ได้แก่ กลุ่มที่มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคล เลข 6 เป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราว (มาตรา 12 13, 34, 35 ในพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2552) และคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย (มาตรา 17 ในพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522)

ประเภททะเบียนราษฎร์ ท.ร.13 และกลุ่มที่มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคล เลข 7 เป็นบุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราวที่เกิดในประเทศไทย (มาตรา 12, 13, 34, 35 ในพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522) และบุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายที่เกิดในประเทศไทย (มาตรา 17 ในพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522) ประเภททะเบียนราษฎร์ ท.ร.13 (2) กลุ่มปัญหาสถานะและสิทธิที่ได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล เฉพาะกลุ่มต่อไปนี้ กลุ่มนักเรียนในสถานศึกษาที่รับสวัสดิการจากรัฐบาลด้านการศึกษา มีเลขขึ้นต้นด้วยเลข 0 ประเภททะเบียนราษฎร์ ท.ร.38 ก กลุ่มไร้รากเหง้า มีเลขขึ้นต้นบัตรประชาชนเลข 0 ประเภททะเบียนราษฎร์ ท.ร.38 ก และกลุ่มคนที่ทำประโยชน์ให้กับประเทศ มีเลขขึ้นต้นในบัตรประชาชน เลข 0 ประเภททะเบียนราษฎร์ ท.ร.38 ก

บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ คือบุคคลเป็นคนไทยและไม่ใช่คนไทย ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยที่ ยังไม่ได้รับการดูแลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพหลักของไทยทั้ง 3 ระบบ คนไทยที่ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล หรือ คนไทยไร้สิทธิ คือ บุคคลที่มีสัญชาติไทยแต่ยังไม่ได้รับการกำหนดสถานะบุคคลที่ถูกต้อง ทำให้ไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานและสิทธิพลเมือง เนื่องจากไม่มีชื่อในระบบทะเบียนราษฎรที่ถูกต้อง หรือได้รับการจัดทำทะเบียนราษฎรแล้วแต่ถูกจำหน่ายออก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตกหล่น จากการให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง และกลุ่มที่ถูกแจ้งย้ายเข้าทะเบียนบ้านกลาง แล้วไม่ไปแสดงตน และ ผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทย ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น สามารถแบ่งได้ 4 กลุ่ม คือ (1) บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิหรือคนไร้รัฐที่อยู่ระหว่างการพิสูจน์สถานะและสัญชาติ (2) บุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนหรือคนไร้รัฐที่รัฐไม่ยอมรับการมีตัวตนอยู่ของคนกลุ่มนี้ (3) แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและไม่ได้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (4) ผู้ลี้ภัยตามแนวชายแดนหรือบุคคลที่ไม่เคยลงทะเบียนใด ๆ เพื่อการแสดงตนในฐานะพลเมือง (สภาความมั่นคงแห่งชาติ มีนาคม 2553)

2.4.2 ปัญหาวัณโรคและการเข้ารับการรักษาโรควัณโรคล่าช้า ในผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

สภาพสังคมที่มีการแบ่งชนชั้นและปัญหาความไม่เท่าเทียมถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาโรควัณโรค โดยในการศึกษานี้จะกล่าวถึง “ผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” ซึ่งเป็นอีกกลุ่มคนที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมากในการดำเนินชีวิต ทั้งปัญหาความว่างงาน วิถีการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ ที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวประสบปัญหา เช่น ความไม่ต่อเนื่องในการรับการรักษา จนเกิดความไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษาวัณโรค เมื่อเชื้อกลับมาลุกลามจนผู้ป่วยแสดงอาการหนักขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้จึงกลับมารักษาซ้ำ ๆ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษา และกลุ่มคน

เหล่านี้ยังถูกมองว่าเป็นกลุ่มคนที่ “ขาดการรักษา” และ “ไม่ร่วมมือในการรักษา” เป็นต้น และยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข และกระบวนการควบคุมโรคในพื้นที่ตามมา อีกทั้งกลุ่ม “ผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” ยังมีความด้อยโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ทั้งในประเด็นด้านชนชั้นทางสังคม สัญชาติ หรือเชื้อชาติ สิทธิประกันสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ รวมถึงความแตกต่างทางด้านข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ส่งผลให้กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มองว่าการเข้าถึงการรักษาวัณโรคเป็นเรื่องที่ยากเย็นสำหรับพวกเขา โดยกลุ่มคนเหล่านี้จะมีลักษณะความทุกข์อยู่ 3 ประการ ได้แก่ (1) ความทุกข์ทางกาย คือ ทุกข์ที่เกิดจากการป่วยไข้ และโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งเมื่อพวกเขาป่วยเป็นวัณโรค จะป่วยนานกว่า หายช้ากว่า และรุนแรงกว่ากลุ่มคนอื่น ๆ ที่มีสถานะปกติทางสังคม ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มคนเหล่านี้มีโอกาสในชีวิตน้อยมากในการแสวงหาและเข้าถึงการรักษาพยาบาล หรือทางเลือกในการแสวงหาบริการที่มีคุณภาพ (2) ความทุกข์ทางใจ กล่าวคือ เป็นความทุกข์ที่เกิดจากการไม่ได้รับความเหลียวแลจากคนในครอบครัว ถูกทอดทิ้งหรือทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และ (3) ความทุกข์ทางสังคม เกิดจากความไม่เท่าเทียมของโครงสร้างพื้นฐานทางสังคม ค่านิยม วัฒนธรรม เช่น การถูกตีตราจากคนอื่นในสังคมถึงความด้อยโอกาสที่เข้าไม่ถึงสวัสดิการของรัฐและเอกชน หรือการถูกลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นต้น จากสภาพปัญหาดังกล่าวทั้งปัญหาส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความด้อยโอกาส ปัญหาทางสังคมล้วนแต่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อรักษาโรควัณโรคที่รวดเร็ว ส่งผลให้เกิดการรักษาที่ล่าช้า และไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษาวัณโรค (Colander & Hunt, 2022; Kim et al., 2005; ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, 2546; ปัญจรัตน์ คำมา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2562; สุริยา สมุทคุปติ์ และพัฒนา กิติอาษา, 2542)

2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค

ผู้ศึกษาวิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการรับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.5.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สัญชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย และสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาลักษณะส่วนบุคคลแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องและความแตกต่างของความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาวัณโรคแตกต่างกันไปตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการศึกษา หรือบริบทของพื้นที่ ดังเช่นผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อการรับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วย พบว่า เพศ อายุ ผู้ป่วยที่

ต่างสัญชาติ หรือเป็นแรงงานข้ามชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว หรือโรคร่วมต่าง ๆ เช่น เบาหวาน เอดส์หรือ HIV เป็นต้น มีความสัมพันธ์ต่อการรับการรักษาวัณโรคล่าช้าของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์ เปรียบเทียบถึงโอกาสการเข้ารับการรักษาที่ล่าช้าของบางตัวแปรพบว่า เพศชายมีความล่าช้าในการเข้ารับการรักษามากกว่าเพศหญิง (Ebrahimi et al., 2018; Roberts, et al., 2020; ปัญจรัตน์ คำมา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2562; รณยศ สุวรรณกัญญา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2556; สุทธิณี สิทธิหล่อ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2558) ในขณะที่บางส่วนกล่าวว่าเพศหญิงมีความล่าช้าในการเข้ารับการรักษามากกว่าเพศชาย (Awoke et al., 2019; Eltayeb, Pietersen et al., 2020; Mhalu et al., 2019) อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการรับการรักษาวัณโรคล่าช้าของผู้ป่วย (Alene et al., 2020; Eltayeb et al., 2020; Thin et al., 2020; ซารีฟะห์ มัวหามะ และคณะ, 2562; สุทธิณี สิทธิหล่อ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2558) ผู้ป่วยที่ต่างสัญชาติ หรือเป็นแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาพำนักในพื้นที่ศึกษาวิจัย มีโอกาสเข้ารับการรักษาที่ล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนในพื้นที่ (Peri et al., 2018; Sikkhajan & Sirichokchatchawan, 2020; ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล และคณะ, 2564) ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า มีโอกาสเข้ารับการเข้ารับการรักษาที่ล่าช้ามากกว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า (Alema et al., 2019; Alene et al., 2020; Awoke et al., 2019; Ehsanul Huq et al., 2018; Ko et al., 2022; Obsa et al., 2021; Oo et al., 2020; Seid & Metaferia, 2018; ซารีฟะห์ มัวหามะ และคณะ, 2562) ผู้ที่มีระดับรายได้ต่ำมีโอกาสเข้ารับการรักษาที่ล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับรายได้สูงกว่า (Alene et al., 2020; Eltayeb et al., 2020; Jiang et al., 2022; Oo et al., 2020; ซารีฟะห์ มัวหามะ และคณะ, 2562; ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล และคณะ, 2564; ปัญจรัตน์ คำมา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2562; สุทธิณี สิทธิหล่อ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2558) ในขณะที่ผู้ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง มีโอกาสเข้ารับการรักษาวัณโรคที่เร็วขึ้น (Seid & Metaferia, 2018) เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังคงพบผลการศึกษาที่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาวัณโรคล่าช้า ดังเช่นผลการศึกษาที่พบว่าเพศ อายุ ในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดบึงกาฬไม่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการรักษาโรค (วีรวุฒิ พุทธาอามาตย์ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2560) หรือปัจจัยด้านรายได้ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดมหาสารคามไม่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการรักษาโรควัณโรค (กรรณิกา ทานะขันธ์ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2556) เป็นต้น

2.5.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าทั้งสองปัจจัยล้วนเพิ่มความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรควัณโรค โดยพบว่า

สารนิโคตินในบุหรี่ และแอลกอฮอล์ล้วนส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทั้งสิ้น ทำให้ระบบการตอบสนองและทำลายต่อเชื้อแบคทีเรียต่าง ๆ ลดลง และมีความไวต่อการรับเชื้อวัณโรคปอดเพิ่มขึ้น (Curtis et al., 2013; Pasala et al., 2015; Shaler et al., 2013) ดังผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค 2.3 – 2.7 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Lin, et al., 2007) และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอด 1.35 – 3.33 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (Imtiaz et al., 2017) เป็นต้น อีกทั้งยังพบว่าพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้นอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรควัณโรค หรือการมีโอกาสกลับไปป่วยซ้ำ (Wangdi & Gurung, 2012) แล้วยังส่งผลต่อความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคอีกด้วย จากการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยวัณโรคและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์ต่อการรักษาวัณโรคล่าช้า (Ko et al., 2022; Mhalu et al., 2019; ซารีฟะห์ มัวหามะ และคณะ, 2562; ปัญจรัตน์ คำมา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2562; รณยศ สุวรรณกัญญา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2556; สุทธิณี สิทธิหล่อ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2558) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่สูบบุหรี่มักจะมีอาการไอและไม่ตระหนักถึงอาการของโรควัณโรค ซึ่งผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์เมื่อมีอาการหนักมากหรือมีอาการแสดงอื่น ๆ ร่วมด้วย (กรรณิกา ทานะขันธ์ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2556) ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาโรค ถึงแม้จะพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรควัณโรค การกลับมาเป็นซ้ำ หรือการรับการรักษาโรควัณโรคที่ล่าช้า แต่ยังคงไม่พบผลการศึกษาที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพต่อการรักษาโรควัณโรคล่าช้า

2.5.3 ปัจจัยด้านผลการตรวจรักษา

การแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่มีอาการเจ็บป่วยธรรมดา ไม่รุนแรง มีอาการคล้ายโรคหวัด ส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยซึ่งตระหนักว่าไม่รุนแรง จึงแสวงหาการรักษาโดยทั่วไปผ่านการซื้อยากินเอง หรือการปรึกษาคนรอบข้างเพื่อบรรเทาอาการทำให้เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษา (ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อยมีโอกาสในการเข้ารับการรักษาวัณโรคล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากกว่า (Getnet et al., 2020; Jiang et al., 2022; Ko et al., 2022; Peri et al., 2018; Thin et al., 2020; กัมปนาท ฉายชูวงษ์, 2562; ซารีฟะห์ มัวหามะ และคณะ, 2562) ในระยะต่อมาเมื่อผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความรุนแรง หรือการรักษาเบื้องต้นไม่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่มีอยู่ เกิดความเรื้อรังจนกระทบต่อชีวิตประจำวันจึงทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองโดยการแสวงหาความรู้ที่เพิ่มขึ้น พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ รวมถึงการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และนำไปสู่การตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามการเข้ารับการรักษาในระยะนี้ยังมีตัวแปรที่ส่งผลให้เกิดความล่าช้า

ในการรักษาโรควัณโรคของผู้ป่วย คือ การถูกวินิจฉัยและรักษาตามแนวทางการรักษาของโรคไข้หวัด ซึ่งจะส่งผลให้การถูกวินิจฉัยด้วยโรควัณโรคหรือการได้รับการรักษาถูกเลื่อนระยะเวลาออกไปมากกว่า 1 สัปดาห์ (ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร และคณะ, 2556) ดังเช่นการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรกจากแพทย์ว่าไม่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการป่วยเป็นวัณโรคมีโอกาสในการเข้ารับการรักษาวัณโรคล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรควัณโรคในครั้งแรก (Ebrahimi Kalan et al., 2018; Ko et al., 2022; Mhalu et al., 2019; Shiferaw & Zegeye, 2019; ซารีฟะห์ มัวหามะ และคณะ, 2562; อจิรพรรณ กัปตัน, 2563) เนื่องจากการวินิจฉัยและการให้การรักษาโรคเป็นโรคอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เช่น การเอกซเรย์ปอด การตรวจเสมหะและผลการตรวจเสมหะครั้งแรก ที่จะทำให้สามารถวินิจฉัยโรควัณโรคได้อย่างรวดเร็วย่อมส่งผลให้เกิดการให้การรักษาวัณโรคที่ล่าช้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการเอกซเรย์ปอดว่าป่วยด้วยวัณโรคมีความสัมพันธ์ต่อการรักษาวัณโรคล่าช้า และผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเสมหะในครั้งแรกเป็นผลลบมีโอกาสในการเข้ารับการรักษาวัณโรคล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเสมหะในครั้งแรกเป็นผลบวก (Getnet et al., 2020; Jiang et al., 2022; Ko et al., 2022; Roberts et al., 2020; Seid & Metaferia, 2018; ซารีฟะห์ มัวหามะ และคณะ, 2562; อจิรพรรณ กัปตัน, 2563) และความล่าช้าในการรักษาด้วยเหตุและปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะนำผู้ป่วยเข้าสู่ระยะของโรคที่เรื้อรัง หรือมีอาการแสดงที่รุนแรงในที่สุด (ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร และคณะ, 2556) แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าการส่งตรวจเสมหะ และภาพรังสีทรวงอกภายใน 1 ปี ของผู้ป่วยวัณโรคปอดของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงรายไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอด (อจิรพรรณ กัปตัน, 2563)

2.5.4 ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ

โดยปกติกลุ่มคนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิจะได้รับสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านกองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่กำกับดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2554) จากผลการสำรวจสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพในปีงบประมาณ 2561 – 2565 พบว่าจำนวนของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่มีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 0.377 ล้านคน 0.521 ล้านคน 0.540 ล้านคน 0.538 ล้านคน และ 0.729 ล้านคน เมื่อเทียบกับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) อีกทั้งยังพบว่า จังหวัดเชียงรายพบกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ร้อยละ 5.12 ของประชากรทั้งจังหวัด แต่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในอัตรา 0.34 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งอยู่ในระดับต่ำมากและต่ำกว่าคนที่มีสิทธิในกองทุนหลักประกันสุขภาพถึง 8 เท่า สาเหตุหลักคือขาดการรับรู้เรื่องสิทธิของตน (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2555) โดยปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการที่สอดคล้องและสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ถึงความล่าช้าในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกเหนือจากการ

รับรู้ด้านสิทธิการรักษา แบ่งเป็น 4 แบบ คือ การเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ หรือความยากลำบากในการเดินทาง ความสามารถทางการเงินในการจ่ายค่าใช้จ่ายในการมารับบริการทั้งรายจ่ายทางตรง เช่น ค่ายา และรายจ่ายทางอ้อม เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง การมีอยู่ของสถานบริการหรือบริการทางการแพทย์นั้นมีหรือต้องส่งต่อไปไกล และการยอมรับเชื่อถือต่อสถานบริการ (Peters et al., 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมที่สอดคล้องกับปัจจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่พำนักอยู่ในพื้นที่ชนบท หรือพำนักอยู่ในเขตนอกเทศบาลมีโอกาสในการเข้ารับการรักษาวัณโรคล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่พำนักอาศัยอยู่ในเมืองหรือในเขตเทศบาล (Alene et al., 2020; Awoke et al., 2019; Obsa et al., 2021; ปัญจรัตน์ คำมา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2562) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีระยะทางในการเดินทางมารับบริการเฉลี่ยมากกว่า 10 กิโลเมตร มีโอกาสในการเข้ารับการรักษาวัณโรคล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีระยะทางในการเดินทางใกล้กว่า (Alene et al., 2020; Awoke et al., 2019; Obsa et al., 2021; Oo et al., 2020; Thin et al., 2020; ซารีฟะห์ มัวหามะ และคณะ, 2562; ปัญจรัตน์ คำมา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2562; รณยศ สุวรรณกัญญา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2556; วีรวุฒิ พุทธาอามาตย์ และ พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2560; สุทธิณี สิทธิหล่อ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2558) ผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการที่มากขึ้น มีโอกาสในการเข้ารับการรักษาวัณโรคล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางน้อย (Oo et al., 2020; Thin et al., 2020; ซารีฟะห์ มัวหามะ et al., 2562; วีรวุฒิ พุทธาอามาตย์ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2560) และผู้ป่วยที่ใช้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการมากขึ้นมีโอกาสในการเข้ารับการรักษาวัณโรคล่าช้าเพิ่มขึ้น (Oo et al., 2020; Thin et al., 2020) เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบการศึกษาลักษณะเดียวกันแต่ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาในประเทศเวียดนาม และประเทศบังคลาเทศถึงปัจจัยด้านระยะทางจากบ้านไปยังสถานบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ค่าเฉลี่ยในการเดินทางระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จ และรักษาไม่สำเร็จ หรือกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปกติ และกลุ่มวัณโรคดื้อยาไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ระยะทางไม่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรควัณโรค (Belo et al., 2011; Vree et al., 2007) หรือการศึกษาภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับเชื่อถือของผู้ป่วยวัณโรค หรือการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการที่แตกต่างกันตามขนาดและประเภทของผู้ป่วยต่อการรักษาโรควัณโรคนั้นไม่แตกต่างกัน (Wu, 2011; สุภาภรณ์ วัฒนาธร และคณะ, 2555) เป็นต้น

2.5.5 ปัจจัยด้านอื่น ๆ

ความรู้หรือประสบการณ์ของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงอาการหรือความเจ็บป่วยของตนกับความรู้หรือประสบการณ์ที่มีและทำให้เกิดความตระหนักต่อโรคตามมา และเข้ารับการตรวจรักษาได้ในระยะเริ่มต้น จากหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีความรู้ หรือมีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอดในระดับที่ต่ำมีโอกาสในการเข้ารับการรักษาวัณโรคล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มี

ระดับความรู้ที่สูงกว่า นอกจากนี้ผู้ป่วยด้อยโอกาส เช่น ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาการใช้สิทธิการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยลังเล และชะลอการเข้ารับการรักษา ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านกำลังใจ การให้คำปรึกษา รวมถึงค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ฯลฯ จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงที (ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีบุคคลที่ช่วยเหลือดูแล หรือได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีโอกาสในการเข้ารับการรักษาวัณโรคล่าช้ากว่าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ รวมถึงระบบบริการของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาย่อมส่งผลต่อความรวดเร็วในการให้การรักษาโรค คือ การได้รับการคัดกรองวัณโรค ศักยภาพของสถาพยาบาล การมีคลินิกวัณโรคนอกเวลา พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการรักษาวัณโรคล่าช้า (Alema et al., 2019; Alene et al., 2020; Arja, et al., 2021; Awoke et al., 2019; Eltayeb et al., 2020; Ko et al., 2022; Oo et al., 2020; Peri et al., 2018; Thin et al., 2020; ซารีฟะห์ มัวหามะ และคณะ, 2562; สุทธิณี สิทธิหล่อ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรค พบว่ามีหลากหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ การตรวจรักษา การเข้าถึงบริการ ระบบบริการ ความรู้ และการได้การสนับสนุนล้วนส่งผลต่อการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรคทั้งสิ้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นผลมาจากหลายๆ ปัจจัยร่วมกันที่จะส่งผลให้การรักษาล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรคแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปตามบริบท แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนี้ยังไม่พบผลการศึกษาที่ชัดเจนถึงการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่งถือเป็นอีกกลุ่มที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศ อีกทั้งโรควัณโรคยังคงเป็นโรคที่เกิดการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและยังต้องเฝ้าระวังในกลุ่มนี้ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ควรศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อการค้นหาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรักษาวัณโรคล่าช้า และหาแนวทางในการวางแผน การแก้ไขปัญหา ลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรค และส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงรายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย รายละเอียดประกอบด้วย รูปแบบของการวิจัย พื้นที่ในการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย ประชากรที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบของความตรงตามเนื้อหา การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย ดังนี้

3.1 รูปแบบในการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการรักษาที่ความล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงรายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมและประชากร ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงสถานพยาบาลเมื่อเริ่มอาการ ความรู้ ความทัศนคติ เกี่ยวกับวัณโรค รูปแบบของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย

3.2 สถานที่ศึกษา

สถานที่ ที่ใช้ในการศึกษา คือ คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งของจังหวัดเชียงราย

3.3 ระยะเวลาในการวิจัย

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568

3.4 ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษา และกำลังรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่งในจังหวัดเชียงราย

3.4.1 เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
2. เพศชายและเพศหญิง
3. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร เช่น หูหนวกและใบ้
4. ยินยอมและลงนามยินยอมร่วมวิจัย

3.4.2 เกณฑ์คัดออก

ผู้เข้าร่วมต้องการถอนตัวหรือหยุดการตอบคำถาม

3.5 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอด กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2567

ขนาดตัวอย่าง

ในการคำนวณขนาดตัวอย่างการวิจัยนี้ ใช้อ้างอิงจากงานศึกษา ของ Sikkhajan and Sirichokchatchawan (2020) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลติดชายแดนจังหวัดเชียงราย

$$n = Z\alpha^2 \frac{Pq}{d^2}$$

$Z\alpha$ = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type I Error ที่ α = 1.96

P = ค่าสัดส่วนที่คาดว่าจะพบในประชากร จากจากงานศึกษา ของ Sikkhajan and Sirichokchatchawan (2020) พบ ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาล่าช้าในโรงพยาบาลติดชายแดนจังหวัดเชียงราย 65% = 0.65

q = 1- P = 0.35

d = ช่วงกว้างของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (โดยมีหน่วยการวัดเดียวกับค่า P) ในการศึกษาเพื่อประมาณ Prevalence ของ ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาล่าช้าในโรงพยาบาลติดชายแดนจังหวัดเชียงราย (Sikkhajan & Sirichokchatchawan, 2020) ประมาณค่า Prevalence ไว้ที่ 65% และต้องการความเชื่อมั่นที่ 95% ว่าค่า Prevalence ที่ได้ จะคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% นั่นคือยอมให้ค่า Prevalence ที่วัดได้นั้นแตกต่างจากค่าจริงไม่เกิน 5% หรือที่ค่าตั้งแต่ 60% ถึง 70% ซึ่งเท่ากับช่วงความกว้าง 10% (ชยันตร์ธร ปทุมมานนท์, 2541) = 0.1

$$n = \frac{Z\alpha^2PQ}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2*(0.65*0.35)}{0.1^2}$$

$$n = \frac{3.8416* 0.2275}{0.01}$$

$$n = \frac{0.873964}{0.01}$$

$$n = 87.3964$$

n = 88 + 20% (Missing/Loss data) = 105.6

n = 106

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้ จึงใช้ผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ทั้งคนไทยมีปัญหาเรื่องสิทธิ์และสถานะ และไม่ใช่คนไทย ตามนิยามของการศึกษานี้ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาวัณโรคในโรงพยาบาลจังหวัดเชียงราย 106 คน ข้อมูลในฐานข้อมูล พบว่ามีจำนวน 166 คน จึงนำมาทำการศึกษาทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาวัณโรคล่าช้า จำนวน 105 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาวัณโรคไม่ล่าช้า จำนวน 61 คน โดยมีโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาวัณโรคทั้งหมด 7 โรงพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาวัณโรคจังหวัดเชียงราย แยกรายโรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวน
1.	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	65
2.	โรงพยาบาลแม่สาย	41
3.	โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง	25
4.	โรงพยาบาลแม่จัน	15
5.	โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า	8
6.	โรงพยาบาลเชียงแสน	7
7	โรงพยาบาลแม่สรวย	5
	รวม	166

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการรักษาที่ความล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย โดยมีเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาแบบสอบถามเพื่อใช้ในการวิจัยเรื่อง "ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย " โดยจัดทำแบบสอบถามจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในกรอบแนวคิดครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค จากบทความเอกสารทางวิชาการ วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับคำถามงานวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษา ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรค ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านทัศนคติต่อวัณโรค ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ, ปัจจัยด้านสังคม, ที่อยู่อาศัย, สิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยด้านระบบบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานภาพการสมรส สัญชาติ เชื้อชาติ และความล่าช้าของผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวและคำถามปลายเปิดให้เติม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มี 10 ข้อคำถาม ตัวแปรการวัดความรู้แบ่งเป็น 2 คะแนน ใช้ในการหาความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรคเพื่อหาเปอร์เซ็นต์และความถี่ของคะแนนในคนไข้ ระบบการให้คะแนนสำหรับคำถามเรื่องความรู้

1= ถูก

0 = ผิด

ความรู้ทั้งหมดของคะแนนวัณโรคมีตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยแบ่งระดับของความรู้เป็น 3 ระดับ คือ สูง กลาง และต่ำ โดยใช้ Benjamin Bloom's criteria

ต่ำ = <60% (<6 คะแนน)

ปานกลาง = 60-79% (6-7 คะแนน)

ดี = (≥80%) (≥8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านทัศนคติต่อวัณโรค แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อโรควัณโรค มีทั้งหมด 10 ข้อคำถามประกอบด้วยคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อและ คำถามเชิงลบจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	**ข้อคำถามเชิงลบ**
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

แปลผลโดยใช้ วิธีการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง มีทัศนคติระดับสูง

$$\text{วิธีการคำนวณช่วงคะแนน} = \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง (3 ระดับ)}}$$

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ การแสวงหาการรักษาก่อนมาพบแพทย์, ปัจจัยด้านสังคม, ที่อยู่อาศัย, สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการจำนวน 16 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว และคำถามปลายเปิดให้เติม

3.7 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาแบบสอบถามเพื่อใช้ในการวิจัยเรื่อง "ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย " โดยจัดทำแบบสอบถามจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในกรอบแนวคิดครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค จากบทความเอกสารทางวิชาการ วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับคำถามงานวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาดังนี้

3.7.1 วิธีการทดสอบความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ให้มีความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความหมาะสม ความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม ความครอบคลุมสอดคล้องภาษาที่ใช้ จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหามีการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย(Index of Item-objective Congruence : 10C) โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

1. ให้ 1 คะแนน ข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
2. ให้ 0 คะแนน ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
3. ให้ -1 คะแนน ข้อคำถามวัดไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

หลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญได้ทำการตรวจสอบ และพิจารณาให้คะแนนในแต่ละข้อถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจึงนำคะแนนในแต่ละข้อคำถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิง เนื้อหา และความสอดคล้อง ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดมุ่งหมายของการวิจัย (Index of Item-objective Congruence : IOC) ที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่ายอมรับได้ โดยผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 สรุปผลการแสดงความคิดเห็นของกรรมการผู้เชี่ยวชาญ แปลผลว่า ใช้ได้

3.7.2 การทดสอบความน่าเชื่อถือ หรือความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้จำนวน 30 ชุด โดยเลือกทำแบบทดสอบกับผู้ป่วยวัณโรค ที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ใช้วิธีหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach, 1947) เพื่อทดสอบข้อคำถามแต่ละข้อ ในแบบสอบถามว่าสามารถสื่อความหมายตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

หรือไม่ แล้วจึงปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความชัดเจน และครอบคลุม ซึ่งผลจากการทดสอบได้ผลการวิเคราะห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient; α) หลังจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคของแบบสอบถามภาพรวมทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค เท่ากับ 0.89 หมายความว่า แบบสอบถามฉบับนี้มีความเชื่อมั่น ที่สามารถใช้เก็บข้อมูลงานวิจัยได้

3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการทำวิจัยเรื่อง "ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย" ผู้วิจัยได้แบ่งระยะการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะสรุปผลการดำเนินการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.8.1 ระยะเตรียมการ

3.8.1.1 การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยมีการยื่นขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ก่อนการเก็บข้อมูลในพื้นที่

3.8.1.2 การขออนุญาตหน่วยงานในพื้นที่

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือที่ออกโดยมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงถึงหน่วยงานในพื้นที่เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่ คลินิกโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในจังหวัดเชียงราย

3.8.1.3 การออกแบบและตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามใน ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาและกำลังรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงรายให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มจริง เพื่อทดสอบความเข้าใจ ความชัดเจน และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

3.8.1.4 การวางแผนจัดทีมเก็บข้อมูล

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาและกำลังรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัด

เชียงราย จากฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคจังหวัดเชียงรายมีบุคคลดังกล่าว ที่กำลังรักษาวัณโรคอยู่ 7 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลแม่สาย โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง โรงพยาบาลแม่จัน โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า โรงพยาบาลเชียงแสน และโรงพยาบาลแม่สรวย ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือก ทีมเก็บข้อมูล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานคลินิกวัณโรคประจำโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน และป้องกันข้อผิดพลาดทางการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างขณะที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยได้อบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลให้มีความเข้าใจในเนื้อหาของแบบสอบถามรวมถึงวิธีการสอบถามและจริยธรรมในการวิจัย

3.8.2 ระยะดำเนินการ

3.8.2.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาและกำลังรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย จากฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคจังหวัดเชียงรายมีบุคคลดังกล่าว พบว่ามีผู้ป่วย จำนวน 166 คน จึงนำมาทำการศึกษาทั้งหมด โดยมีโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาวัณโรค ทั้งหมด 7 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลแม่สาย โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง โรงพยาบาลแม่จัน โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า โรงพยาบาลเชียงแสน และ โรงพยาบาลแม่สรวย ผู้วิจัยจึงนำมาทำการศึกษาทั้งหมด

3.8.2.2 การดำเนินการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาและกำลังรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที สถานที่ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย โดยตรวจสอบเวชระเบียนกลุ่มตัวอย่าง ว่ามีการนัดหมายมารับบริการในวันใดบ้าง เพื่อเก็บข้อมูลในวันที่นัดหมายมาโรงพยาบาล

3.8.2.3 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

หลังจากที่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้เก็บแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนรับกลับ และบันทึกข้อมูลเบื้องต้น ในการจัดเก็บข้อมูลจะลงเป็นตัวเลขรหัสผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่ได้บันทึกเป็นชื่อระบุตัวบุคคลเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย

3.8.3 ระยะสรุปผลการดำเนินการ

3.8.3.1 การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

ผู้วิจัยได้ดำเนินการกรอกข้อมูลจากแบบสอบถามลงในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป (SPSS Version 26) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Data Cleaning) เช่น ตรวจหาค่าผิดปกติ (Outliers) หรือช่องว่าง (Missing Data) เพื่อให้ชุดข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพ

3.8.3.2 การสรุปจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและการตอบกลับ

หลังจากที่ลงข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปเสร็จสิ้นผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนแบบสอบถามที่แจก จำนวนที่ได้รับกลับ และจำนวนที่สามารถใช้วิเคราะห์ได้จริง

3.8.3.3 การจัดเก็บเอกสารและข้อมูลอย่างปลอดภัย

ผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัยตามหลักจริยธรรม เช่น รหัสแทนชื่อ ไม่เปิดเผยตัวตนของผู้ให้ข้อมูล และเก็บแบบสอบถามไว้อย่างมิดชิด

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.9.1 การใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

เพื่อบรรยายถึงลักษณะชุดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และช่วงระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IOR)

3.9.2 การใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Static)

เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Extract Test) และวิเคราะห์ความน่าจะเป็นของตัวแปรต้นใดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม และพยากรณ์ผลลัพธ์ของตัวแปรตามจากตัวแปรต้นด้วยการใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกครั้งละ 1 ตัวแปร (Univariable Logistic regression analysis) และการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (Multivariable logistic regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาที่ความล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิจังหวัดเชียงราย

ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมานผู้วิจัยได้ทำการแบ่งการเข้ารับบริการด้านสุขภาพออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เข้ารับการรักษาวัณโรคที่ล่าช้า และกลุ่มที่เข้ารับการรักษาวัณโรคที่ไม่ล่าช้า จากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

3.10 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย โดยอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ EC 23224-18 ลงวันที่ 16 มกราคม 2567 และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เลขที่ EC CRH 021/67 Ex ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2567 โดยผู้วิจัยจะขอความยินยอมก่อนเก็บข้อมูล และรับรองว่าจะรักษาความลับของข้อมูล เปิดเผยเฉพาะในรูปแบบสรุปผลวิจัยเท่านั้น

บทที่ 4

ผลของการศึกษา

การศึกษาวิจัยเรื่องความชุกและปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงรายมีการรวบรวมข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษามาทำการวิเคราะห์ รวมทั้งนำเสนอผลการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลความชุกของการรักษาวัณโรคล่าช้า

4.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.3 ระดับความรู้และทัศนคติต่อโรควัณโรค

4.4 ข้อมูลปัจจัยด้านอาการสำคัญในการมารับการรักษาวัณโรค

4.5 ปัจจัยพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค

4.6 ข้อมูลการรับรู้ด้านการให้บริการของโรงพยาบาล

4.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า โดยการวิเคราะห์แบบ Univariable logistic analysis

4.8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลการรักษาล่าช้า โดยการวิเคราะห์แบบ Multivariable logistic analysis

4.1 ข้อมูลความชุกของการรักษาวัณโรคล่าช้า

ตารางที่ 4.1 แสดงถึงกลุ่มตัวอย่าง 166 ราย พบผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้า จำนวน 105 ราย มีความชุกของผู้ป่วยวัณโรคที่มาเข้ารับการรักษาล่าช้าร้อยละ 63.25 จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาวัณโรคหลังมีอาการ 69 วัน (ช่วง IQR = 60–90 วัน) และมีผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า จำนวน 61 ราย (36.75%) มีการเข้ารับการรักษาวัณโรคหลังมีอาการ 14 วัน (ช่วง IQR = 8.75–22 วัน)

ตารางที่ 4.1 ความชุกของการรักษาวัณโรคล่าช้า

ความชุก	ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)		ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วย	105	63.25	61	36.75
จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาวัณโรคหลังมีอาการของโรค (วัน) Median (IQR)	69	(60 - 90)	14	(8.75 - 22.00)

4.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.2 แสดงข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาล่าช้า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 59 ราย (57.83%) เพศหญิง จำนวน 46 ราย (42.17%) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 41 ราย (40.95%) รองลงมา มีอายุ 44 - 59 ปี จำนวน 32 ราย (30.47%) เฉลี่ย 54 ปี (Mean $\pm$SD = 54.43$\pm$19.12) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 56 ราย (53.33%) รองลงมา คือ หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 29 ราย (27.62%) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 68 ราย (64.76%) รองลงมา คือ ประถมศึกษา จำนวน 27 ราย (25.71%) ในด้านอาชีพ พบ ไม่ได้ทำงาน จำนวน 42 ราย (40.00%) รองลงมา คือ เกษตรกร จำนวน 33 ราย (31.43%) รายได้ต่อเดือนมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3,000 บาท ครอบคลุมประมาณระหว่าง (2000-4166) โดยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 84 ราย (80.00%) สัญชาติโดยส่วนใหญ่ พบว่า เป็นสัญชาติพม่า จำนวน 45 ราย (42.86%) รองลงมา คือ กลุ่มชาติพันธ์หรือชนเผ่า จำนวน 23 ราย (21.90 %) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ 61 ราย (58.10%) และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 77 ราย (73.33%) มีพฤติกรรมการดูแลรักษาตัวเองเมื่อเริ่มมีอาการป่วย โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 68 ราย (64.76%) รองลงมา คือ หมอพื้นบ้าน จำนวน 16 ราย (15.24%) พฤติกรรมการตัดสินใจไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เริ่มมีอาการ จำนวน 59 ราย (56.19%) รองลงมา คือ เมื่อมีอาการหนักแล้ว จำนวน 25 ราย (23.81%) ปัจจัยผู้ดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย พบ บิดา มารดา จำนวน 38 ราย (36.19%) รองลงมา คือ คู่สมรส และเพื่อน/คนรู้จัก จำนวน 23 ราย (21.90%)

ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 37 (60.66%) เพศหญิง จำนวน 24 ราย (39.34%) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 24 ราย (39.34%) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 25 – 44 ปี จำนวน 20ราย (32.78%) มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 34 ราย (55.74%) รองลงมาโสด จำนวน 14 ราย (22.95%) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 33 ราย (54.10%) รองลงมา คือ ประถมศึกษา จำนวน 17 ราย (27.87%) ในด้านอาชีพ พบ ไม่ได้ทำงาน และ เกษตรกร จำนวน 33 ราย (31.43%) รายได้ต่อเดือนมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3,000 บาท ครอบคลุมประมาณระหว่าง (1400-5000) โดยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 42 ราย (68.85%) สัญชาติ พบ สัญชาติลาว จำนวน 19 ราย (31.15%) รองลงมา คือ สัญชาติพม่า จำนวน 18 ราย (29.51%) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 33 ราย (54.10%) มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 43 ราย (70.49%) พฤติกรรมการดูแลรักษาตัวเองเมื่อเริ่มมีอาการป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 31 ราย (50.82%) รองลงมา คือ ซื้อยากินเอง จำนวน 13 ราย (21.31%) พฤติกรรมการตัดสินใจไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เริ่มมีอาการป่วย จำนวน 38 ราย (62.30%) รองลงมา คือ โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก จำนวน 12 ราย (19.67%) ปัจจัยผู้ดูแลเมื่อมีอาการป่วย พบ ส่วนใหญ่ดูแลตนเอง จำนวน 23 ราย (37.70%) รองลงมา คือ บุตรหลาน จำนวน 11 ราย (18.03%) โดยพบว่า ปัจจัยผู้ดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=166)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)		ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	59	57.83	37	60.66	0.574
หญิง	46	42.17	24	39.34	
อายุ					
18 – 24 ปี	10	9.53	4	6.57	0.200
25 – 44 ปี	20	19.05	20	32.78	
44 – 59 ปี	32	30.47	13	21.31	
60 ปีขึ้นไป	43	40.95	24	39.34	

Min. /Max. = 18 / 83 ปี Mean $\pm$SD = 54.43$\pm$19.12

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)		ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					
โสด	20	19.05	14	22.95	0.627
คู่	56	53.33	34	55.74	
หย่า/แยกกันอยู่	29	27.62	13	21.31	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	68	64.76	33	54.10	0.223
ประถมศึกษา	27	25.71	17	27.87	
มัธยมศึกษาระดับต้น	10	9.53	11	18.03	
อาชีพ					
รับจ้าง	20	19.05	16	26.23	0.597
เกษตรกร	33	31.43	19	31.15	
ธุรกิจส่วนตัว	10	9.52	7	11.47	
ไม่ได้ทำงาน	42	40.00	19	31.15	
รายได้					
น้อยกว่า 5000	84	80.00	42	68.85	0.154
5000 - 15000	19	18.10	15	24.59	
มากกว่า 15000	2	1.90	4	6.56	
Median (IQR)	3000	(2000-4166)	3000	(1400-5000)	
เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์					
ไทย	17	16.19	15	24.59	0.084
พม่า	45	42.86	18	29.51	
ลาว	20	19.05	19	31.15	
ชาติพันธ์หรือชนเผ่า	23	21.90	9	14.75	

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)		ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	44	41.90	28	45.90	0.616
ดื่ม	61	58.10	33	54.10	
พฤติกรรมการสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	28	26.67	18	29.51	0.693
สูบ	77	73.33	43	70.49	
พฤติกรรมการดูแลรักษาตัวเองเมื่อเริ่มมีอาการป่วย					
โรงพยาบาล	68	64.76	31	50.82	0.158
ซื้อยากินเอง	10	9.52	13	21.31	
โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก	11	10.48	7	11.48	
หมอพื้นบ้าน	16	15.24	10	16.39	
พฤติกรรมการตัดสินใจไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล					
เริ่มมีอาการป่วย	59	56.19	38	62.30	0.082
ซื้อยากินเองแล้วไม่หาย	10	9.52	5	8.20	
โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	11	10.48	12	19.66	
เมื่อมีอาการหนักแล้ว	25	23.81	6	9.84	
ปัจจัยผู้ดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย					
ดูแลตนเอง	4	3.81	23	37.71	*<0.001
คู่สมรส	23	21.91	8	13.12	
บิดา มารดา	38	36.19	9	14.75	
บุตรหลาน	17	16.19	11	18.03	
เพื่อน/คนรู้จัก	23	21.90	10	16.39	

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

4.3 ระดับความรู้และทัศนคติต่อโรควัณโรค

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้าจำแนกรายข้อ (n= 61)

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	ถูก		ผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการที่น่าสงสัยที่สุดของวัณโรคปอด คือ ไข้ไอ หรือไอเป็นเลือด น้ำหนักลด	56	91.80	5	8.20
2. วัณโรคเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม	37	62.66	24	39.34
3. วัณโรคเป็นโรคติดต่อ	54	88.52	7	11.47
4. วัณโรคสามารถติดต่อได้จากการสัมผัสตัวผู้ป่วย	31	50.82	30	49.18
5. วัณโรคสามารถรักษาได้	56	91.81	5	8.19
6. วัณโรคส่วนใหญ่สามารถหายได้เอง	4	6.56	57	93.44
7. การรักษาวัณโรคส่วนใหญ่ใช้เวลารักษานาน 6 เดือน	60	98.37	1	1.63
8. หากไม่รักษาวัณโรคมีโอกาสที่จะเสียชีวิตได้	55	90.17	6	9.83
9. หลังจากกินยาวัณโรค ปัสสาวะของท่านเป็นสีส้มหรือสีแดง	53	86.89	8	13.11
10. ท่านสามารถรับการตรวจวัณโรคได้จากโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศที่อยู่ในหน่วยงานของรัฐ	60	98.37	1	1.63

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลด้านความรู้รายข้อต่อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า พบ ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับสูง คือ ตอบถูกมากกว่า 8 ข้อ (ร้อยละ 50.82-98.37)

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาล่าช้า จำแนกรายข้อ (n= 105)

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	ถูก		ผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการที่น่าสงสัยที่สุดของวัณโรคปอด คือ ไข้ไอ หรือไอเป็นเลือด น้ำหนักลด	102	97.14	3	2.86
2. วัณโรคเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม	20	19.05	85	80.95
3. วัณโรคเป็นโรคติดต่อ	99	94.28	6	5.72
4. วัณโรคสามารถติดต่อได้จากการสัมผัสตัวผู้ป่วย	60	57.14	45	42.86
5. วัณโรคสามารถรักษาได้	105	100.00	0	0.00
6. วัณโรคส่วนใหญ่สามารถหายได้เอง	8	7.62	97	92.38
7. การรักษาวัณโรคส่วนใหญ่ใช้เวลารักษานาน 6 เดือน	96	91.43	9	8.57
8. หากไม่รักษาวัณโรคมีโอกาสที่จะเสียชีวิตได้	103	98.10	2	1.90
9. หลังจากกินยาวัณโรค ปัสสาวะของท่านเป็นสีส้มหรือสีแดง	97	92.38	8	7.62
10. ท่านสามารถรับการตรวจวัณโรคได้จากโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศที่อยู่ในหน่วยงานของรัฐ	98	93.33	7	6.67

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลด้านความรู้รายข้อต่อวัณโรคของผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้า พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ระดับปานกลาง คือ ตอบถูกมากว่า 6-7 ข้อ (ร้อยละ 57.14-100.00)

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า จำแนกรายข้อ (n= 61)

ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรค	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วย		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. ท่านคิดว่าท่านป่วยเป็นวัณโรคปอดนั้น แพทย์วินิจฉัยได้ถูกต้อง	24	39.34	21	34.43	9	14.75	7	11.48	0	0.00
2. ท่านคิดว่า การกินยารักษาวัณโรคจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายอย่างตามมา	8	13.11	17	27.87	20	32.79	10	16.39	6	9.84
3. ท่านคิดว่าจะหยุดกินยาหากรู้สึกไม่สบาย เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หรือมีผื่นคัน โดยไม่กลับไปพบแพทย์	14	22.95	24	39.34	5	8.20	16	26.23	2	3.28
4. ท่านคิดว่าสามารถหยุดยาได้เองเมื่ออาการดีขึ้น	29	47.54	28	45.90	1	1.64	2	3.28	1	1.64

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรค	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วย		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5. ท่านคิดว่าระหว่างการรักษา สามารถเดินทางเข้าไปชุมชนได้ตามปกติ โดยไม่จำเป็นต้องใส่หน้ากากอนามัย	19	31.15	21	34.43	8	13.11	8	13.11	5	8.20
6. ท่านคิดว่า การป่วยเป็นวัณโรคปอด ส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตของท่าน	1	1.64	0	0.00	22	36.07	16	26.23	22	36.07
7. ท่านกล้าที่จะบอกคนใกล้ชิดว่าท่านกำลังป่วยเป็นวัณโรค	18	29.51	22	36.07	10	16.39	4	6.56	7	46.67
8. ท่านคิดว่า คนรอบข้างจะหลีกเลี่ยงพบเจอ หากรู้ว่าท่านป่วยเป็นวัณโรคปอด	1	1.64	15	24.59	10	16.39	28	45.90	7	11.48

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรค	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วย		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
9. ท่านป้องกันตัวเองและป้องกันสมาชิกในครอบครัวติดวัณโรคหลังจากทราบว่าท่านเป็นวัณโรค	32	52.46	26	42.62	2	3.28	0	0.00	1	1.64
10. ท่านคิดว่าการที่มีผู้ป่วยวัณโรคปอดในบ้าน ควรพาสมาชิกในบ้านไปพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองโรค	39	63.93	19	31.15	0	0.00	1	1.64	2	3.28

จากตารางที่ 4.5 ข้อมูลด้านทัศนคติรายข้อต่อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า พบว่า ด้านการป่วยเป็นวัณโรคปอด ส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตของท่าน ส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 36.07 รองลงมา คือ คนรอบข้างจะหลีกเลี่ยงพบเจอ หากรู้ว่าท่านป่วยเป็นวัณโรคปอด ส่วนใหญ่เห็นด้วย ร้อยละ 45.90 และ ด้านการกินยารักษาวัณโรคจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายอย่างตามมา ส่วนใหญ่เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 32.79 และจะหยุดกินยา หากรู้สึกไม่สบาย เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีผื่นคัน โดยไม่กลับไปพบแพทย์ สามารถหยุดยาได้เองเมื่ออาการดีขึ้นระหว่างการรักษา สามารถเดินทางเข้าไปชุมชนได้ตามปกติ โดยไม่จำเป็นต้องใส่หน้ากากอนามัย ท่านกล้าที่จะบอกคนใกล้ชิดว่าท่านกำลังป่วยเป็นวัณโรค ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 39.34, 45.90, 34.43, 36.07 ตามลำดับ และ ท่านป่วยเป็นวัณโรคปอดนั้น แพทย์วินิจฉัยได้ถูกต้อง ท่านป้องกันตัวเองและป้องกันสมาชิกในครอบครัวติดวัณโรค หลังจากทราบว่าท่านเป็นวัณโรค การที่มีผู้ป่วยวัณ

โรคปอดในบ้าน ควรพาสมาชิกในบ้านไปพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองโรค ส่วนใหญ่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 39.34, 52.46, 63.93 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาล่าช้า จำแนกรายข้อ (n= 105)

ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรค	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วย		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. ท่านคิดว่าท่านป่วยเป็นวัณโรคปอดนั้นแพทย์วินิจฉัยได้ถูกต้อง	39	37.14	50	47.62	16	15.24	0	0.00	0	0.00
2. ท่านคิดว่า การกินยารักษาวัณโรคจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายอย่างตามมา	14	13.33	49	46.67	33	31.43	6	5.71	3	2.86
3. ท่านคิดว่าจะหยุดกินยาหากรู้สึกไม่สบาย เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีผื่นคัน โดยไม่กลับไปพบแพทย์	31	29.52	48	45.71	10	9.52	15	14.29	1	0.95
4. ท่านคิดว่าสามารถหยุดยาได้เองเมื่ออาการดีขึ้น	36	34.29	48	45.71	17	16.19	2	1.90	2	1.90

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรค	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วย		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5. ท่านคิดว่าระหว่างการรักษา สามารถเดินทางเข้าไปชุมชนได้ตามปกติ โดยไม่จำเป็นต้องใส่หน้ากากอนามัย	17	16.19	59	56.19	13	12.38	5	4.76	11	10.48
6. ท่านคิดว่า การป่วยเป็นวัณโรคปอด ส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตของท่าน	4	3.81	0	0	35	33.33	47	44.76	19	18.10
7. ท่านกล้าที่จะบอกคนใกล้ชิดว่าท่านกำลังป่วยเป็นวัณโรค	11	10.48	73	69.52	9	8.57	4	3.81	8	7.62
8. ท่านคิดว่า คนรอบข้างจะหลีกเลี่ยงพบเจอ หากรู้ว่าท่านป่วยเป็นวัณโรคปอด	2	1.90	25	23.81	32	30.48	33	31.43	13	12.38

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรค	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วย		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
9. ท่านป้องกันตัวเองและป้องกันสมาชิกในครอบครัวติดวัณโรคหลังจากทราบว่าท่านเป็นวัณโรค	28	26.67	65	61.90	8	7.62	2	1.90	2	1.90
10. ท่านคิดว่าการที่มีผู้ป่วยวัณโรคปอดในบ้าน ควรพาสมาชิกในบ้านไปพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองโรค	53	50.48	47	44.76	3	2.86	2	1.90	0	0.00

จากตารางที่ 4.6 ข้อมูลด้านทัศนคติรายข้อต่อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาล่าช้า พบว่า การป่วยเป็นวัณโรคปอด ส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตของท่าน ว่า คนรอบข้างจะหลีกเลี่ยงพบเจอ หากรู้ว่าท่านป่วยเป็นวัณโรคปอด ส่วนใหญ่เห็นด้วย ร้อยละ 44.76, 31.43 ตามลำดับ และท่านป่วยเป็นวัณโรคปอดนั้น แพทย์วินิจฉัยได้ถูกต้อง การกินยารักษาวัณโรคจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายอย่างตามมา จะหยุดกินยา หากรู้สึกไม่สบาย เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีผื่นคัน โดยไม่กลับไปพบแพทย์ สามารถหยุดยาได้เองเมื่ออาการดีขึ้น ระหว่างการรักษา สามารถเดินทางเข้าไปชุมชนได้ตามปกติ โดยไม่จำเป็นต้องใส่หน้ากากอนามัย กล้าที่จะบอกคนใกล้ชิด ว่าท่านกำลังป่วยเป็นวัณโรค ป้องกันตัวเองและป้องกันสมาชิกในครอบครัวติดวัณโรค หลังจากทราบว่าท่านเป็นวัณโรค ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 47.62, 46.67, 45.71, 45.71, 56.19, 69.52, 61.90

ตามลำดับ ส่วน การที่มีผู้ป่วยวัณโรคปอดในบ้าน ควรพาสมาชิกในบ้านไปพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองวัณโรค ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 50.48

ตารางที่ 4.7 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรค (N=166)

ด้านความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรค	**ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)**		**ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)**		**p-value**
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค					
ระดับสูง	22	20.95	15	24.59	*0.042
ระดับปานกลาง	30	28.57	27	44.26	
ระดับต่ำ	53	50.48	19	31.15	
ทัศนคติต่อวัณโรค					
ระดับสูง	17	16.19	18	29.51	*0.019
ระดับปานกลาง	43	40.95	29	47.54	
ระดับต่ำ	45	42.86	14	22.95	

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

ตารางที่ 4.7 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรค พบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วย วัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 53 ราย (50.48%) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 30 ราย (28.57%) ทัศนคติต่อวัณโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 45 ราย (42.86%) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 43 ราย (40.95%)

ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 27 ราย (44.26%) รองลงมา คือ ระดับต่ำ จำนวน 19 ราย (31.15%) ทัศนคติต่อวัณโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 29 ราย (47.54%) รองลงมา คือ ระดับสูง จำนวน 18 ราย (29.51%) โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และทัศนคติต่อวัณโรคมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05

4.4 ปัจจัยปัจจัยด้านอาการสำคัญในการมารับการรักษาวัณโรค

ตารางที่ 4.8 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านอาการสำคัญในการมารับการรักษาวัณโรค พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วย วัณโรคที่มารับการรักษาล่าช้า ส่วนใหญ่มีอาการไอ จำนวน 82 ราย (79.05%) ไม่มีอาการไอเป็นเลือด จำนวน 61 ราย (58.10%) ไม่มีไข้ จำนวน 74 ราย (67.62%) น้ำหนักลด จำนวน 63 ราย (60.00%) ส่วนใหญ่ไม่มีเหงื่อออกตอนกลางคืน จำนวน 80 ราย (76.19%) มีอาการเจ็บหน้าอก จำนวน 74 ราย (70.48%) มีอาการอ่อนเพลีย จำนวน 65 ราย (61.90%)

ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการไอ จำนวน 45 ราย (73.77%) ไม่มีอาการไอเป็นเลือด จำนวน 40 ราย (65.57%) ไม่มีไข้ จำนวน 43 ราย (70.49%) มีน้ำหนักลด จำนวน 40 ราย (65.57%) ส่วนใหญ่ไม่มีเหงื่อออกตอนกลางคืน จำนวน 48 ราย (78.69%) มีอาการเจ็บหน้าอก จำนวน 34 ราย (55.74%) ไม่มีอาการอ่อนเพลีย จำนวน 39 ราย (63.93%)

ตารางที่ 4.8 ข้อมูลปัจจัยด้านอาการสำคัญในการมารับการรักษาวัณโรค (N=166)

อาการ	ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)		ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไอ					
มีอาการ	83	79.05	45	73.77	0.435
ไม่มีอาการ	22	20.95	16	26.23	
ไอเป็นเลือด					
มีอาการ	44	41.90	21	34.43	0.341
ไม่มีอาการ	61	58.10	40	65.57	
ไข้					
มีอาการ	31	32.38	18	29.51	0.700
ไม่มีอาการ	74	67.62	43	70.49	
น้ำหนักลด					
มีอาการ	63	60.00	40	65.57	0.476
ไม่มีอาการ	42	40.00	21	34.43	

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

อาการ	ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)		ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เหงื่อออกตอนกลางคืน					
มีอาการ	25	23.81	13	21.31	0.712
ไม่มีอาการ	80	76.19	48	78.69	
เจ็บหน้าอก					
มีอาการ	74	70.48	34	55.74	0.055
ไม่มีอาการ	31	29.52	27	44.26	
อ่อนเพลีย					
มีอาการ	40	38.10	22	36.07	0.794
ไม่มีอาการ	61	58.10	40	65.57	

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

4.5 ปัจจัยพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค

ตารางที่ 4.9 แสดงพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค พบว่าผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า พบว่า ส่วนใหญ่รับบริการในโรงพยาบาลหน่วยงานของรัฐ จำนวน 85 ราย (80.95%) ซื้อยากินเอง จำนวน 100 ราย (95.24%) และไม่รับการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก จำนวน 93 ราย (88.57%) ส่วนใหญ่ไปสถานีอนามัยใกล้บ้าน จำนวน 72 ราย (68.57%) ไม่ได้ไปหาหมอพื้นบ้าน จำนวน 97 ราย (92.38%) ไม่ไปหาหมอผี/ไสยศาสตร์ จำนวน 97 ราย (92.38%) ใช้รถยนต์ในการเดินทางไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล จำนวน 41 ราย (39.05%) รองลงมา คือ จักรยานยนต์ จำนวน 25 ราย (23.81%) ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาล น้อยกว่า 30 นาที จำนวน 47 ราย (44.76%) รองลงมา คือ 30 นาที – 1 ชั่วโมง จำนวน 38 ราย (36.19%) ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 30 นาที ส่วนระยะทางไปโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ 0-10 กิโลเมตร จำนวน 47 ราย (44.76%) รองลงมา คือ 21-30 กิโลเมตร จำนวน 29 ราย (27.62%) มี

ระยะทางเฉลี่ย 12 กิโลเมตร ปัจจัยการถูกตีตราจากสังคม ส่วนใหญ่ ไม่รังเกียจ จำนวน 58 ราย (55.24%) รองลงมา คือ ไม่ทราบ 36 ราย (34.29%)

ส่วนผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า พบว่า ส่วนใหญ่มารับบริการในโรงพยาบาลหน่วยงานของรัฐ จำนวน 43 ราย (70.49%) ซื้อยากินเอง จำนวน 51 ราย (83.61%) ส่วนใหญ่ไม่รับการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก จำนวน 44 ราย (72.13%) ไปสถานีอนามัย จำนวน 47 ราย (77.05%) ไม่ได้ไปหาหมอพื้นบ้าน จำนวน 50 ราย (81.97%) ไม่ได้ไปหาหมอผี/ไสยศาสตร์ จำนวน 51 ราย (83.61%) ใช้รถยนต์ในการเดินทางไปโรงพยาบาลหรือสถาพยาบาล จำนวน 18 ราย (29.51%) รองลงมา คือรถประจำทาง จำนวน 14 ราย (22.95%) ระยะเวลาในการเดินทาง จากบ้านไปโรงพยาบาล น้อยกว่า 30 นาที จำนวน 28 ราย (45.90%) รองลงมา คือ 30 นาที – 1 ชั่วโมง จำนวน 25 ราย (40.98%) ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 30 นาที ส่วนระยะทางไปโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ 0-10 กิโลเมตร จำนวน 28 ราย (45.90%) รองลงมา คือ 21-30 กิโลเมตร จำนวน 18 ราย (29.51%) มีระยะทางเฉลี่ย 15 กิโลเมตร ปัจจัยการถูกตีตราจากสังคม ส่วนใหญ่ ไม่รังเกียจ จำนวน 36 ราย (59.02%) รองลงมา คือ ไม่ทราบ 15 ราย (24.59%) โดยพบว่า การซื้อยากินเอง การรักษาโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก สถานีอนามัยใกล้บ้าน และหมอพื้นบ้าน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05

ตารางที่ 4.9 พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค (N=166)

การแสวงหาการรักษาจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค	**ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)**		**ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)**		**p-value**
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	
รับบริการในโรงพยาบาลหน่วยงานของรัฐ					
ไม่ใช่	20	19.05	18	29.51	0.122
ใช่	85	80.95	43	70.49	
ซื้อยากินเอง					
ไม่ใช่	100	95.23	51	83.61	*0.012
ใช่	5	4.77	10	16.39	
โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก					
ไม่ใช่	93	88.57	44	72.13	*0.007
ใช่	12	11.43	17	27.87	

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

การแสวงหาการรักษาจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค	ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)		ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานีอนามัยใกล้บ้าน					
ไม่ใช่	72	68.57	14	22.95	*<0.001
ใช่	33	31.43	47	77.05	
หมอพื้นบ้าน					
ไม่ใช่	97	92.38	50	81.97	*0.042
ใช่	8	7.62	11	18.03	
หมอผี/ไสยศาสตร์					
ไม่ใช่	97	92.38	51	83.61	0.080
ใช่	8	7.62	10	16.39	
วิธีการเดินทางไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล					
เดิน	10	9.52	5	8.20	0.119
จักรยาน	18	17.14	12	19.67	
จักรยานยนต์	25	23.81	12	19.67	
รถยนต์	41	39.05	18	29.51	
รถประจำทาง	11	10.48	14	22.95	
ระยะเวลาในการเดินทาง จากบ้านไปโรงพยาบาล					
น้อยกว่า 30 นาที	47	44.76	28	45.90	0.592
30 นาที – 1 ชั่วโมง	38	36.19	25	40.98	
มากกว่า 1 ชั่วโมง	20	19.05	8	13.12	
Median (IQR)	30	(25-60)	30	(15-60)	
ระยะทางไปโรงพยาบาล (กิโลเมตร)					
0 – 10	47	44.76	28	45.90	0.180
11 – 20	23	21.90	7	11.48	
21 – 30	29	27.62	18	29.51	
มากกว่า 30	6	5.72	8	13.11	
Median (IQR)	12	(10-30)	15	(5-30)	

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

การแสวงหาการรักษาจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค	ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)		ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปัจจัยการถูกตีตราจากสังคม					
ถูกรังเกียจ	11	10.48	10	16.39	0.309
ไม่รังเกียจ	58	55.24	36	59.02	
ไม่ทราบ	36	34.28	15	24.59	

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

4.6 ข้อมูลด้านศักยภาพของสถานพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และข้อมูลการรับรู้ด้านการให้บริการของสถานพยาบาล

ตารางที่ 4.10 แสดงข้อมูลปัจจัยศักยภาพของสถานพยาบาล พบว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มารักษาในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 79 ราย (75.24%) ไม่ผ่านการประเมินโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 26 ราย (24.76%) และส่วนใหญ่ มีแพทย์อายุรกรรม จำนวน 74 (70.48%) ไม่มีแพทย์อายุรกรรม จำนวน 31 ราย (29.52) ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาล่าช้า อย่างมีนัยสำนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05

ตารางที่ 4.10 ข้อมูลด้านศักยภาพของสถานพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ศักยภาพของสถานพยาบาล	ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)		ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผ่านการประเมินโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค					
ผ่าน	79	75.24	50	81.97	0.695
ไม่ผ่าน	26	24.76	11	18.03	
มีแพทย์อายุรกรรม					
มี	74	70.48	47	77.05	0.674
ไม่มี	31	29.52	14	22.95	

ข้อมูลการรับรู้ด้านการให้บริการของโรงพยาบาล

ตารางที่ 4.11 แสดงการรับรู้ด้านการให้บริการของโรงพยาบาล เหตุผลที่เลือกการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย วัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า พบว่า ไม่มีความสะดวก รวดเร็ว จำนวน 88 ราย (83.81%) ไม่ใกล้บ้าน/ที่พัก จำนวน 57 ราย (54.30%) ราคาไม่ถูก จำนวน 94 ราย (89.52%) ส่วนการรับรู้ในการรักษาเฉพาะทางในการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่ทราบ จำนวน 77 ราย (73.30%) รองลงมา คือ ไม่มี จำนวน 16 ราย (15.24%) ประวัติการตรวจคัดกรองวัณโรค ส่วนใหญ่ เคย จำนวน 49 ราย (46.67%) รองลงมา คือ ไม่เคย จำนวน 41 ราย (39.05%)

ส่วนผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า เหตุที่เลือกการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ไม่สะดวก รวดเร็ว จำนวน 42 ราย (68.85%) ไม่ใกล้บ้าน/ที่พัก จำนวน 34 ราย (55.70%) ราคาไม่ถูก จำนวน 52 รายา (85.25%) ส่วนการรับรู้ในการรักษาเฉพาะทางในการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ ไม่ทราบ จำนวน 35 ราย (57.38%) รองลงมา คือ มี จำนวน 18 ราย (29.51%) ประวัติการตรวจคัดกรองวัณโรค ส่วนใหญ่เคย จำนวน 30 ราย (49.18%) รองลงมา คือ ไม่เคย จำนวน 25 ราย (40.98%) โดยพบว่า เหตุที่เลือกการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล สะดวก รวดเร็ว และการรับรู้ในการรักษาเฉพาะทางในการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05

ตารางที่ 4.11 การรับรู้ด้านการให้บริการของโรงพยาบาล (N=166)

การรับรู้ด้านการให้บริการของโรงพยาบาล	**ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)**		**ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)**		**p-value**
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	
เหตุผลที่เลือกการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล					
สะดวก รวดเร็ว					
ไม่ใช่	88	83.81	42	68.85	*0.024
ใช่	17	16.19	19	31.15	
ใกล้บ้าน/ที่พัก					
ไม่ใช่	57	54.30	34	55.70	0.856
ใช่	48	45.70	27	44.30	
ราคาถูก					
ไม่ใช่	94	89.52	52	85.25	0.414
ใช่	11	10.48	9	14.75	

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

การรับรู้ด้านการให้บริการของโรงพยาบาล	ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาล่าช้า (Delay) (n=105)		ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า (Non-Delay) (n=61)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การรับรู้ในการรักษาเฉพาะทางในการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาล					
มี	12	11.44	18	29.51	*0.014
ไม่มี	16	15.25	8	13.11	
ไม่ทราบ	77	73.31	35	57.38	
ประวัติการตรวจคัดกรองวัณโรค					
เคย	56	53.33	32	52.46	0.708
ไม่เคย	49	46.67	29	47.54	

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

4.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า โดยการวิเคราะห์แบบ Unavailable Logistic Regression Analysis

ตารางที่ 4.12 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกครั้งละ 1 ตัวแปล (Unavailable logistic regression analysis) ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า โดยไม่พิจารณาถึงปัจจัยรบกวน (confounding factor) หรืออิทธิพลร่วมระหว่างตัวแปร ผลการศึกษาพบว่า ด้านผู้ดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (OR = <0.001 , 95%CI = 0.016-0.228) ทัศนคติต่อวัณโรคระดับต่ำ (OR = 0.012 , 95%CI = 1.391-15.251) ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (OR = 0.018 , 95%CI = 1.161-4.995) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก (OR = 0.040 , 95%CI = 0.146-0.956) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะเข้ารับบริการสถานีอนามัยใกล้บ้าน (OR = 0.004 , 95%CI = 1.568-11.432) ส่วนปัจจัยอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกครั้งละ 1 ตัวแปร

ตารางที่ 4.12 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า โดยการวิเคราะห์แบบ Unavailable logistic regression analysis

ตัวแปร	OR	95%CI	P-value
เพศ			
ชาย	Ref.		
หญิง	1.406	0.570-3.471	0.459
อายุ			
น้อยกว่า 25 ปี	Ref.		
25 – 60 ปี	0.484	0.055-4.300	0.515
60 ปีขึ้นไป	0.452	0.058-3.503	0.447
สถานภาพสมรส			
คู่	Ref.		
โสด	0.365	0.088-1.517	0.166
หย่า/แยกกันอยู่	0.863	0.275-2.707	0.800
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษาระดับต้น	Ref.		
ประถมศึกษา	1.486	0.272-8.116	0.647
ไม่ได้เรียน	1.530	0.223-10.521	0.665
อาชีพ			
รับจ้าง	Ref.		
ธุรกิจส่วนตัว	0.585	0.121-2.830	0.505
เกษตรกร	0.521	0.158-1.723	0.286
ไม่ได้ทำงาน	0.729	0.180-2.952	0.657
เชื้อชาติ			
ไทย	Ref.		
พม่า	2.415	0.774-7.529	0.129
ลาว	0.856	0.252-2.903	0.803
กลุ่มชาติพันธ์หรือชนเผ่า	1.164	0.280-4.835	0.834
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์			
ไม่ดื่ม	Ref.		
ดื่ม	1.214	0.493-2.987	0.673

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ตัวแปร	OR	95%CI	P-value
พฤติกรรมการสูบบุหรี่			
ไม่สูบ	Ref.		
สูบ	1.065	0.350-3.238	0.912
ปัจจัยผู้ดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย			
คู่สมรส	Ref.		
ดูแลตนเอง	0.060	0.016-0.228	*< 0.001
บิดา มารดา	1.472	0.496-4.371	0.486
บุตรหลาน	0.527	0.174-1.602	0.259
เพื่อน/คนรู้จัก	0.794	0.265-2.386	0.682
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค			
ระดับสูง	Ref.		
ระดับปานกลาง	0.640	0.209-1.960	0.435
ระดับต่ำ	1.966	0.627-6.166	0.246
ทัศนคติต่อวัณโรค			
ระดับสูง	Ref.		
ระดับปานกลาง	1.978	0.660-5.930	0.223
ระดับต่ำ	4.606	1.391-15.251	*0.012
ไอ			
มีอาการ	Ref.		
ไม่มีอาการ	1.511	0.665-3.433	0.324
ไอเป็นเลือด			
มีอาการ	Ref.		
ไม่มีอาการ	1.628	0.753-35.23	0.216
ไข้			
มีอาการ	Ref.		
ไม่มีอาการ	0.691	0.289-2.652	0.406
น้ำหนักลด			
มีอาการ	Ref.		
ไม่มีอาการ	0.632	0.305-1.309	0.216

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ตัวแปร	OR	95%CI	P-value
เหงื่อออกตอนกลางคืน			
มีอาการ	Ref.		
ไม่มีอาการ	1.556	0.624-3.875	0.343
เจ็บหน้าอก			
มีอาการ	Ref.		
ไม่มีอาการ	2.408	1.161-4.995	*0.018
อ่อนเพลีย			
มีอาการ	Ref.		
ไม่มีอาการ	1.221	0.594-2.509	0.587
เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะเข้ารับบริการในโรงพยาบาลหน่วยงานของรัฐ			
ไม่ใช่	Ref.		
ใช่	1.241	0.501-3.074	0.641
เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะซื้อยากินเอง			
ไม่ใช่	Ref.		
ใช่	0.406	0.108-1.524	0.182
เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก			
ไม่ใช่	Ref.		
ใช่	0.374	0.146-0.956	*0.040
เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะเข้ารับบริการสถานีอนามัยใกล้บ้าน			
ใช่	Ref.		
ไม่ใช่	4.233	1.568-11.432	*0.004
เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะไปหาหมอพื้นบ้าน			
ไม่ใช่	Ref.		
ใช่	0.448	0.140-1.435	0.176
เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะไปหาหมอผี/ไสยศาสตร์			
ไม่ใช่	Ref.		
ใช่	0.574	0.184-1.788	0.338

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ตัวแปร	OR	95%CI	P-value
การเดินทางไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล			
เดิน	Ref.		
จักรยาน	1.058	0.244-4.598	0.940
จักรยานยนต์	0.931	0.226-3.828	0.921
รถยนต์	1.082	0.283-4.137	0.908
รถประจำทาง	0.306	0.069-1.351	0.118
ระยะเวลาไปโรงพยาบาล			
น้อยกว่า 30 นาที	Ref.		
30 นาที – 1 ชั่วโมง	1.193	0.500-2.846	0.691
มากกว่า 1 ชั่วโมง	1.446	0.519-4.032	0.481
ระยะทางไปโรงพยาบาล			
0 – 10 กิโลเมตร	Ref.		
11 – 20 กิโลเมตร	1.410	0.567-3.506	0.459
21 – 30 กิโลเมตร	1.315	0.467-3.705	0.604
ปัจจัยการถูกตีตราจากสังคม			
ไม่รังเกียจ	Ref.		
ถูกรังเกียจ	0.558	0.199-1.568	0.269

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

4.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า โดยการวิเคราะห์แบบ Multivariable Logistic Regression Analysis

ตารางที่ 4.13 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ปัจจัยทัศนคติต่อวัณโรคระดับต่ำเมื่อเทียบกับทัศนคติต่อวัณโรคระดับสูง ทัศนคติต่อวัณโรคระดับต่ำมีโอกาสมารับการรักษาล่าช้าเพิ่มขึ้น 3.71 เท่า (95%CI 1.41-9.78) p-value 0.008 และเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไปเข้ารับบริการสถานีอนามัยใกล้บ้าน ผู้ป่วยที่ไม่ไปเข้ารับบริการสถานีอนามัยใกล้บ้าน มีโอกาสมารับการรักษาล่าช้าเพิ่มขึ้น 5.13 เท่า (95%CI 1.84-14.31) p-value 0.002 และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับ

วัณโรค ซื้อยากินเอง เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก เข้ารับการรักษาหมอพื้นบ้าน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.13 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า โดยการวิเคราะห์แบบ Multivariable logistic regression analysis

ปัจจัย	OR_{adj}	95%CI	p-value
ทัศนคติต่อวัณโรค			
ระดับสูง	1		
ระดับปานกลาง	1.56	0.61-3.96	0.35
ระดับต่ำ	3.71	1.41-9.78	*0.008
ก่อนที่จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ได้ไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน			
ใช่	1		
ไม่ใช่	5.13	1.84-14.31	*0.002

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาวิจัยแบบ การวิจัยภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการรักษาที่ความล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงรายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย เมื่อพิจารณาผลการศึกษา จึงนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดในคนที่มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย รูปแบบการงานวิจัย เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมและประชากร ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงสถานพยาบาลเมื่อเริ่มอาการ ความรู้ ความทัศนคติ เกี่ยวกับวัณโรค รูปแบบของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – วันที่ 31 ธันวาคม 2567 ขนาดตัวอย่าง 166 คน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดในคนที่มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ ที่ค่า p-value < 0.05 ได้แก่ ปัจจัยผู้ดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมี ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ทัศนคติต่อวัณโรค ปัจจัยด้านพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาคือ การซื้อยากินเอง การรักษาโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก สถานีอนามัยใกล้บ้าน และหมอพื้นบ้าน เมื่อทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลการรักษาล่าช้า โดยการวิเคราะห์แบบ Multivariable logistic regression analysis พบว่า ปัจจัยทัศนคติต่อวัณโรคระดับต่ำเมื่อเทียบกับทัศนคติต่อวัณโรคระดับสูง ทัศนคติต่อวัณโรคระดับต่ำมีโอกาสมารับการรักษาล่าช้าเพิ่มขึ้น 3.71 เท่า (95%CI 1.41-9.78) p-value 0.008 และ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไปเข้ารับบริการสถานีอนามัยใกล้บ้าน ผู้ป่วยที่ไม่ไปเข้ารับบริการสถานีอนามัยใกล้บ้าน มี

โอกาสมารับการรักษาล่าช้าเพิ่มขึ้น 5.13 เท่า (95%CI 1.84-14.31) p-value 0.002 ซึ่งปัจจัยอื่น ๆ นอกจากนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่าจากผลการศึกษา ควรมีการดำเนินงานเชิงรุกในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ และรวมถึงกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านที่ไม่มีสัญชาติไทย โดยการจัดการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน และการจัดอบรมให้ความรู้ รณรงค์สร้างความตระหนักเกี่ยวกับวัณโรคเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ สร้างเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวังในชุมชน เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วย ให้ได้เข้ารับการรักษาในระบบสาธารณสุขของรัฐโดยเร็วที่สุด เพื่อเป็นลดความชุกและลดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

5.2 อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในคนที่มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

5.2.1 เพื่อศึกษาความชุกของการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค และกำลังรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่งในจังหวัดเชียงรายจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 166 ราย พบผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้า จำนวน 105 ราย มีความชุกของผู้ป่วยวัณโรคที่มาเข้ารับการรักษาล่าช้าร้อยละ 63.25 จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาวัณโรคหลังมีอาการ 69 วัน (ช่วง IQR = 60–90 วัน) และมีผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาไม่ล่าช้า จำนวน 61 ราย (36.75%) มีการเข้ารับการรักษาวัณโรคหลังมีอาการ 14 วัน (ช่วง IQR = 8.75–22 วัน) ทั้งนี้ผู้ป่วยทราบถึงอาการไอที่เกิดขึ้นกับตนเอง แต่อาการดังกล่าวเกิดขึ้นในบางช่วงของวันเท่านั้น ซึ่งไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การประกอบอาชีพ การนอน การรับประทานอาหาร เมื่อมีอาการไอสามารถแสวงหาการรักษาได้โดยวิธีอื่น เช่น ซื้อยากินเอง ไปคลินิก โดยจะไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการมากขึ้นและอาการดังกล่าวรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง และคนรอบข้าง รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดว่าอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยสามารถหายได้เอง จึงไม่มารักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา ทานะขันธ (2556) ในจังหวัดมหาสารคาม และณัฏฐกานต์ ศรีเรือง (2557) ในเขตโซนใต จังหวัดขอนแก่น ซึ่งความชุกของความล่าชาที่ระยะเวลามากกว่า 30 วัน ใกลเคียงกับการศึกษาของณัฏฐกานต ศรีเรือง (2557) จังหวัดขอนแกน พบร้อยละ 43.9 แต่

มากกวาการศึกษาของ รณยศ สุวรรณกัญญา (2555) ในจังหวัดนครราชสีมา และกรรณิกา ทานะขันธ์ (2556) ในจังหวัดมหาสารคาม ที่พบเพียงร้อยละ 33.6 และ 31.3 ตามลำดับ และคล้ายกับการศึกษาของต่างประเทศ Deponti et al. (2013) ศึกษาใน Porto Alegre พบว่า ระยะเวลาความล่าช้ามีค่ามัธยฐานเท่ากับ 30 ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นความแตกต่างของระยะห่างระหว่างความล่าช้าและไม่ล่าช้าได้อย่างชัดเจน เนื่องจาก ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาล่าช้าในการศึกษาครั้งนี้มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาอย่างมากซึ่งปัจจัยความแตกต่างอาจมาจากกลุ่มประชากรในการศึกษา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสิทธิในการรักษาทำให้ต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรับรู้การบริการของโรงพยาบาล รวมถึงความเชื่อ ความรู้ ทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อโรควัณโรค

5.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงรายจากการศึกษาได้จำแนกตัวแปรออกเป็นด้านต่างดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่มีคุณลักษณะเป็นเพศชาย จำนวน 59 ราย (57.83%) มีอายุ 25-60 ปี จำนวน 54 ราย (51.43%) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 56 ราย (53.33%) ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 68 ราย (64.76%) ไม่ได้ทำงาน จำนวน 42 ราย (40.00%) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย เท่ากับ 3,000 บาท เป็นสัญชาติพม่า จำนวน 45 ราย (42.86%) มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ 61 ราย (58.10%) และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 77 ราย (73.33%) ปัจจัยผู้ดูแลเมื่อมีอาการป่วย ส่วนใหญ่ดูแลตนเอง จำนวน 23 ราย (37.70%) และพบว่า ปัจจัยผู้ดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05 ทั้งนี้กลุ่มที่มีอายุ 25-60 ปี อยู่วัยทำงาน อายุยังไม่มาก เป็นกลุ่มที่หารายได้หลักให้กับครอบครัว เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะแสวงหาการรักษาโดยซื้อยาที่ร้านขายยาและไปคลินิกซึ่งจะทำให้ไม่เสียเวลาในการประกอบอาชีพจึงทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ประเด็นสำคัญที่น่าสนใจของลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาล่าช้าคือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มเอลกอฮอล์ซึ่งเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค และอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน อายุค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 54 ปี สอดคล้องกับการศึกษา ของกรรณิกา ทานะขันธ์ (2556) จังหวัดมหาสารคาม และณัฏฐกานต์ ศรีเรือง (2557) ศึกษาที่อำเภอโซนใต้จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากในกลุ่มที่มีอายุน้อยสุขภาพยังแข็งแรงอยู่อาการ จะปรากฏต้องใช้ระยะเวลานานจึงรอจนมีอาการก่อนแล้ว ค่อยมารับการรักษา และอีกประการหนึ่งเนื่องจากสภาวะเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันมีความเร่งรีบในการทำงาน หาเงินเพื่อเลี้ยงชีพผู้ที่อายุน้อยหรืออยู่ในวัยทำงานก็อาจ จะไม่มีเวลาดูแลใส่ใจในสุขภาพของตนเองเท่าที่ควร จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาขึ้นได้ และฉวีวรรณ พงษ์วงษ์ (2560) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value<0.05) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มี

อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 มีความล่าช้าเป็น 1.64 เท่าของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และสอดคล้องกับการศึกษา Sikkhajan and Sirichokchatchawan (2020) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ในกลุ่มที่ไม่ใช่สัญชาติไทยมีโอกาสในการเข้ารับการรักษาล่าช้ามากว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีสัญชาติไทย 2.82 เท่า (95% CI 1.174–39.462) และในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วย แตกต่างกับการศึกษามาผ่านมาของ Lin et al. (2007) พบว่าที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอด 1.35 – 3.33 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และการศึกษาของ Wangdi and Gurung (2012) พบว่า การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยวัณโรค และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์ต่อการรักษาวัณโรคล่าช้า อาจเนื่องมาจากผู้ที่สูบบุหรี่มักจะมีอาการไอและไม่ตระหนักถึงอาการของโรควัณโรค ซึ่งผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์เมื่อมีอาการหนักมากหรือมีอาการแสดงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ กรรณิกา ทานะขันธ์ (2556) ซึ่งจากข้อค้นพบข้างต้นทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาโรค ถึงแม้จะพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรควัณโรค การกลับมาเป็นซ้ำ หรือการรับการรักษาโรควัณโรคที่ล่าช้า

2. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาล่าช้าพบว่า ความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 53 ราย (50.48%) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05 ซึ่งในการศึกษครั้งนี้หลังจากใช้สถิติทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้าในการรักษา สอดคล้องกับ กรรณิกา ทานะขันธ (2556) พบปัจจัยความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาและกำลังรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ซึ่งผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษามาแล้วระยะหนึ่งไม่ได้รับการรักษาหรือรับยารักษาในครั้งแรก ดังนั้น ผู้ป่วยจึงได้รับคำแนะนำ และได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคจากเจ้าหน้าที่ในช่วงที่มารับการรักษาแล้วระดับหนึ่ง และจากข้อคำถามในแบบสอบถามจะเห็นได้ว่า ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ สามารถรับการตรวจวัณโรคได้จากโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศที่อยู่ในหน่วยงานของรัฐ และ ทราบการรักษาวัณโรคส่วนใหญ่ใช้เวลารักษานาน 6 เดือน รองลงมาคือ อาการที่น่าสงสัยที่สุดของวัณโรคปอด คือ ไข้ไอ หรือไอเป็นเลือด น้ำหนักลด วัณโรคสามารถรักษาได้ นั่นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องของอาการของวัณโรค และทราบว่า ควรไปรับการตรวจรักษาที่ไหน ระยะเวลาในการรักษา แตกต่างกับการศึกษาของ สุทธิณี สิทธิหล่อ (2558) ผู้ที่มีความรูเกี่ยวกับโรคอยูในระดับต่ำมีความล่าชาในการรักษามากกวาคนที่มีความรูเกี่ยวกับโรคอยูในระดับสูงเป็น 11.50 เทา (ORadj=11.50; 95%CI=3.97-33.26) เนื่องจากกลุมตัวอย่างไม่รูเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ไม่เขาใจลักษณะการไอของโรคที่เริ่มแรกจะมีอาการไอเกิดขึ้น

เป็นบางเวลา โดยจะรบกวนกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การประกอบอาชีพ การนอน การรับประทานอาหาร เมื่อมีอาการรุนแรงจะทำให้ ผู้ป่วยขาดความตระหนักจึงเกิดความล่าช้าในการรักษา

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อวัณโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 45 ราย (42.86%) โดยทัศนคติต่อวัณโรคมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05 ผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ที่มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิที่มีทัศนคติในระดับต่ำ ทำให้เข้ารับการรักษาล่าช้า จากข้อคำถามในแบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ล่าช้า ส่วนมากคิดว่าผู้ป่วยการกินยารักษาวัณโรคจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายอย่างตามมา คิดว่าการป่วยเป็นวัณโรคปอดส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิต และคิดว่าคนรอบข้างจะหลีกเลี่ยงพบเจอ หากรู้ว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด ซึ่งทัศนคติเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยชะลอการไปพบแพทย์ หรือเลือกใช้วิธีรักษาทางเลือกอื่นแทน เช่น ซื้อยารับประทานเอง หรือไปพบหมอพื้นบ้านก่อน จึงส่งผลให้เกิดการรักษาล่าช้า ต่างจากการศึกษา กัมปนาท ฉายชูวงษ (2552) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษา คลินิกวันโรค พบว่าทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา แต่ในด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด

3. ปัจจัยพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค มีอาการสำคัญในการมาเข้ารับการรักษาวัณโรค ส่วนใหญ่มีอาการไอ จำนวน 82 ราย (79.05%) มีอาการเจ็บหน้าอก จำนวน 74 ราย (70.48%) มีอาการอ่อนเพลีย จำนวน 65 ราย (61.90%) น้ำหนักลด จำนวน 63 ราย (60.00%) ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาล่าช้าส่วนใหญ่มารับการรักษาเมื่อมีอาการสำคัญของโรคเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่ไปเข้ารับบริการสถานีอนามัยใกล้บ้านเมื่อหาความสัมพันธ์ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ไปเข้ารับบริการสถานีอนามัยใกล้บ้าน มีโอกาสมารับการรักษาล่าช้าเพิ่มขึ้น 5.13 เท่า (95%CI 1.84-14.31) p-value 0.002 และพบว่า การซื้อยากินเอง เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก เข้ารับการรักษาหมอพื้นบ้าน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การไม่เลือกใช้บริการสถานีอนามัยใกล้บ้าน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรคปอด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ คือ บุคคลที่มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ ซึ่งอาจเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความไม่มั่นใจในระบบบริการสาธารณสุขท้องถิ่น มีผู้ป่วยบางรายอาจมองว่าสถานีอนามัยไม่มีความสามารถในการรักษาวัณโรค หรือไม่สามารถวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จึงมีความกลัวหรือไม่มั่นใจในสถานะทางกฎหมายผู้ไม่มีเอกสารหรือไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ อาจหลีกเลี่ยงการไปสถานีอนามัยเพราะกลัวถูกสอบถามหรือถูกต้องของเอกสาร หรือสิทธิในการเข้ารับบริการ ความถึงความรู้และทัศนคติที่มีความเชื่อว่าต้องไปโรงพยาบาลใหญ่เท่านั้นถึงจะรักษาโรคนี้ได้ หรือไม่เข้าใจว่าการไปสถานีอนามัยคือขั้นตอนแรกที่สำคัญในการเข้าถึงระบบดูแลรักษาวัณโรค รวมทั้งอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม สำหรับแรงงานต่างด้าวหรือผู้ไร้สัญชาติ บางรายอาจสื่อสารไม่ได้กับเจ้าหน้าที่ หรือรู้สึกอึดอัดเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่ของรัฐ และ

ปัจจุบันมีร้านขายยา คลินิกเอกชนเพิ่มมากขึ้น มีความสะดวกและรวดเร็ว ง่ายต่อการเข้าถึงกว่าการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ไม่เสียเวลาในการประกอบอาชีพ จึงพลาดโอกาสในการคัดกรองวัณโรค จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรวุฒิ พุทาธาอามาตย์ (2560) พบว่าการ ผู้ป่วยที่เลือกการรับการรักษาที่แรกเป็น คลินิกหรือร้านขายยา จะมีความล่าช้าในการรักษามากกว่า 7.50 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ พงษ์วงษ์ (2560) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และ ไม่เคยแสวงหาการรักษากับหมอพื้นบ้าน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาที่เกิดจากผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ปัจจัยด้านศักยภาพของสถานพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และข้อมูลการรับรู้ด้านการให้บริการของสถานพยาบาล ปัจจัยด้านศักยภาพของสถานพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มารักษาในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 79 ราย (75.24%) ไม่ผ่านการประเมินโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 26 ราย (24.76%) และส่วนใหญ่ มีแพทย์อายุรกรรม จำนวน 74 (70.48%) ไม่มีแพทย์อายุรกรรม จำนวน 31 ราย (29.52) ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาล่าช้าอย่างมีนัยสำนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05 เนื่องจากการการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของทุกโรงพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีระบบคัดกรองที่รวดเร็ว การส่งต่อผู้ป่วยชัดเจน และแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน ด้านแพทย์อายุรกรรมประจำคลินิกวัณโรคนั้น จังหวัดเชียงรายทางสำนักงานสาธารณสุขจั้งหวัดเชียงรายร่วมกับโรงพยาบาลเชียงรยประชานุเคราะห์ได้จัดตารางเวรแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาคลินิกวัณโรค ให้กับโรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์อายุรกรรมประจำคลินิกวัณโรค ดังนั้นการผ่านการประเมินโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และ การที่มีแพทย์อายุรกรรมประจำคลินิกวัณโรคจึงไม่มีผลกับการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปัจจัยด้านการรับรู้การให้บริการของโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาล่าช้า เหตุที่เลือกการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสะดวก รวดเร็ว และการรับรู้ในการรักษาเฉพาะทางในการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05 และพบอีกว่า โดยส่วนใหญ่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาไกลบ้าน/ที่พัก จำนวน 57 ราย (54.30%) โดยระยะทางเฉลี่ย 12 กิโลเมตร และผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาจากบ้านหรือที่พักมาโรงพยาบาล 47 นาที เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ พงษ์วงษ์ (2560) พบว่า มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ > 10 กิโลเมตร มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้า (ORadj= 1.35, 95% CI=1.07-1.69) ควรมีการดำเนินงานเชิงรุกอย่างเป็นระบบ โดยการจัดอบรมให้ความรู้รณรงค์ สร้างความตระหนักเกี่ยวกับวัณโรค สร้างเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง และตรวจคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดขึ้นในชุมชน ให้ได้รับการรักษาในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐโดยเร็ว

ที่สุด โดยการศึกษาของ กัมปนาท ฉายชูวงษ (2552) ซึ่งศึกษาเชิงคุณภาพ อธิบายว่าผลกระทบจากความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาจากประสบการณ์ของผู้ป่วย วัณโรคปอด แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ ผลกระทบต่อตนเองและผลกระทบต่อผู้อื่น และด้านผลกระทบต่อตนเองเกี่ยวกับสุขภาพในขณะนั้น คือผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากก่อนเข้ารับการรักษาส่งผลกระทบต่อตนเองเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำงานที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดงาน หรือออกจากงานชั่วคราว

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาวัณโรคล่าช้า ในผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พบว่าปัจจัยทัศนคติต่อวัณโรคระดับต่ำ เมื่อเทียบกับทัศนคติต่อวัณโรคระดับสูง ทัศนคติต่อวัณโรคระดับต่ำ มีโอกาสมารับการรักษาล่าช้าเพิ่มขึ้น 3.71 เท่า (95%CI 1.41-9.78) p-value 0.008 และผู้ป่วยที่ไปเข้ารับบริการสถานีอนามัยใกล้บ้าน ผู้ป่วยที่ไม่ไปเข้ารับบริการสถานีอนามัยใกล้บ้าน มีโอกาสมารับการรักษาล่าช้าเพิ่มขึ้น 5.13 เท่า (95%CI 1.84-14.31) p-value 0.002 และพบว่าความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ซื้อยากินเอง เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก เข้ารับการรักษาหมอพื้นบ้าน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายว่า สถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้บ้านเป็นปัจจัยสนับสนุนหนึ่งที่จะนำพาผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาที่รวดเร็วขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประชากรคือกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จึงเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยเลือกแสวงหาการรักษาวิธีอื่น ปัจจุบันมีร้านขายยา คลินิกเอกชนเพิ่มมากขึ้น มีความสะดวกและรวดเร็ว ง่ายต่อการเข้าถึงมากกว่า ไม่เสียเวลาในการประกอบอาชีพ จึงพลาดโอกาสในการคัดกรองวัณโรค และทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา

5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มคนที่ไม่มีสัญชาติไทย ทำให้การสื่อสารความหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ในบางข้อคำถามของผู้ป่วยมีความเข้าใจไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ ซึ่งทำให้ใช้เวลาในการอธิบายข้อคำถามเพิ่มขึ้น

5.4 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำข้อมูลจากการศึกษาไปพัฒนาโปรแกรมในการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล และใช้วางแผนในการดำเนินงานเกี่ยวกับการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในอื่นๆ

2. นำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้การดำเนินการจัดโครงการให้ความรู้ในพื้นที่ เพื่อค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค รวมถึงการสร้างความรู้และทัศนคติให้กับประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้สามารถรับรู้และตระหนักเมื่อตนเองหรือคนรอบตัวมีอาการสำคัญของโรควัณโรค เพื่อลดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาวัณโรค

5.5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.5.1 ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารและสถานบริการ

1. ผู้บริหารควรมีนโยบายในการจัดทำโครงการคัดกรองเชิงรุกในทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มไม่มีสัญชาติไทย หรือกลุ่มที่มีปัญหาสิทธิ์และสถานะ ซึ่งจะทำให้ครอบคุลมในการให้บริการและสามารถค้นพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และทำให้สามารถข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

2. ควรมีนโยบายในการให้ความรู้ด้านโรควัณโรคในทุกกลุ่มในชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนในการเข้ารับการคัดกรองวัณโรค และเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว

5.5.2 ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงาน

1. ผู้ปฏิบัติงานควรมุ่งเน้นในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันทุกสิทธิ์การรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติในเชิงลบต่อการรักษาวัณโรค และมีการติดตามผู้ป่วยในกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้รับการรักษาจนครบตามกำหนด

2. ผู้ปฏิบัติงานควรมีการลงพื้นที่เพื่อคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มที่มีปัญหาสิทธิ์และสถานะในการรักษาเพื่อ เป็นการค้นหาผู้ป่วยและลดการล่าช้าในการรักษาวันโรค ซึ่งอาจทำให้ลดความชุกในการแพร่กระจายของวัณโรค และลดปัญหาวัณโรคดื้อยา

3. ควรมีการพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานและเฝ้าระวังวัณโรคในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังตนเอง และประชาชนในชุมชน และทำหน้าที่แจ้งข่าวสารเพื่อเพิ่มศักยภาพในการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

5.6 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้และทัศนคติที่มีต่อโรควัณโรค ให้กับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยสร้างความเข้าในด้านข้อมูลของโรค การแพร่กระจายของโรค และสร้างความตระหนักในเรื่องของอาการและความรุนแรงของโรควัณโรค

2. ควรมีการปรับปรุงเนื้อหาแบบสอบถามให้มีความสอดคล้องกับบริบทในการศึกษาและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

รายการอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) ในการป้องกันควบคุมวัณโรค เอดส์ ซิฟิลิส โรคเรื้อน มาลาเรีย และ โรคพยาธิใบไม้ในตับ.* http://www.dla.go.th/upload/document/type2/2016/2/16240_2_1454384531451.pdf?time=1454631380348

กรรณิกา ทานะขันธ์ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6(*3), 11-20 https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/117964/90512

กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค. (2564). *รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย.* https://www.tbthailand.org/download/form/รายงานสถานการณ์วัณโรคเดือนมีนาคม.pdf

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564*. https://www.thainapci.org/2021/wp-content/uploads/2021/11/แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย-พ.ศ.- 2564.pdf

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2564). *คู่มือ รายการยาและการสนับสนุนยารักษาวัณโรค วัณโรคดื้อยาและวัณโรคระยะแฝง กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564.* https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1253520220330071246.pdf

กัมปนาท ฉายชูวงษ์. (2562). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับผลกระทบจากความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา ประเทศไทย. *วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ, 1*(2), 77-90.

ซารีฟะห์ มัวหามะ, นาดูวะห์ แมดง, เสาวณีย์ พิมวงศ์, ตั้ม บุญรอด, วิชชาดา สิมลา และศิริรัตน์ ศรีรักษา. (2562). ความล่าช้าในผู้ป่วย และระบบบริการสุขภาพของวัณโรคปอด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ, 1*(2), 40-49.

ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (2546). *บทสังเคราะห์ภาพรวม การพัฒนาระบบสวัสดิการสำหรับคนจน และคนด้อยโอกาสในสังคมไทย.* ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาฯ.

ทศพล คชสาร. (2565). การวิเคราะห์เชิงพื้นที่เพื่อการจัดการวัณโรคในพื้นที่จังหวัดเชียงราย. *วารสารนิติ รัฐกิจ และสังคมศาสตร์ สำนักวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 6*(1), 207-224.

ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล, หมิวมินอู, เพชรวรรณ พึ่งรัศมี, นริศ บุญธนภัทร และเททโกโกออง. (2564). *การประกันสุขภาพและความล่าช้าในการเขาถึงและรับการดูแลรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย.* https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5345/hs2658.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ธนกฤตา ฉันทรุจิ. (2558). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดเห็นของเภสัชกรในร้านยาคุณภาพต่อบทบาทการคัดกรองและส่งต่อผู้สงสัยเป็นวัณโรค.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ปัญจรัตน์ คำมา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะติดเชื้อรายใหม่ในจังหวัดเลย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 26*(3), 36-47.

ปาลิตา เจริญสุข และพิษณุรักษ์ กันทวี. (2564). การพัฒนาและประเมินรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรควัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรค และผู้สัมผัสร่วมบ้านในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พื้นที่จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย. *เชียงรายเวชสาร, 13*(1), 164-180. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/246263/168951

ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร, รัชนี นามจันทรา และธัญพร ปานสุวรรณ. (2556). *การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ก่อนเข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรคปอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

พงศ์เทพ ธีระวิทย์. (2555). *วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis).* https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/TB.pdf

ภูษิต ขันกสิกรรม. (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร. http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3226/3/61061871.pdf

โมทภคเอก วีรชัย. (2565). *วัณโรค(Tuberculosis)-ความล่าช้าและผลกระทบ.* http://www.student.chula.ac.th/~60370720/page_7.html

รณยศ สุวรรณกัญญา และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าที่เกิดจากผู้ป่วยในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6*(3), 66-74. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/117979/90532

วีรวุฒิ พุทธาอามาตย์ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะ พบเชื้อรายใหม่ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 10*(3), 65-75.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2565*. https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/54/รายงานประจำปี_2565_F_WEBย่อ.

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561ก). *การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา.* https://www. tbthailand.org/download /Manual/03-Full%20การคัดกรองวัณโรคและวัณโรคดื้อยา%20พิมพ์ครั้งที่ %202%20Proof%206.pdf

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561ข). *แนวทางปฏิบัติป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558*. https://ddc.moph.go.th/uploads/files/478e3f0bb78a24bedcaa273508f9e8d4.pdf

สำนักวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร. (2559). *แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค*. https://tbthailand.org/download/Manual/แนวทางการป้องกันฯการแพร่กระจายเชื้อ.pdf

สุทธิณี สิทธิหล่อ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2558). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยในการรักษาวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่จังหวัดแพร่. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 8*(2), 10-19.

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2555). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย. *วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข, 6*(3), 403-415. https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3704/14-p.%20403Supat.pdf?sequence=2

สุภาภรณ์ วัฒนาธร, ศิริพร วัชรากร, ศิริวรรณ แย้มนิ่มนวล, ฐาณิญา แสนศรี และนิสา ลายคราม. (2555). *การเปรียบเทียบอัตราการกลับเป็นซ้ำ ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะพบเชื้อที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบของจังหวัดสระบุรี.* http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/research/form/639

สุริยา สมุทคุปติ์ และพัฒนา กิติอาษา. (2542). *มานุษยวิทยากับโลกาภิวัตน์ : รวมบทความ.* สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

อจิรพรรณ กัปตัน. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าด้านระบบบริการในการวินิจฉัยวัณโรคปอดโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 2*(3), 56-65.

Alema, H. B., Hailemariam, S. A., Misgina, K. H., Weldu, M. G., Gebregergis, Y. S., Mekonen, G. K., & Gebremedhin, K. A. (2019). Health care seeking delay among pulmonary tuberculosis patients in North West zone of Tigrai region, North Ethiopia. *BMC Infectious Diseases, 19*(1), 309. https://doi.org/10.1186/s12879-019-3893-7

Alene, M., Assemie, M. A., Yismaw, L., Gedif, G., Ketema, D. B., Gietaneh, W., & Chekol, T. D. (2020). Patient delay in the diagnosis of tuberculosis in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases, 20*(1), 797. https://doi.org/10.1186/s12879-020-05524-3

Arja, A., Godana, W., Hassen, H., & Bogale, B. (2021). Patient delay and associated factors among tuberculosis patients in Gamo zone public health facilities, Southern Ethiopia: An institution-based cross-sectional study. *PLoS One, 16*(7), e0255327. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255327

Awoke, N., Dulo, B., & Wudneh, F. (2019). Total Delay in Treatment of Tuberculosis and Associated Factors among New Pulmonary TB Patients in Selected Health Facilities of Gedeo Zone, Southern Ethiopia, 2017/18. *Interdiscip Perspect Infect Dis, 2019*, 2154240. https://doi.org/10.1155/2019/2154240

Belo, M. T., Luiz, R. R., Teixeira, E. G., Hanson, C., & Trajman, A. (2011). Tuberculosis treatment outcomes and socio-economic status: a prospective study in Duque de Caxias, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis, 15*(7), 978-981. https://doi.org/10.5588 /ijtld.10.0706

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Basic TB Facts*. https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm

Colander, D., & Hunt, E. (2022). *Social Science An Introduction to the Study of Society* (18 ed.). Routledge.

Curtis, B. J., Zahs, A., & Kovacs, E. J. (2013). Epigenetic targets for reversing immune defects caused by alcohol exposure. *Alcohol Res, 35*(1), 97-113.

Ebrahimi Kalan, M., Yekrang Sis, H., Kelkar, V., Harrison, S. H., Goins, G. D., Asghari Jafarabadi, M., & Han, J. (2018). The identification of risk factors associated with patient and healthcare system delays in the treatment of tuberculosis in Tabriz, Iran. *BMC Public Health, 18*(1), 174. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5066-9

Ehsanul Huq, K. A. T. M., Moriyama, M., Zaman, K., Chisti, M. J., Long, J., Islam, A., . . . Rahman, M. M. (2018). Health seeking behaviour and delayed management of tuberculosis patients in rural Bangladesh. *BMC Infectious Diseases, 18*(1), 515. https://doi.org/10.1186/s12879-018-3430-0

El-Sony, A., Enarson, D., Khamis, A., Baraka, O., & Bjune, G. (2002). Relation of grading of sputum smears with clinical features of tuberculosis patients in routine practice in Sudan. *Int J Tuberc Lung Dis, 6*(2), 91-97.

Eltayeb, D., Pietersen, E., Engel, M., & Abdullahi, L. (2020). Factors associated with tuberculosis diagnosis and treatment delays in Middle East and North Africa: a systematic review. *East Mediterr Health J, 26*(4), 477-486. https://doi.org/10.26719/2020.26.4.477

Getnet, F., Demissie, M., Worku, A., Gobena, T., Tschopp, R., & Seyoum, B. (2020). Longer Delays in Diagnosis and Treatment of Pulmonary Tuberculosis in Pastoralist Setting, Eastern Ethiopia. *Risk Manag Healthc Policy, 13*, 583-594. https://doi.org/10.2147/rmhp.s258186

Imtiaz, S., Shield, K. D., Roerecke, M., Samokhvalov, A. V., Lönnroth, K., & Rehm, J. (2017). Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease. *Eur Respir J, 50*(1). https://doi.org/10.1183/13993003.00216-2017

Jiang, Y., Luo, L., Gui, M., Liu, L., Lin, Y., Deng, G., . . . Zhang, P. (2022). Duration and Determinants of Delayed Diagnosis with Tuberculosis in Shenzhen, China: A Cross-Sectional Study. *Risk Manag Healthc Policy, 15*, 1473-1481. https://doi.org/10.2147/rmhp.s367998

Kim, J. S., Cross, J. M., & Bamman, M. M. (2005). Impact of resistance loading on myostatin expression and cell cycle regulation in young and older men and women. *Am J Physiol Endocrinol Metab, 288*(6), E1110-1119. https://doi.org/10.1152/ajpendo.00464.2004

Ko, Y., Min, J., Kim, H. W., Koo, H.-K., Oh, J. Y., Jeong, Y.-J., . . . Jang, Y. J. (2022). Time delays and risk factors in the management of patients with active pulmonary tuberculosis: nationwide cohort study. *Scientific Reports, 12*(1), 11355. https://doi.org/10.1038/s41598-022-15264-w

Lienhardt, C., Rowley, J., Manneh, K., Lahai, G., Needham, D., Milligan, P., & McAdam, K. P. (2001). Factors affecting time delay to treatment in a tuberculosis control programme in a sub-Saharan African country: the experience of The Gambia. *Int J Tuberc Lung Dis, 5*(3), 233-239.

Lin, H. H., Ezzati, M., & Murray, M. (2007). Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med, 4*(1), e20. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040020

Meintjes, G., Schoeman, H., Morroni, C., Wilson, D., & Maartens, G. (2008). Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: A cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases, 8*(1), 72. https://doi.org/10.1186/1471-2334-8-72

Mhalu, G., Weiss, M. G., Hella, J., Mhimbira, F., Mahongo, E., Schindler, C., . . . Merten, S. (2019). Explaining patient delay in healthcare seeking and loss to diagnostic follow-up among patients with presumptive tuberculosis in Tanzania: a mixed-methods study. *BMC Health Services Research, 19*(1), 217. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4030-4

Natetida Bunnag. (2564). *วัณโรคยังคงเป็นภัยคุกคามร้ายแรงด้านสุขภาพในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้.* https://www.sdgmove.com/2021/03/26/tb-in-asean/

NHS. (2022) *Tuberculosis (TB).* https://www.nhs.uk/conditions/tuberculosis-tb/#:~:text=Tuberculosis%20(TB)%20is%20a%20bacterial,glands%2C%20bones%20and%20nervous%20system.

Obsa, M. S., Daga, W. B., Wosene, N. G., Gebremedhin, T. D., Edosa, D. C., Dedecho, A. T., . . . Bekele, E. E. (2021). Treatment seeking delay and associated factors among tuberculosis patients attending health facility in Ethiopia from 2000 to 2020: A systematic review and meta analysis. *PLoS One, 16*(7), e0253746. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253746

Oo, M. C., Tun, K. Z., Ko, K. K., & Aung, P. L. (2020). Delayed care-seeking and its underlying factors among patients with tuberculosis in Yangon, Myanmar. *J Infect Dev Ctries, 14*(6), 631-641. https://doi.org/10.3855/jidc.12663

Pai, M., Behr, M. A., Dowdy, D., Dheda, K., Divangahi, M., Boehme, C. C., . . . Raviglione, M. (2016). Tuberculosis. *Nature Reviews Disease Primers, 2*(1), 16076. https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.76

Pasala, S., Barr, T., & Messaoudi, I. (2015). Impact of Alcohol Abuse on the Adaptive Immune System. *Alcohol Res, 37*(2), 185-197.

Peri, A. M., Bernasconi, D. P., Galizzi, N., Matteelli, A., Codecasa, L., Giorgio, V., . . . Lapadula, G. (2018). Determinants of patient and health care services delays for tuberculosis diagnosis in Italy: a cross-sectional observational study. *BMC Infectious Diseases, 18*(1), 690. https://doi.org/10.1186/s12879-018-3609-4

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci, 1136*, 161-171. https://doi.org/10.1196/annals.1425.011

Ponticiello, A., Perna, F., Sturkenboom, M. C., Marchetiello, I., Bocchino, M., & Sanduzzi, A. (2001). Demographic risk factors and lymphocyte populations in patients with tuberculosis and their healthy contacts. *Int J Tuberc Lung Dis, 5*(12), 1148-1155.

Roberts, D. J., Mannes, T., Verlander, N. Q., & Anderson, C. (2020). Factors associated with delay in treatment initiation for pulmonary tuberculosis. *ERJ Open Res, 6*(1). https://doi.org/10.1183/23120541.00161-2019

Seid, A., & Metaferia, Y. (2018). Factors associated with treatment delay among newly diagnosed tuberculosis patients in Dessie city and surroundings, Northern Central Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 18*(1), 931. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5823-9

Shaler, C. R., Horvath, C. N., Jeyanathan, M., & Xing, Z. (2013). Within the Enemy's Camp: contribution of the granuloma to the dissemination, persistence and transmission of Mycobacterium tuberculosis. *Front Immunol, 4*, 30. https://doi.org/10.3389/fimmu.2013.00030

Shiferaw, M. B., & Zegeye, A. M. (2019). Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in Amhara state, Ethiopia. *BMC Health Services Research, 19*(1), 232. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4056-7

Thin, P. P., Mongkolchati, A., & Laosee, O. (2020). Delays in care seeking treatment among persons with new pulmonary tuberculosis in Mandalay District, Central Myanmar. *Journal of Public Health and Development, 18*(1), 9-19. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/AIHD-MU/article/view/240147

Vree, M., Huong, N. T., Duong, B. D., Sy, D. N., Van, L. N., Hung, N. V., . . . Cobelens, F. G. (2007). Survival and relapse rate of tuberculosis patients who successfully completed treatment in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis, 11*(4), 392-397.

Wangdi, K., & Gurung, M. R. (2012). The epidemiology of tuberculosis in Phuentsholing General Hospital: a six-year retrospective study. *BMC Res Notes, 5*, 311. https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-311

World Health Organization. (2022a). *Global tuberculosis report 2022*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729

World Health Organization. (2022b). Tuberculosis. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis

Wu, X. (2011). *Analysis of risk factors for Tuberculosis Recurrence using a population-based TB/HIV integrated surveillance database in Chiang Rai, Thailand.* University of Alberta, Canada. https://era.library.ualberta.ca/ items/8de3db59 - f0f5-4ac8-b01c-184a40b2568d

Sikkhajan, Y., & Sirichokchatchawan, W. (2020). Factors associated with patient delay among tuberculosis patients in border hospitals, Chiang Rai province, Thailand. *Journal of Health Research, 34*(3), 271-277.

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์

The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, ChiangRai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71, (053) 916-551 Fax: (053) 917-170 E-mail: rec.human@mfu.ac.th

หนังสือรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย

COA: 264/2023 **รหัสโครงการวิจัย: EC 23224-18**

ชื่อโครงการวิจัย : ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นาง เกศสุดา เตียนเบ็น

สำนักวิชา: วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย: ทุนส่วนตัว

การรับรอง :

(1) โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 3 มกราคม 2567
(2) เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 3 มกราคม 2567
(3) แบบสอบถาม ฉบับที่ 1 วันที่ 24 ตุลาคม 2566
(4) ข้อมูลประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 3 มกราคม 2567
(5) ผู้วิจัย และผู้วิจัยร่วม
- นาง เกศสุดา เตียนเบ็น
- อาจารย์ ดร. ภมรศรี อินทร์ชน
- อาจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ว่าสอดคล้องกับแนวทางจริยธรรมสากล ได้แก่ ปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) รายงานเบลมองต์ (Belmont Report) แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยในมนุษย์ของสภาองค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี (ICH GCP)

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงร่างการวิจัย: 16 มกราคม 2567
วันสิ้นสุดการรับรอง: 15 มกราคม 2568
ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: 1 ปี

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง แพทย์หญิง แสงแข ชำนาญวนกิจ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, ChiangRai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71, (053) 916-551 Fax (053) 917-170 E-mail: rec.human@mfu.ac.th

CERTIFICATE OF APPROVAL

COA: 264/2023 **Protocol No: EC 23224-18**

Title: Prevalence and factors associated with treatment delay of pulmonary tuberculosis patients in stateless peoples, Chiang Rai, Thailand

Principal investigator: Mrs. Kasesuda Denben

School: Health Science

Funding support: Personal Budget

Approval:

1) Research protocol — Version 2 Date January 3, 2024
2) Information sheet and informed consent documents — Version 2 Date January 3, 2024
3) Questionnaires — Version 1 Date October 24, 2023
4) Research participant recruitment information — Version 2 Date January 3, 2024
5) Principal investigator and Co-investigators
   - Mrs. Kasesuda Denben
   - Lecturer Dr. Pamornsri Inchon
   - Lecturer Dr. Phitsanuruk Kanthawee

The aforementioned documents have been reviewed and approved by the Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research in compliance with international guidelines such as Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use - Good Clinical Practice (ICH GCP)

Date of Approval: January 16, 2024

Date of Expiration: January 15, 2025

Frequency of Continuing Review: 1 year

.....

(Assoc. Prof., Maj. Gen. Sangkae Chamnanvanakij, M.D.)

Chairperson of the Mae Fah Luang Ethics Committee on Human Research

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาและการจัดการความรู้ โทร. ๒๑๔๕

ที่ ชร ๐๐๓๓.๑๐๒/ วิจัย/EC.๒๕๖๗๐๖ วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณา

เรียน นางเกศสุดา เต็นเบิ้ม

ตามที่ท่านขอดำเนินการโครงร่างการวิจัย เรื่อง"ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย"(รหัสโครงการ EC CHI 021/67 Ex) ตามหนังสือบันทึกข้อความมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ อว ๗๗๐๑/๑๔๗๐ ลงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมและดำเนินการวิจัย นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้พิจารณาเอกสารดังกล่าวโดยวิธีพิจารณาแบบเร็ว (Expedited Review) เมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ มีมติรับรอง (Approval) จึงให้ดำเนินการออกเอกสารรับรองโครงการเชิงจริยธรรมสำหรับรอบการอนุญาตโครงการ ระหว่างวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๘ โดยยกเว้นค่าธรรมเนียมการพิจารณาโครงการ และค่าธรรมเนียมการวิจัย ทั้งนี้ต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการฯ และจะต้องแจ้งหรือรายงานสถานะ (Status) ให้คณะกรรมการฯ ทราบเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง

๑. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง รวมถึงอาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ ขอให้แจ้งปิดโครงการพร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วยครบถ้วนการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ขอให้รายงานการนำเสนอผลงานวิจัย และมอบรายงานผลการวิจัยให้โรงพยาบาลฯ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. โครงการวิจัยที่มีการดำเนินการมากกว่า ๑ ปี ขอให้ผู้วิจัยแจ้งต่ออายุโครงการพร้อมรายงานความก้าวหน้าทุกปี

๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัย (Amendment) ต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง

๔. เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยรายงานต่อคณะกรรมการฯ และรายงานเภสัชกรตามระบบ ADR ของโรงพยาบาลเชียงราย ตามมาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติ (SOP) การพิจารณารายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

๕. โครงการที่มีการใช้ยาวิจัยเพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยง หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และสืบค้นได้ว่าผู้ป่วยมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รักษา หรือยาวิจัย ขอให้ผู้วิจัยดำเนินการ

- แจ้งการเปิดโครงการวิจัยต่อกลุ่มงานเภสัชกรรมและชี้แจงขั้นตอนการบริหารจัดการยากับกลุ่มงานเภสัชกรรมอีกครั้ง
- ยาวิจัยที่ใช้ในระยะยาว ให้แจ้งเภสัชกรเพื่อเปิด Code ยาวิจัย
- เมื่อมีการสั่งยาที่ใช้ในการวิจัยควรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน โดยให้ระบุข้อมูลว่าอยู่ในโครงการวิจัยใด ได้ยา code ใด จำนวนเท่าไหร่ ใครเป็นผู้จ่ายยาทุกครั้งที่มีการจ่ายยาให้กับอาสาสมัคร

๖. โครงการวิจัยที่มีการเจาะเลือดและการเก็บสารคัดหลั่ง ผู้ป่วย/อาสาสมัคร หลังได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมแล้ว ก่อนดำเนินการวิจัย ให้ผู้วิจัยประสานหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์เกี่ยวกับขั้นตอนการบริหารจัดการห้องปฏิบัติการอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ

(นายแพทย์ปิติ เหลืบชัยวานิช)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

หมายเหตุ : คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการภายใต้หลัก ICH-GCP และด้านจริยธรรมการวิจัย
โดยกรรมการผู้เกี่ยวข้องไม่มีส่วนร่วมในการพิจารณาโครงการวิจัย

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงผู้ร่วมการวิจัย

1. ชื่อโครงการ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย (Prevalence and factors associated with treatment delay of pulmonary tuberculosis patients in stateless peoples, Chiang Rai, Thailand)

2. สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา คือ คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่งของจังหวัดเชียงราย

3. นักศึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษา

นางเกศสุดา เด็นเบ็น ผู้วิจัยหลัก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์

4. บทนำและเหตุผลในการศึกษาวิจัยของโครงการวิจัยนี้

วัณโรคยังเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน เนื่องจากรายงานขององค์กรอนามัยโลก พบว่าผู้ป่วยยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยประเทศไทยถูกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม ต่อมาในปีพ.ศ.2564 ได้มีการจัดอันดับใหม่ พบว่า ประเทศไทยพ้นจาก 14 ประเทศที่มีภาระด้านวัณโรคสูงที่มีทั้ง 3 กลุ่มตามที่องค์การอนามัยโลกได้จัดไว้เดิม แต่ยังอยู่ในกลุ่มของประเภทที่มีภาระวัณโรค และวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีอยู่รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังโรควัณโรคในประเทศไทย ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ยังพบว่า จังหวัดเชียงรายเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงเป็นอันดับที่ 7 ของประเทศ โดยมีจำนวนผู้ป่วย 886 คน และยังเป็นจังหวัดที่มีอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำสูงเป็นอันดับที่ 7 ของประเทศอีกด้วยโดยคิดเป็น 57.5 คนต่อแสนประชากร (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค, 2564) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ายังคงมีผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งที่ยังหลงเหลืออยู่ในชุมชนที่ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้ ถึงแม้ว่าทางจังหวัดเชียงรายจะดำเนินการพัฒนา ปรับปรุงหรือนำมาเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ในพื้นที่เพื่อควบคุมโรควัณโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบปัจจัย

และข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ส่งผลให้การดำเนินการควบคุมโรควัณโรคในพื้นที่เป็นไปอย่างล่าช้า และส่งผลต่อการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยโรควัณโรค โดยเฉพาะความเป็นบริบทพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายทางด้านศิลปะ วัฒนธรรม ความเชื่อ เชื้อชาติ และการเดินทางเคลื่อนย้ายของแรงงานและประชากรในแนวชายแดน ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เป็นกลุ่มคนสำคัญที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพล่าช้าและทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยหรือรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้กระบวนการรักษาโรคประสบความสำเร็จ

5. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1 เพื่อศึกษาความชุกของการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย

5.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย

6. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย

ผลของการศึกษานี้ อาจไม่เป็นประ โยชน์กับท่าน โดยตรง แต่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ทำให้สามารถได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นการป้องกันความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และ ลดโอกาสเสี่ยงการแพร่กระจายของโรควัณโรค โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

7. ระยะเวลาในการวิจัย

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ตุลาคม 2566 – 31 ตุลาคม 2567

ภาคผนวก ค

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย

ชื่อผู้วิจัย นางเกศสุดา เด็นเบ็น

ที่อยู่ที่ติดต่อ 412/22 หมู่ 1 ตำบลริมกก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 086-199-2323

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดในเรื่อง ที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รวมถึงรายละเอียดในขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการทำวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียด เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ ผู้วิจัย ได้ให้คำอธิบายจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ถามคำถาม โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และได้รับการทดสอบก่อนนำมาใช้จริง

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาหรือการรับบริการที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจในทุกประการแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจจึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

ลงชื่อ	ลงชื่อ
.....	.....
(.....)	(.....)
ผู้ให้ความยินยอม	พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อผู้อธิบาย

.....

(.....)

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าพยานทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

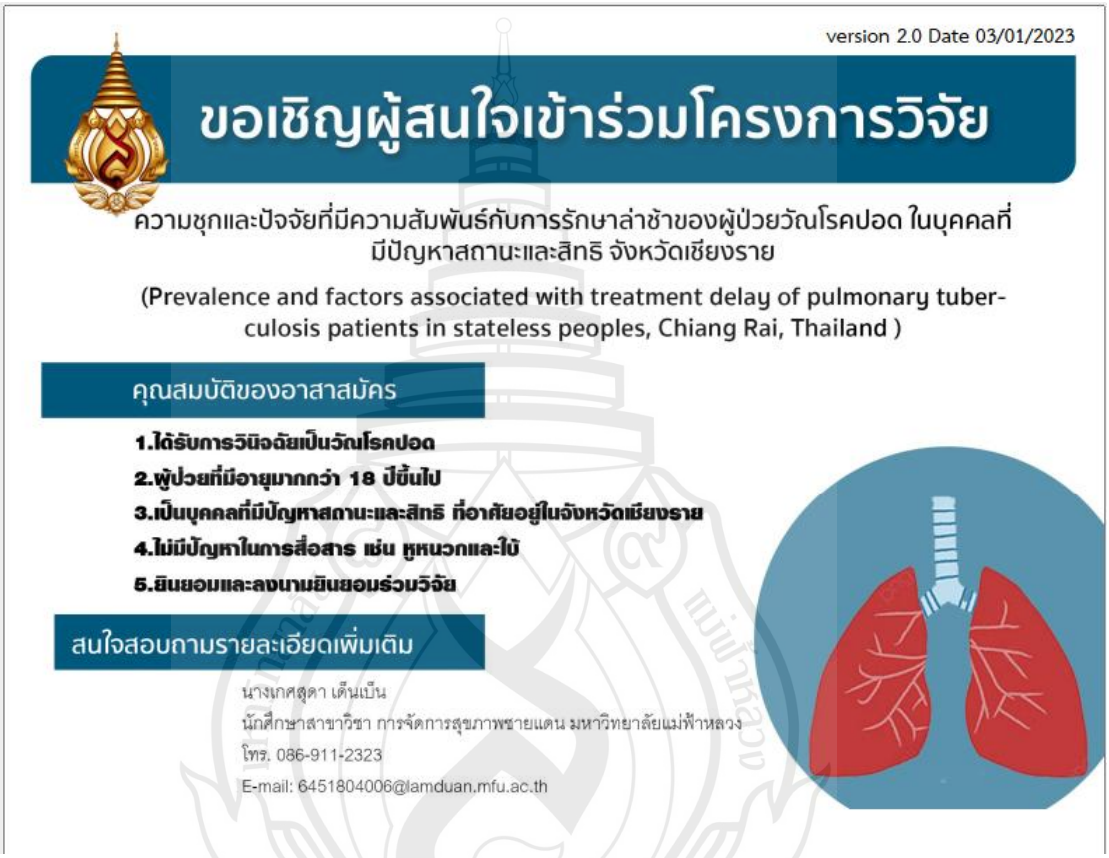
ลงชื่อ.....

(นางเกศสุดา เด็นเบ็น)

ผู้วิจัยหลัก

ภาคผนวก ง

ใบประกาศเชิญชวน



version 2.0 Date 03/01/2023

ขอเชิญผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย

(Prevalence and factors associated with treatment delay of pulmonary tuberculosis patients in stateless peoples, Chiang Rai, Thailand)

คุณสมบัติของอาสาสมัคร

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด
2. ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
3. เป็นบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย
4. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร เช่น หูหนวกและใบ้
5. ยินยอมและลงนามยินยอมร่วมวิจัย

สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

นางเกศสุดา เต็นเบ็น
นักศึกษาสาขาวิชา การจัดการสุขภาพชายแดน มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
โทร. 086-911-2323
E-mail: 6451804006@lamduan.mfu.ac.th

ภาคผนวก จ

แบบสอบถาม

แบบสอบถามผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้าร่วมการวิจัย เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ในคนที่มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง

ผู้ตอบแบบสอบถาม โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ที่สุด ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนางานวัณโรคต่อไป

แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรค จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ การแสวงหาการรักษาก่อนมาพบแพทย์ จำนวน 5 ข้อ, ปัจจัยด้านสังคม ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ และปัจจัยด้านระบบบริการจำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติม

ผู้วิจัยขอความกรุณาให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ตามความเป็นจริง และขอรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ โดยไม่ต้องเขียนชื่อและที่อยู่ ซึ่งข้อมูลที่ท่านได้ให้กับผู้วิจัยนั้น ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ในแบบภาพรวมของโครงการเท่านั้น ขอให้ท่านตอบให้ครบทุกข้อ ตามประเด็นนั้น ๆ เนื่องจาก หากไม่ตอบทุกข้อคำถาม จะไม่สามารถนำคำตอบไปวิเคราะห์ผลการศึกษาในภาพรวมได้

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

นางเกศสุดา เต็นเบ็น

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

โทร.086-911-2323 Email.6451804006@lamduan.mfu.ac.th

คำชี้แจง ผู้ตอบแบบสอบถาม โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ที่สุด ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนางานวัณโรคต่อไป

1. เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง

2. อายุ (นับจำนวนเต็มเป็นปี).....ปี

3. สถานภาพสมรส

[ ] โสด [ ] คู่

[ ] หย่า/แยกกันอยู่ [ ] หม้าย

4. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด (หรือเทียบเท่า)

[ ] ไม่ได้เรียนหนังสือ [ ] อาชีวศึกษา/อนุปริญญา

[ ] ประถมศึกษา [ ] ปริญญาตรี

[ ] มัธยมศึกษา [ ] สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

[ ] รับจ้าง [ ] เกษตรกร

[ ] ธุรกิจส่วนตัว [ ] ไม่ได้ทำงาน

[ ] อื่น ๆ (ระบุ).....

6. รายได้ปัจจุบัน (ระบุ).....บาท/เดือน

7. สัญชาติ

[ ] ไทย [ ] พม่า

[ ] ลาว [ ] อื่น ๆ (ระบุ).....

[ ] กลุ่มชาติพันธ์หรือชนเผ่า (ระบุ).....

8. สิทธิการรักษาพยาบาล

[ ] ชำระเงินเอง [ ] หลักประกันสุขภาพ

[ ] ประกันสังคม [ ] อื่น ๆ(ระบุ).....

[ ] สวัสดิการการรักษาของข้าราชการ

[ ] ผู้ที่มีปัญหาสิทธิ์และสถานะ

9. อาการสำคัญเริ่มต้นของวัณโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[ ] ไอ [ ] ไอเป็นเลือด

[ ] ไข้ [ ] น้ำหนักลด

[ ] เหงื่อออกตอนกลางคืน [ ] เจ็บหน้าอก

[ ] อ่อนเพลีย [ ] อื่น ๆ(ระบุ).....

10. อาการของวัณโรคเริ่มต้นเมื่อไร(ระบุ) .....เดือน.....ปี

11. เข้ารับการรักษาครั้งแรกเมื่อไร(ระบุ).....เดือน.....ปี

12. วันที่เริ่มยารักษาวัณโรค.....(นักวิจัยเป็นผู้ตอบโดยดูจากเวชระเบียนของผู้ตอบแบบสอบถาม)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

คำชี้แจง : กรุณาเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงใน ☐ ในแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	คำถาม	ถูก	ผิด
13.	อาการที่น่าสงสัยที่สุดของวัณโรคปอด คือ ไข้ไอ หรือไอเป็นเลือด น้ำหนักลด		
14.	วัณโรคเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม		
15.	วัณโรคเป็นโรคติดต่อ		
16.	วัณโรคสามารถติดต่อได้จากการสัมผัสตัวผู้ป่วย		
17.	วัณโรคสามารถรักษาได้		
18.	วัณโรคส่วนใหญ่สามารถหายได้เอง		
19.	การรักษาวัณโรคส่วนใหญ่ใช้เวลารักษานาน 6 เดือน		
20.	หากไม่รักษาวัณโรคมีโอกาสที่จะเสียชีวิตได้		
21.	หลังจากกินยาวัณโรค ปัสสาวะของท่านเป็นสีส้มหรือสีแดง		
22.	ท่านสามารถรับการตรวจวัณโรคได้จากโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศที่อยู่ในหน่วยงานของรัฐ		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติต่อวัณโรค

คำชี้แจง : กรุณาเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงใน ☐ ในแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
23.	ท่านคิดว่า ท่านป่วยเป็นวัณโรคปอดนั้น แพทย์วินิจฉัยได้ถูกต้อง					
24.	ท่านคิดว่า การกินยารักษาวัณโรคจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายอย่างตามมา					
25.	ท่านคิดว่าจะหยุดกินยา หากรู้สึกไม่สบาย เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีผื่นคัน โดยไม่กลับไปพบแพทย์					
26.	ท่านคิดว่า สามารถหยุดยาได้เองเมื่ออาการดีขึ้น					
27.	ท่านคิดว่า ระหว่างการรักษา สามารถเดินทางเข้าไปชุมชนได้ตามปกติ โดยไม่จำเป็นต้องใส่หน้ากากอนามัย					
28.	ท่านคิดว่า การป่วยเป็นวัณโรคปอด ส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตของท่าน					
29.	ท่านกล้าที่จะบอกคนใกล้ชิด ว่าท่านกำลังป่วยเป็นวัณโรค					
30.	ท่านคิดว่า คนรอบข้างจะหลีกเลี่ยงพบเจอ หากรู้ว่าท่านป่วยเป็นวัณโรคปอด					
31.	ท่านป้องกันตัวเองและป้องกันสมาชิกในครอบครัวติดวัณโรค หลังจากทราบว่าท่านเป็นวัณโรค					
32.	ท่านคิดว่าการที่มีผู้ป่วยวัณโรคปอดในบ้าน ควรพาสมาชิกในบ้านไปพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองวัณโรค					

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ การแสวงหาการรักษาก่อนมาพบแพทย์, ปัจจัยด้านสังคม, ที่อยู่อาศัย, สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการ

คำชี้แจง ผู้ตอบแบบสอบถาม โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ที่สุด ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนางานวัณโรคต่อไป

33. ก่อนที่ท่านจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ท่านได้ไปรับการรักษาหรือแสวงหาการรักษาที่ใดบ้าง (ตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ)

[ ] มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตั้งแต่ครั้งแรก
[ ] ซื้อยากินเอง (ยาแผนปัจจุบันหรือยาสมุนไพร)
[ ] ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก
[ ] ไปรักษาที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน
[ ] หมอพื้นบ้าน
[ ] หมอผี/ไสยศาสตร์
[ ] อื่น ๆ(ระบุ).....

34. ทุกครั้งที่ท่านเริ่มมีอาการไม่สบาย ท่านจะดูแลรักษาตัวเองอย่าไร

[ ] รับการรักษาที่โรงพยาบาล/สถานีอนามัยใกล้บ้าน
[ ] ซื้อยากินเอง (ยาแผนปัจจุบันหรือยาสมุนไพร)
[ ] ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก
[ ] สังเกตอาการตนเองที่บ้าน
[ ] หมอพื้นบ้าน
[ ] หมอผี/ไสยศาสตร์
[ ] อื่น ๆ(ระบุ).....

35. เมื่อท่านมีอาการไม่สบาย ท่านจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อใด

[ ] เริ่มมีอาการป่วย
[ ] ซื้อยากินเองแล้วไม่หาย
[ ] ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกแล้วอาการไม่ดีขึ้น
[ ] เมื่อมีอาการหนักแล้ว
[ ] อื่น ๆ(ระบุ).....

36. ก่อนที่ท่านจะทราบว่าเป็นวัณโรคปอดท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
ไม่เคยดื่ม อื่น ๆ (โปรดระบุ)

[ ] ดื่มเป็นประจำ [ ] ดื่มนาน ๆ ครั้ง
[ ] ไม่เคยดื่ม [ ] อื่น (ระบุ).....

37. ก่อนที่ท่านจะทราบว่าเป็นวัณโรคปอด ท่านสูบบุรี่ (รวมถึงบุหรี่มวนเอง) หรือไม่

[ ] สูบเป็นประจำ [ ] สูบนาน ๆ ครั้ง
[ ] ไม่เคยสูบ [ ] อื่น (ระบุ).....

38. การเดินทางไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

[ ] เดิน [ ] จักรยาน
[ ] มอเตอร์ไซค์ [ ] รถยนต์
[ ] รถประจำทาง [ ] อื่น ๆ(ระบุ).....

39. ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุด (ระบุ).....กม.

40. ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุด (ระบุ).....นาที/ชม.

41. บุคคลที่ดุแลท่าน เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือไม่สบาย

[ ] ดูแลตนเอง [ ] คู่สมรส
[ ] บิดา มารดา [ ] บุตรหลาน
[ ] เพื่อน/คนรู้จัก [ ] อื่น ๆ(ระบุ).....

42. เมื่อทราบว่าท่านป่วยเป็นวัณโรค ท่านรู้สึกว่าคนรอบข้างของท่านรังเกียจหรือไม่

[ ] รังเกียจ อย่างไร ระบุ.....
[ ] ไม่รังเกียจ
[ ] ไม่ทราบ

43. เหตุผลที่ท่านเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้

[ ] สะดวก รวดเร็ว [ ] ใกล้บ้าน/ที่พัก
[ ] ตามสิทธิ์การรักษา [ ] ราคาถูก
[ ] บริการดี [ ] มีเครื่องมือที่ทันสมัย
[ ] อื่น ๆ(ระบุ).....

44. ท่านทราบหรือไม่ว่า โรงพยาบาลแห่งนี้มีแพทย์เฉพาะทางในการรักษาวัณโรค

[ ] มี

[ ] ไม่มี

[ ] ไม่ทราบ

45. โรงพยาบาลแห่งนี้มีคลินิกวัณโรคนอกเวลาหรือไม่

[ ] มี

[ ] ไม่มี

[ ] ไม่ทราบ

46. ท่านได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับวัณโรคหรือไม่

[ ] ได้รับและเข้าใจดี

[ ] ได้รับ แต่ไม่เข้าใจ

[ ] ไม่ได้รับ

47. ท่านได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคหรือไม่

[ ] เคย

[ ] ไม่เคย

[ ] ไม่ทราบ

48. ท่านมีอุปสรรคในการมารับการรักษาวัณโรคด้านอื่นอีกหรือไม่

โปรดระบุ .....

ภาคผนวก ฉ

ความเที่ยงตรง (Validity) และ ความเชื่อมั่น (Reliability) สรุปผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของผู้ทรงคุณวุฒิ

ร่างแบบสอบถามเพื่อการวิจัย (IOC)

เรื่อง "แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาเรื่อง "ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของ ป่วยวัณโรคปอดในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย"

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ อยู่ในขั้นตอนการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จังหวัดเชียงราย

2. แบบสอบถามฉบับนี้มุ่งตรวจสอบ เพื่อหาค่าความเที่ยวตรง (Validity) โดยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดกล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของแบบสอบถามและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำไปปรับปรุงแบบสอบถามให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3. แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้/การตระหนักถึงวัณโรคมี จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเมื่อเริ่มมีอาการ, ปัจจัยด้านสังคม ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม, ปัจจัยด้านระบบบริการ จำนวน 16 ข้อ

4. ขอความกรุณาผู้ทรงคุณวุฒิหรือท่านผู้เชียวชาญ ช่วยพิจารณาร่างแบบสอบถามว่ามีความสอดคล้องกับตัวแปรของการวิจัยเรื่องนี้หรือไม่ ด้วยการ ให้คะแนนในแต่ละ ข้อคำถามในระบบ IOC โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

เกณฑ์การให้คะแนนในระบบ IOC

1) ให้ 1 คะแนน เมื่อแน่ใจว่าข้อนั้นมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

2) ให้ 0 คะแนน เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อนั้นมีเนื้อหาที่สอดคล้องตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

3) ให้ -1 คะแนน เมื่อแน่ใจว่าข้อนั้นมีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

5. ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ ให้ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่สมบูรณ์ โดยการเขียนข้อเสนอแนะไว้ท้ายข้อความนั้น ๆ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความกรุณาของท่านมานโอกาสนี้

นางเกศสุดา เด็นเบ็น
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
โทร.086-911-2323 Email.6451804006@lamduan.mfu.ac.th

รายนามกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการศึกษาวิจัย

1. นพ.ประฤทธิ์ ปรีชามาตย์ แพทย์ประจำคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลแม่จัน, หัวหน้าองค์กรแพทย์โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย
2. นายณัฐกานต์ ปวะบุตรอาจารย์ รองหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย
3. นางผกามาศ คำบัว หัวหน้างานคลินิกรักษ์ปอด (คลินิกวัณโรค) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 โดยแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องเท่ากับ 1

แบบสอบถามปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องเท่ากับ 1

แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้/การตระหนักถึงวัณโรค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องเท่ากับ 1

แบบสอบถามแบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเมื่อเริ่มมีอาการ, ปัจจัยด้านสังคม ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม, ปัจจัยด้านระบบบริการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องเท่ากับ 0.93

สรุปผลการแสดงความคิดเห็นของกรรมการผู้เชี่ยวชาญ แปลผลว่า **ใช้ได้**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรค

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม: กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [ ] หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับข้อมูลความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

คำชี้แจงสำหรับผู้เชี่ยวชาญ: โปรดพิจารณาว่าข้อความเกี่ยวกับสถานภาพผู้ตอบเหมาะสมหรือไม่อย่างไร

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3			รวมคะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
5			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
7			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
11			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
12			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

$$IOC = \frac{(1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1)}{12}$$

IOC = 1

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม: กรุณาเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงใน □ ในแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

คำชี้แจงสำหรับผู้เชี่ยวชาญ: โปรดพิจารณาว่าข้อความเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคเหมาะสมหรือไม่อย่างไร

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3			รวมคะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
13			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
14			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
15			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
16			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
17			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
18			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
19			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
20			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
21			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
22			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

$$IOC = \frac{(1+1+1+1+1+1+1+1+1+1)}{10}$$

IOC = 1

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้/การตระหนักถึงวัณโรค

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม: กรุณาเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงใน □ ในแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

คำชี้แจงสำหรับผู้เชี่ยวชาญ: โปรดพิจารณาว่าข้อความเกี่ยวกับความตระหนักในเรื่องของวัณโรคเหมาะสมหรือไม่อย่างไร

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3			รวมคะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
23			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
24			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
25			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
26			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
27			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
28			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
29			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
30			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
31			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
32			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

$$IOC = \frac{(1+1+1+1+1+1+1+1+1+1)}{10}$$

IOC = 1

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา เมื่อเริ่มมีอาการ, ปัจจัยด้านสังคม ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม, ปัจจัยด้านระบบบริการ

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม: กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน [ ] ในแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

คำชี้แจงสำหรับผู้เชี่ยวชาญ: โปรดพิจารณาว่าข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเมื่อเริ่มมีอาการป่วย ก่อนการวินิจฉัยวัณโรค เหมาะสมหรือไม่อย่างไร

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3			รวมคะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
33			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
34	✓					✓			✓	2	0.66	ใช้ได้
35			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
36			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
37			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
38			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
39			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
40			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
41			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
42			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
43			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
44			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
45			✓	✓			✓			1	0.33	ปรับปรุง
46			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
47			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
48			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

$$IOC = \frac{(1+0.66+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+0.33+1+1+1)}{16}$$

IOC = 0.93

หมายเหตุ. - ข้อที่ 45 ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

ประวัติผู้ประพันธ์

ชื่อ	เกศสุดา เด็นเบ็น
ประวัติการศึกษา	
2543	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลำปาง
ประวัติการทำงาน	
2563 – ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัด เชียงราย
2560 - 2563	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย
2543 - 2560	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง