

ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในผู้สัมผัส ร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ จังหวัดเชียงราย

จตุพร พิริยะเกษม* สบ., พิชญรักษ์ กันทวิ** ปรด. และ อมรรัตน์ อนุวัฒน์นภกษัต** ปรด.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา

ไวรัสเป็นโรคติดต่อสำคัญที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีปัญหาด้านไวรัสเป็นลำดับที่ 26 จาก 30 กลุ่มประเทศในโลกที่ยังมีปัญหาด้านไวรัสสูง จังหวัดเชียงรายมีจำนวนผู้ป่วยไวรัสสูงเป็นลำดับที่ 1 ของภาคเหนือ ผู้สัมผัสใกล้ชิดจะมีโอกาสได้รับเชื้อไวรัสจากการที่ผู้ป่วย ไอ จาม และไม่ได้ป้องกันมากที่สุด ทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไวรัสได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยไวรัสที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ จะทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อทางระบบทางเดินหายใจได้มาก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Case-Control ในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ที่มีผลเสมหะพบเชื้อและไม่พบเชื้อในจังหวัดเชียงราย ใช้แบบคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านและแบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลซึ่งผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัว คือ 0.718 0.712 และ 0.725

ผลการศึกษา

ผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด 125 ราย เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 50.4) และผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ 62 ราย (ร้อยละ 49.6) จากผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ที่เป็น index cases จำนวน 59 ราย สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:2 มีฐานอายุ คือ 42.0 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ผู้สัมผัสร่วมบ้านส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา และบุตร และความถี่ในการสัมผัสผู้ป่วยโรคมามากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 27.2) ทั้งนี้ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคปอดที่มีเสมหะพบเชื้อ และไม่มีเสมหะพบเชื้อไม่มีความแตกต่างกันของระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการติดเชื้อไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลและเสนอแนะ

ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามปัจจัยอื่น ๆ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดเชื้อไวรัสระยะแฝงได้ โดยเฉพาะหากกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่อายุน้อยกว่า 14 ปี หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะต้องได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดอัตราการติดเชื้อไวรัสรวมถึงการป่วยเป็นไวรัส

คำสำคัญ ไวรัสปอด ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว

* นักศึกษาบัณฑิตศึกษา สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

** สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE ABOUT PREVENTION OF TB INFECTION AMONG HOUSEHOLD CONTACTS OF NEW PULMONARY TB PATIENTS, CHIANG RAI

Chatuporn Phantakasaem* B.PH, Phitsanuruk Kanthawee** Ph.D. and Amomrat Anuwatnonthakate**Ph.D.

*email: C.Phantakasaem@hotmail.com

ABSTRACT

BACKGROUND

Tuberculosis (TB) is a major communicable disease that is a public health problem. It causes morbidity and motility rate in many countries. Thailand is ranked 26th among TB affected countries out of 30 countries. Chiang Rai province has the highest of TB patients in the Northern region. TB is a human-to-human transmission of the disease. People who are infected with TB will become ill. People who are close to each other will have the chance to get TB from cough and sneeze that risk for TB is easily. In particular, tuberculosis patients who are in the transmission phase will spread the infection.

OBJECTIVE

to study the knowledge, attitude and the practice about prevention of TB infection among household contacts of new pulmonary tuberculin (PTB) Chiang rai.

METHODS

Case-control study among household contacts of new PTB Chiang rai province.

The questionnaire was used to collect data, which tested the reliability of the interview. Cronbach's alpha coefficient, knowledge, attitude and practice were 0.718, 0.712, and 0.725.

RESULTS

A total 125 household contacts from 59 index cases of new PTB patients, 63 cases (50.4%) were household contacts of PTB smear positive and 62 cases (49.6%) were household contacts of PTB smear negative. The ratio of male to female was 1:2, median of age was 42.90 years. Most of all was elementary education, Relationships are husband or wife and their children and frequency of time contact index case more than 6 hr. /day (27.2%) The knowledge, attitudes and behaviors to prevent TB infection were not statistically significant.

CONCLUSTONS AND DISCUSSIONS

Knowledge, Attitude and Practice among household contacts of new PTB smear positive and PTB smear negative were not statistically significant. Especially if the sample is a child under the age of 14 or an HIV-infected person. Patients should be screened and monitored regularly to reduce the incidence of tuberculosis, including tuberculosis.

KEYWORDS : Pulmonary TB, household contacts, TB Knowledge, attitude, and practice

*Public Health Program, School of Health Science, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

**School of Health Science, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

ความเป็นมา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อสำคัญที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ทั้งยังเป็นสาเหตุการป่วยและการตายในหลาย ประเทศทั่วโลก ประเทศไทยอยู่ในประเทศที่มีปัญหาด้านวัณโรคเป็นลำดับที่ 26 จาก 30 ประเทศทั่วโลก ปี 2558-2560 จังหวัดเชียงรายมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียน 1,518 1,414 1,555 ราย โดยอัตราป่วยต่อแสนประชากร คือ 125.67 110.63 และ 121.24 ตามลำดับ นอกจากนี้ อัตราการรักษาสำเร็จในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาจังหวัดเชียงรายมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ ร้อยละ 85 โดยมีอัตราการรักษาสำเร็จที่ ร้อยละ 70.52 77.87 และ 58.76¹⁻³

วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อ Mycobacterium Tuberculosis (MTB) การติดต่อระหว่างคนสู่คนเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ ไอ จาม โดยไม่ปิดปากและจาม ทำให้ละอองเสมหะขนาดเล็ก (Droplet Nuclei) พุ้งกระจายในอากาศ เมื่อผู้อื่นสูดหายใจเอาละอองเสมหะ ที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป ทำให้เชื้อวัณโรคสามารถเข้าถึงถุงลมในปอดได้ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 70 จะไม่ติดเชื้อวัณโรค และร้อยละ 30 ที่ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง โดยทั่วไปร้อยละ 90 จะไม่มีการผิดปกติใด ๆ หลังจากการสัมผัสเชื้อวัณโรค ซึ่งไม่ป่วยเป็นวัณโรคและไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ มีเพียงร้อยละ 10 ของวัณโรคระยะแฝงเท่านั้นที่จะป่วยเป็นวัณโรค โดยร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปี อีกร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคหลังจาก 2 ปี ที่ติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคมานานโดยธรรมชาติของวัณโรคผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 50-65 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาหรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่หายและไม่เสียชีวิตสามารถแพร่เชื้อต่อให้ผู้อื่นไปได้เรื่อย ๆ

ผู้สัมผัสร่วมบ้านจะมีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรคจากการที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดไอจามและไม่ได้ป้องกันมากที่สุดทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรควัณโรคได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อจะทำให้

มีการแพร่กระจายเชื้อได้มาก⁴⁻⁵ ผู้ที่รับเชื้อวัณโรคเข้าไปส่วนหนึ่งจะเป็น Latent TB infection (LTBI) หรือการติดเชื้อระยะแฝงซึ่งยังไม่มีอาการแสดง แต่จะทำให้ผลการตรวจทดสอบทางผิวหนัง Tuberculin Skin Test (TST) เป็นบวก และสามารถพัฒนาไปเป็นวัณโรคได้⁶⁻⁷ ผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นผู้ที่ต้องอยู่กับผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะหากความสัมพันธ์ระหว่างผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยนั้นเป็นสามีหรือภรรยาที่ต้องสัมผัสใกล้ชิดกันในช่วงของการป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนกว่าที่จะรู้ว่าตัวเองนั้นป่วยเป็นวัณโรคปอดนั้นก็ใช้ระยะเวลานานหรือหากไม่ตระหนักเพื่อที่จะรักษาวัณโรคปอดด้วยแล้ว ผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคได้สูงกว่าคนทั่วไป และหากผู้สัมผัสร่วมบ้านมีโรคประจำตัวหรือมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย กล่าวคือ การติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้โอกาสในการติดเชื้อและเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันปกติ ประมาณ 20-30 เท่า โดยผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค ร้อยละ 50⁸ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดเชียงราย เพื่อข้อมูลเหล่านี้จะนำไปใช้ในการวางแผนสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลรักษา และป้องกันโรคไม่ให้ลุกลามเป็นวัณโรคโดยเฉพาะชนิดรุนแรงและแพร่กระจายได้ หรือวัณโรคดื้อยา และวัณโรคดื้อยาหลายขนานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว ในการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดเชียงราย

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลการตรวจเสมหะเป็นบวกและลบ และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นวัณโรคปอดรายใหม่

ผู้สัมผัสร่วมบ้าน หมายถึง บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอด อาจจะเป็นสามีหรือภรรยา บิดา มารดา บุตรหลาน หรือญาติที่อยู่ร่วมชายคาที่อยู่อาศัยกับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โดยอาศัยอยู่กับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่อย่างน้อย 1 สัปดาห์

เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่ ไม่มีการขยายตัวของวัณโรคและเอกซเรย์ปอดปกติและทูเบอร์คูลินมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มิลลิเมตรขึ้นไป

ในบุคคลปกติทั่วไป และผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่มีการขยายตัวของวัณโรคและเอกซเรย์ปอดปกติและทูเบอร์คูลินมากกว่าหรือเท่ากับ 5 มิลลิเมตรขึ้นไปในบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี

รูปแบบวิธีวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบ Case-Control เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดเชียงราย

กำหนดสัดส่วนกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มเปรียบเทียบ

1 ต่อ 2 ประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอด เสมหะรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยมีการผลตรวจเสมหะทางห้องปฏิบัติการ และขึ้นทะเบียนรักษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยมีผลการตรวจเสมหะทางห้องปฏิบัติการและขึ้นทะเบียนการรักษาใน จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 มกราคม 2561 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

กลุ่มศึกษา (Case)

1. เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ โดยที่แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ และอยู่ในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษา

2. เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงราย ไม่มีการอพยพย้ายถิ่นฐาน สามารถติดตามตัวได้

3. มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

4. เป็นบุคคลที่สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจในภาษาไทยได้

กลุ่มเปรียบเทียบ (Control)

1. เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ โดยที่แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ และอยู่ในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษา

2. เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงราย ไม่มีการอพยพย้ายถิ่นฐาน สามารถติดตามตัวได้

3. มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

4. เป็นบุคคลที่สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจในภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก

1. เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อนและได้รับการรักษา

2. เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เคยได้รับการทดสอบทางผิวหนังและให้ผลเป็นบวก

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ใช้สูตรการคำนวณของ James J. Schlesselman's formula โดยกำหนดอัตราส่วนของ Case และ Control เป็น 1:1 โดยมีสูตรดังนี้

เมื่อคำนวณแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของจำนวน 120 คน สามารถประมาณค่าได้ โดยมีความผิดพลาดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เพิ่มเติมเพื่อลดความผิดพลาดในการคำนวณร้อยละ 10 จะได้อีก 12 คน จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็นทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ผลการตรวจเสมหะ การติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดวัณโรค

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ประกอบไปด้วย การได้รับวัคซีน BCG โรคประจำตัว ผลการติดเชื้อเอชไอวี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวัณโรค ความถี่/จำนวนชั่วโมงที่สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค จำนวนหน้าต่างที่เปิด จำนวนห้องภายในบ้าน จำนวนคนต่อห้อง

2. แบบคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบไปด้วย

2.1 ประเภทของความเสีย

2.2 อาการ และอาการแสดงที่พบ

2.3 เกณฑ์การส่งตรวจ Sputum AFB/CXR

และผลการตรวจ Sputum AFB/CXR

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยได้สำรวจความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนและลงรหัสข้อมูล ทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2559 เลขที่ REH-59133 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560 เลขที่ 16/2560

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 125 ราย สัดส่วน

เพศชาย : เพศหญิง 1:1 มัธยฐานของอายุ คือ 42 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 88 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.40 สถานภาพสมรส/คู่ มัธยฐานรายได้ 7,000 บาท รายได้ต่ำสุด 0 บาท รายได้สูงสุด 40,000 บาท

ปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ประกอบด้วย ระยะเวลาความถี่ในการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ สัมผัสมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 27.20 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสามีภรรยาและบุตร ร้อยละ 26.4 และ 27.2 ผู้สัมผัสร่วมบ้านร้อยละ 61.60 ได้รับวัคซีน BCG และมีผลเป็นจากการฉีดวัคซีน ร้อยละ 56.80 ผู้สัมผัสร่วมบ้านร้อยละ 96.80 ไม่เคยตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 84.8 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นผู้มีโรคประจำตัว ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียว ยกใต้ถุนสูง ร้อยละ 53.60 และอาศัยอยู่หลังคาเดียวกันกับผู้ป่วยร้อยละ 64.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสร่วมบ้านจำแนกตามผู้ป่วยวัณโรคและผลเสมหะ (index cases)

ตัวแปร	N = 125	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	47	37.60
หญิง	78	62.40
อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	57	45.60
40-64 ปี	53	42.40
65 ปี ขึ้นไป	15	12.00
อายุมัธยฐาน 42 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 86 ปี IQR(Q1-Q3) = (43.50-66.00)		
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	20	16.00
ประถมศึกษา	58	46.40
มัธยมศึกษา	28	22.40
สูงกว่ามัธยมศึกษา	19	15.20
สถานภาพสมรส		
โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่	38	30.40
สมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน	87	69.60
รายได้ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	39	31.20
5,001-9,999 บาท	65	52.00
มากกว่า 10,000 บาท	21	16.80
มัธยฐานรายได้ 6,000 บาท IQR(Q1-Q3) = (700-9,000) รายได้ต่ำสุด 0 บาท รายได้สูงสุด 40,000 บาท		
ความถี่/ระยะเวลา ในการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่		
น้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน	16	12.80
2.01-3.00 ชั่วโมงต่อวัน	32	25.60
3.01-4.00 ชั่วโมงต่อวัน	19	15.20
4.01-5.00 ชั่วโมงต่อวัน	14	11.20
5.01-6.00 ชั่วโมงต่อวัน	10	8.00
มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน	34	27.20
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่		
สามี/ภรรยา	33	26.40
บุตร	34	27.20
หลาน/เหลน	12	9.60
ลูกสะใภ้/ลูกเขย	11	8.80
ญาติ	24	19.20
บิดา/มารดา	11	8.80
การได้รับวัคซีน BCG		
ได้รับ	77	61.60
ไม่ได้รับ	4	3.20
ไม่มีการบันทึก/ไม่ทราบ	44	35.20
รอยแผลเป็นจากการได้รับวัคซีน BCG		
มีแผลเป็น	71	56.80
ไม่มีแผลเป็น	54	43.20

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	N = 125	ร้อยละ
สถานการติดเชื้อเอชไอวี		
ติดเชื้อเอชไอวี	2	1.60
ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	2	1.60
ไม่เคยตรวจ	121	96.80
โรคประจำตัว		
ไม่มี	106	84.80
มี	19	15.20
โรคเบาหวาน	7	36.84
โรคความดันโลหิตสูง	3	15.79
โรคเกาต์	1	5.26
โรคหัวใจ	2	10.53
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	2	10.53
โรคภูมิแพ้	1	5.26
โรคหอบหืด	2	10.53
โรคทางจิตเวช	1	5.26
ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย		
บ้านชั้นเดียว	42	33.60
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนสูง	67	53.60
บ้านสองชั้น	14	11.20
ห้องเช่า/หอพัก/อพาร์ทเมนต์	2	1.60
การอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Index Case)		
คนละหลังคาเรือน	45	36.00
หลังคาเรือนเดียวกัน	80	64.00
จำนวนหน้าต่างที่เปิด		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 บาน	41	32.80
11-20 บาน	72	57.60
มากกว่า 20 บานขึ้นไป	12	9.60
จำนวนคนที่นอนห้องเดียวกัน		
นอน 1 คน	53	42.40
นอน 2 คนขึ้นไป	72	57.60
จำนวนห้องนอน		
1 ห้อง	16	12.80
2 ห้อง	39	31.20
มากกว่า 2 ห้องนอนขึ้นไป	70	56.00
ขนาดห้องนอน (ตารางเมตร)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ตารางเมตร	48	38.40
12.01 – 24.99 ตารางเมตร	56	44.80
มากกว่าหรือเท่ากับ 25 ตารางเมตร	21	16.80
ผลการทดสอบผิวหนัง (Tuberculin Skin Test)		
ปกติ (เส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 10 มม.)	124	98.75
ผิดปกติ (เส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า หรือเท่ากับ 10 มม.)	1	1.25

ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันตัวในการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง ความรู้ระดับปานกลาง และความรู้ระดับต่ำ ซึ่งผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความรู้อยู่ที่ร้อยละ 41.60 24.00 และ 34.40 ตามลำดับ ทักษะการป้องกันโรคและการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำแนกได้ 2 ระดับ คือ ทักษะระดับน้อย

และทักษะระดับปานกลาง อยู่ที่ร้อยละ 50.40 และ 49.60 ในส่วนการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำแนกได้ 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมระดับต่ำ มีพฤติกรรมระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมระดับสูง อยู่ที่ร้อยละ 12.80 77.60 และ 9.60 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ ทักษะ การป้องกันโรค และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่

ตัวแปร	N = 125	ร้อยละ
ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการติดเชื้อโรค		
ความรู้ระดับต่ำ	43	34.40
ความรู้ระดับปานกลาง	30	24.00
ความรู้ระดับสูง	52	41.60
ทักษะการป้องกันโรคและการป้องกันการติดเชื้อโรค		
ทักษะระดับน้อย	63	50.40
ทักษะระดับปานกลาง	62	49.60
การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโรค		
มีพฤติกรรมป้องกันระดับต่ำ	16	12.80
มีพฤติกรรมป้องกันระดับปานกลาง	97	77.60
มีพฤติกรรมป้องกันระดับสูง	12	9.60

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ (KAP) ในผู้สัมผัสร่วมบ้านจำแนกตามผู้ป่วยโรค (Index Cases) ของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยจำแนกตามลักษณะของ

ผู้ป่วยโรคและผลตรวจเสมหะ พบว่า ระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของผู้สัมผัสร่วมบ้านไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่าง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP) ในผู้สัมผัสร่วมบ้านจำแนกตามผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Index Cases)

ตัวแปร	ผู้สัมผัสร่วมบ้านของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดราย ใหม่เสมอ พบเชื้อ (n=63),n (%)	ผู้สัมผัสร่วมบ้านของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดราย ใหม่เสมอ ไม่พบเชื้อ (n=62),n (%)	χ^2	p-value
ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค			2.446	0.294
ความรู้ระดับต่ำ	21 (33.33)	22 (35.48)		
ความรู้ระดับปานกลาง	12 (19.05)	18 (29.03)		
ความรู้ระดับสูง	30 (47.62)	22 (35.48)		
ทัศนคติเรื่องวัณโรคและการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค			0.199	0.655
ทัศนคติระดับน้อย	33 (52.38)	30 (48.39)		
ทัศนคติระดับปานกลาง	30 (47.62)	32 (51.61)		
การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค			3.192	0.071
มีพฤติกรรมป้องกันระดับต่ำ	8 (12.70)	8 (12.90)		
มีพฤติกรรมป้องกันระดับปานกลาง	46 (73.02)	51 (82.26)		
มีพฤติกรรมป้องกันระดับสูง	9 (14.29)	3 (4.84)		

หมายเหตุ: *ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ = 0.05

วิจารณ์

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและของโลก การรักษาวัณโรคอย่างถูกต้องคือ วิธีการควบคุมป้องกันวัณโรคที่ดีที่สุดเพราะจะลดการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยไปสู่คนรอบข้าง และป้องกันการดื้อยาของเชื้อวัณโรค⁹ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลใกล้ชิด ให้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับวัณโรค เพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความรับผิดชอบต่อนตนเอง บุคคลในครอบครัว และสังคม เช่น ในช่วงแรกของการรักษา 2 เดือนแรกไม่ควรคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว หรือการใกล้ชิดกับเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี รวมถึงเข้าไปในแหล่งชุมชน เพื่อลดการกระจายเชื้อ กล่าวคือ หากสัมผัสกับผู้ป่วยเป็นเวลานานอาจจะมีโอกาสในการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงได้ นอกจากนี้ควรแนะนำวิธีการดูแลตัวเอง และการกำจัดเสมหะให้ถูกต้อง ถูกวิธี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนิสร เสริญ คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อาจารย์ ดร. สายหยุด มูลเพชร มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรวมถึงอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

REFERENCES

- 1.ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย [Internet]. 2554;1:4. Available from: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JOMAT/JOMAT-Y01v03S03.pdf>
- 2.WHO. Global tuberculosis report 2017 [Internet]. 20th ed. 2015. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

- 3.เฉวตสร นามวาท. สถานการณ์วัณโรคของโลกและประเทศไทย [Internet]. กรมควบคุมโรค. 2558. Available from: www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/160114145276189783.pptx
- 4.ยุทธิชัย เกษตรเจริญ. Training Module for Management of Tuberculosis [Internet]. 2552. 82 p. Available from: http://www.pharmyaring.com/download/TrainingModule2009_pdf.pdf
- 5.จามรี อีรัตกุลพิศาล. วัณโรคในเด็ก. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2553. 152 p.
- 6.พัฒนา โพธิ์แก้ว. รายงานสถานการณ์และผลการดำเนินงานวัณโรค ในเขตภาคเหนือตอนบนปีงบประมาณ 2556. 2556.
- 7.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. สรุปผลการดำเนินงานปี 2558 งานวัณโรค. 2558.
- 8.แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand 2018
- 9.สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคในผู้ใหญ่พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร;2555.)