

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค เครือข่ายสุขภาพ
บัวแดงภักดีสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิรัชณีกรรณ์ ปาทา⁽¹⁾ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 16 ธันวาคม 2557

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 9 มีนาคม 2558

บทคัดย่อ

(1) ผู้รับผิดชอบบทความ: นักศึกษาหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น;
โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ
(โทรศัพท์: 081-9550401,
E-mail: epidnbd@gmail.com)

(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภาควิชาระบาดวิทยา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพบัวแดงภักดีสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ในผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วย Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 298 คน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.7 : 1 คน อายุ 18-88 ปี (อายุเฉลี่ย=52.9 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=17.1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ เพศชาย (OR_{adj}=2.36, 95% CI=1.16-4.80) การมีอาชีพ (OR_{adj} =5.05, 95%CI=1.36-18.76) การไม่มีเพื่อนบ้านเคยป่วยเป็นวัณโรค (OR_{adj}=2.58, 95%CI=1.21-5.50) มีการรักษาวัณโรคมากกว่า 6 เดือน (OR_{adj}=2.97, 95%CI=1.20-7.37) ไม่มีความยากลำบากในการกินยาวัณโรค (OR_{adj}=4.28, 95%CI=1.80-10.15) และการไม่มีความรู้สึกถูกตีตราจากสังคม (OR_{adj}=3.26, 95%CI=1.58-6.76)

จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคให้ดีขึ้นนั้น ควรมีการส่งเสริมปัจจัยในการกินยาให้ง่าย ลดความรู้สึกตีตราจากสังคม โดยให้ชุมชนมีความเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสำเร็จในการรักษาอย่างครบถ้วน และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยวัณโรค, เครือข่ายสุขภาพ

Original Article

Factors Related with Quality of Life among Tuberculosis Patients,
Buadang-Pakdee-Somboon Health Network, Chaiyaphum Province*Ratchaneekom Phata⁽¹⁾, and Pornnapa Suggaravetsiri⁽²⁾*

Received Date: December 16, 2014

Accepted Date: March 9, 2015

(1) Corresponding author:

Master of Public Health Student,
Faculty of Public Health,
Khon Kaen University;
Nongbuadang Hospital,
Chaiyapume Province
(Tel.: 081-9550401,
E-mail: epidnbd@gmail.com)

(2) Assistant Professor,

Department of Epidemiology,
Faculty of Public Health,
Khon Kaen University

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to identify factors related with quality of life (QoL) among tuberculosis (TB) patients at Buadang-Pakdee-Somboon health network in Chaiyaphume province. Data were collected by interviewing TB patients using the WHOQOL-BREF-THAI form at three TB clinics, Nongbuadang, Pakdeechumphon and Kasetsoomboon. For data analysis multiple logistic regressions analysis was performed to compute adjusted odds ratio (OR_{adj}) with 95% confidence interval (95%CI).

From the 298 participating TB patients, the ratio of male to female was 1.7:1, and ages ranged between 18 to 88 years (mean=52.9, SD=17.1). The factors associated with good QoL were to be male ($OR_{adj}=2.32$, 95% CI=1.14-4.73), being employed ($OR_{adj}=4.81$, 95%CI = 1.26-18.31), living in no TB neighborhood ($OR_{adj} = 2.79$, 95%CI = 1.32-5.90), adhere to anti-TB medications >6 months ($OR_{adj}=3.10$, 95%CI=1.25-7.70), can easy to swallow pills ($OR_{adj}=4.42$, 95%CI=1.87-10.44), and are not suffering from social stigma ($OR_{adj}=3.21$, 95%CI= 1.56-6.62).

TB patients with no good QoL had difficulty in taking medicine, reported about side effects of the treatment or experiencing allergic reactions. They also felt to be stigmatized.

Keyword: Quality of Life, Tuberculosis Patients, Health Network

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและยังเป็นสาเหตุการตายในหลายๆ ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ประเทศไทยถูกจัดเป็นอันดับที่ 18 ใน 22 ประเทศเสี่ยงที่มีความชุกของวัณโรค โดยคาดการณ์ว่าประเทศไทยน่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเทศปีละ 90,000 ราย คิดเป็น 142 ต่อประชากรแสนคน (World Health Organization [WHO], 2011)

สถานการณ์วัณโรคของจังหวัดชัยภูมิจากการรายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ในปี 2551 ถึง 2554 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด 1,119, 1,088, 1,197 และ 1,040 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับเป็นผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ 638 ราย (ร้อยละ 57), 613 ราย (ร้อยละ 58.4), 693 ราย (ร้อยละ 57.9) และ 538 ราย (ร้อยละ 51.7) ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเอชไอวี เป็นบวก 79 ราย (ร้อยละ 7.1), 32 ราย (ร้อยละ 2.9), 51 ราย (ร้อยละ 4.3) และ 104 ราย (ร้อยละ 9.9) ตามลำดับ ในส่วนของ “เครือข่ายบริการสุขภาพบัวแดงภักดีสมบูรณ” ซึ่งประกอบด้วยอำเภอหนองบัวแดง ภักดีชุมพล และเกษตรสมบูรณ์ ซึ่งเป็นอำเภอที่มีพื้นที่และชุมชนติดต่อกัน ถูกจัดให้อยู่ในเครือข่ายบริการเดียวตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของจังหวัดชัยภูมิมีโรงพยาบาลหนองบัวแดงเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ในปี พ.ศ. 2554-2556 จำนวน 190, 199 และ 200 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ 97, 88 และ 105 รายตามลำดับ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเอชไอวีเป็นบวก ร้อยละ 9.5, 7.1 และ 9.9 ตามลำดับ ในส่วนผลการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 92.0, 80.6 และ 90.1 ตามลำดับ เสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 6.4, 5.8 และ 5.5 ตามลำดับ ผลการรักษาล้มเหลว ร้อยละ 2.4, 3.2 และ 0 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2554)

การเจ็บป่วยด้วยโรควัณโรคมีผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมทั้งจากอาการแทรกซ้อนของโรคเอง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ ยาบางรายมีอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจนอาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคมีหลายประการ เช่น ผู้ป่วยที่มีอายุมากมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Zafra et al., 1994) ผู้ป่วยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง (Negacheva et al., 2000) และเนื่องจากวัณโรคเป็นโรคติดต่อผู้ป่วยวัณโรคจึงถูกรังเกียจจากคนรู้จักหรือคนใกล้ชิดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยวัณโรคทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เนื่องจากผลการรักษาไม่ได้เป็นสิ่งเดียวที่บอกได้ว่าประสบความสำเร็จในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพราะเห็นได้จากเป้าหมายทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญ

ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การมีอายุที่ยืนยาวและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนั้นมีความจำเป็นและสำคัญอย่างมากในอันจะเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (พรพนทิพา ศักดิ์ทอง, 2007) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัณโรคได้แก่ เพศชาย มีคุณภาพชีวิตในระดับสูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคเพศหญิง ($p < 0.05$) (Unalan et al., 2008) คนที่อายุน้อยกว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับดี (Monteiro & Rodrigues, 2011) สถานะภาพโรคมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($p\text{-value} < 0.05$) (Unalan et al., 2008) ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงและผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีโรคร่วม มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ($p\text{-value} < 0.05$) (Unalan et al., 2008) เป็นต้น ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดชัยภูมินั้นนอกจากเพื่อให้เข้าใจถึง การเจ็บป่วยด้วยวัณโรคและการดูแลรักษามีผลกระทบอย่างไรกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในมุมมองของผู้ป่วยและเพื่อวัดคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยวัดจากระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและทำการศึกษปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการสาธารณสุขคือการมีอายุที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพบัวแดงภักดีสมบูรณ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

• รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional analytical Study) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

• ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 – 30 กันยายน 2556 ที่คลินิกวัณโรคเครือข่ายสุขภาพบัวแดงภักดีสมบูรณ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 375 คน ทำการศึกษาในประชากรทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก จำนวน 298 คน

• เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรคที่โรงพยาบาลอำเภอหนองบัวแดง ภักดีชุมพล และเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิและยินยอมหรือให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
- 2) เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 3) เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาระหว่างวันที่

1 ตุลาคม 2554 – 30 กันยายน 2556 ที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง ภัคดีชุมพลและเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิและได้รับการรักษา มาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน เนื่องจากยารักษาวัณโรคมี ผลข้างเคียงในการรักษาซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย

● **เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)**

1) ผู้ป่วยที่พิการ มีปัญหาด้านจิตเวช ปัญญาอ่อน หู หนวก และเป็นใบ้

2) กรณีสถานะปัจจุบันผู้ป่วย ตาย ย้ายถิ่น ทำงาน ต่างถิ่น หรือไม่สามารถติดตามหรือพบผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา ศึกษาได้โดยผู้ศึกษาได้ทำอย่างสุดความสามารถแล้ว

● **ขนาดตัวอย่าง** คำนวณตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณ ขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวน ประชากร (Lemeshow et al., 1990) ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างที่ เหมาะสมคือ 191 คน ดังนั้นเมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ($Z_{\alpha/2} = 1.96$)

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

$$Z_{1-\alpha/2} (\alpha/2 = 0.05/2 = 0.025)$$

$$Z_{0.025} = 1.96$$

d = ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า กำหนดให้ = 0.05

P = สัดส่วนของตัวแปรที่ศึกษา (จากการทบทวนวรรณกรรมไม่ปรากฏมีผู้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัณโรคจึงกำหนดให้มีค่าสูงสุด) = 0.5

N = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดของเครือข่ายสุขภาพ บัวแดงภัคดีสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิในปีงบประมาณ 2555 = 375

$$n = 360.15/1.8954$$

$$n = 190.027 \approx 191 \text{ คน}$$

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัณโรคซึ่งมีตัวแปรอิสระที่ นำเข้า Model หลายตัว จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับ วิเคราะห์ Multiple logistic regression (Hsieh et al., 1998) ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho_{1,2,3...p}^2}$$

n_p = ขนาดตัวอย่างที่ปรับด้วย ρ

n_1 = ขนาดตัวอย่างขั้นต้นที่ได้จากการคำนวณ

$\rho_{1,2,3...p}$ = The multiple correlation coefficients หรือค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุ ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจกับตัวแปร อิสระอื่นๆ ที่เหลือ

ρ n_p (ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว)

0.1 192.93

0.2 198.96

0.3 209.89

0.4 227.38

0.5 254.67

0.6 298.44

0.7 374.51

0.8 530.56

0.9 1,005.26

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือก ρ ที่ 0.6 โดยมีขนาด กลุ่มตัวอย่าง 298 คน

● **เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคซึ่งคำถามจะครอบคลุมประเด็น หลักในปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและ เศรษฐกิจปัจจัยด้านสุขภาพปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และแบบวัด คุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ชุด 26 ตัวชี้วัดของสุวิวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2544) โดย ดัดแปลงเพียงเล็กน้อยให้เข้ากับบริบทผู้ป่วยวัณโรคได้รับการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มี การนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาล ภูเขียวจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความ เชื่อมั่น 0.833 งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE562269 ให้ไว้เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2556

● **การรวบรวมข้อมูล** เก็บข้อมูลวิจัยในเดือนมกราคม – มีนาคม 2557 โดยมีการติดต่อประสานงานกับคลินิกวัณโรคใน โรงพยาบาลเป้าหมายเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย โดย แจ้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบคลินิกวัณโรคและอธิบาย ลักษณะการวิจัยให้แก่อาสาสมัครให้ทราบ หากอาสาสมัคร อนุญาตผู้วิจัยจึงจะเข้าเก็บข้อมูลได้ ด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือและ การเคารพสิทธิของผู้ป่วยและญาติแล้วการเก็บข้อมูลด้วยแบบ สัมภาษณ์จะเก็บในวันที่ผู้ป่วยมารับยาในคลินิกวัณโรคที่ โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. และจะตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนข้อมูลก่อนเตรียมข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

● **การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 10 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น บรรยายลักษณะทั่วไปของ ตัวอย่าง ด้วยสถิติพรรณนา โดยพิจารณาค่าผู้ป่วยวัณโรคมีระดับ คุณภาพชีวิตที่ดีโดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 96 คะแนนขึ้นไป จาก คะแนนเต็ม 130 คะแนน (สุวิวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2544)

ข้อมูลแจกแจงนำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ในส่วน ของข้อมูลต่อเนื่อง หากข้อมูลมีการแจกแจงปกตินำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจง ไม่ปกตินำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและค่าต่ำสุด สูงสุด สถิติอนุमान

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัณโรค ใช้สถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple logistic regression) คัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่ตัวแบบเริ่มต้น โดยพิจารณาจากการ ทบทวนวรรณกรรมและความสำคัญทางคลินิกหรือจากผลการ วิเคราะห์คร่าวละตัวแปร ซึ่งกำหนดตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า หรือเท่ากับ 0.25 (Unalan et al., 2008) จึงนำเข้าสู่ตัวแบบ เริ่มต้น กระบวนการสร้างตัวแบบใช้วิธีการคัดออกคร่าวละตัวแปร หลังจากได้ตัวแบบสุดท้ายด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow Goodness-of-fit Test พบว่าได้ค่า p-value > 0.05 ซึ่งแสดงว่า สมการมีความเหมาะสม นำเสนอค่า Adjusted OR คู่กับช่วง ความเชื่อมั่น 95% CI กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 คน อัตราส่วนเพศชาย ต่อเพศหญิง 1.7 ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น เพศชายร้อยละ 23.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ 14.4 มีอายุ 18-88 ปี อายุเฉลี่ย 52.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.1) ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 80.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.1 เท่ากัน ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 43.3 รายละเอียดดัง ตารางที่ 1

● ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์คร่าวละตัวแปร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจจัย ลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้าน สุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและ สิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการรักษาผลข้างเคียงจากการกินยา และ ปัจจัยด้านความรู้สึกตีตรา (Stigma) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) มี 11 ตัวแปร ประกอบด้วย อายุ, อาชีพ, ความเพียงพอ ของรายได้, อาการไอ, การมีเพื่อนบ้าน, คนรู้จัก ที่อยู่ในค้มนหรือ ละแวกบ้านเดียวกันป่วยเป็นวัณโรค, อาการข้างเคียงจากการกิน ยา, อาการเบื่ออาหาร, อาการคลื่นไส้อาเจียน, อาการวิงเวียน ความยากลำบากในการกินยาวัณโรค และปัจจัยด้านความรู้สึกตี ตรา (Stigma) ส่วนตัวแปรอื่นๆมีความสัมพันธ์อย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

● การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรโดยการ ควบคุมตัวแปรเพศและอายุปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ เพศ, อาชีพ, การไม่มีเพื่อนบ้านป่วยเป็นวัณโรคระยะเวลา ในการกินยา/การรักษาวัณโรค, ความยากลำบากในการ รับประทานยารักษาวัณโรค และปัจจัยด้านความรู้สึกตีตรา (Stigma) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เพศ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้ป่วยวัณโรคเพศหญิงเป็น 2.36 เท่า (95% CI=1.16-4.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.018)

อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเพศที่มีอาชีพมีคุณภาพ ชีวิตดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็น 5.05 เท่า (95% CI=1.36-18.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.016)

เพื่อนบ้านป่วยเป็นวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มี เพื่อนบ้านป่วยเป็นวัณโรค มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มี เพื่อนบ้านป่วยเป็นวัณโรค เป็น 2.58 เท่า (95% CI=1.21-5.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.007)

ระยะเวลาในการกินยา/การรักษาวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ระยะเวลาในการกินยา/การรักษาวัณโรค มากกว่า 6 เดือน มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ ระยะเวลาในการกินยา/การรักษาวัณโรคน้อยกว่า/เท่ากับ 6 เดือน เป็น 2.97 เท่า (95% CI=1.20-7.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.019)

ความยากลำบากในการรับประทานยารักษาวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีความลำบากในการรับประทาน ยา รักษาวัณโรค มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีความลำบาก ในการรับประทานยารักษาวัณโรคเป็น 4.28 เท่า (95% CI= 1.80-10.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001)

ปัจจัยด้านความรู้สึกตีตรา (Stigma) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ที่ไม่มีความรู้สึกตีตรา (Stigma) มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยวัณโรค ที่มีความรู้สึกตีตรา (Stigma) เป็น 3.26 เท่า (95% CI=1.58-6.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) รายละเอียดดัง ตารางที่ 2

บทสรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลที่ได้จากการ วิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอหนอง บัวแดง เกษตรสมบูรณ์และอำเภอภักดีชุมพลในจังหวัดชัยภูมิผล จากการศึกษาคพบว่า

เพศ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคเพศชายมี คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคเพศหญิงเป็น 2.36 เท่า (95% CI= 1.16-4.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าเพศชายมี คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิงซึ่งเนื่องจากเพศชายมีผลกำลัง ความแข็งแรงของร่างกายที่แข็งแรงกว่าเพศหญิงสามารถทนต่อ อาการของวัณโรคผลข้างเคียงจากการรักษาวัณโรคอีกทั้งระยะ เวลานานที่ใช้รักษาวัณโรคได้ดีกว่าเพศหญิงประกอบกับเพศชาย มีบทบาททางสังคมเป็นผู้นำยอมได้รับความใส่ใจจากทุกคนใน ครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยสอดคล้องกับ Unalan et al. (2008) ที่ ศึกษาเรื่องความแตกต่างของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัณโรคในระยะ แพร่เชื้อและในระยะไม่แพร่เชื้อในประเทศตุรกีพบว่าผู้ป่วยวัณ โรคเพศชายมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคเพศหญิง (p-value < 0.05) ซึ่งต่างจากการศึกษาของอารดา หายักษ์วงษ์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พบว่าความแตกต่างด้านเพศไม่ความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาชีพ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็น 5.05 เท่า (95% CI=1.36-18.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับ Sule et al. (2014) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลการแพทย์ในจอร์เจียพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับสุคนธ์ วาริษฐกุล และคณะ (2547) ที่ศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่กับครอบครัวในด้านปัจจัยอาชีพพบว่าผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่อาชีพว่างงาน/งานบ้านเกษตรกรรมและรับจ้างและสอดคล้องกับการศึกษาของเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญและสอดคล้องกับอะเคื่อ อุณหเลขกะ และคณะ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้างร้อยละ 70 มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเนื่องจากโภชนาการและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เพื่อนบ้านป่วยเป็นวัณโรค จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีเพื่อนบ้านป่วยเป็นวัณโรคมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีเพื่อนบ้านป่วยเป็นวัณโรคเป็น 2.58 เท่า (95% CI=1.21-5.50) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่ง อภิปรายได้ว่าเพื่อนบ้านที่เคยป่วยเป็นวัณโรคย่อมมีความรู้เรื่องอาการของโรควัณโรคดี อีกทั้งมีความกลัวที่จะป่วยซ้ำและหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้หรืออาจถึงขั้นรังเกียจผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการของวัณโรค โดยเฉพาะอาการไอมีเสมหะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถูกรังเกียจ ถูกตีตราและส่งผลต่อความมั่นใจในการร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมกับรจนานาइन สิ่งทพรศร์ (2550) ได้ศึกษาไว้ว่าความเจ็บป่วยด้วยวัณโรคซึ่งเป็นโรคติดต่อเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยในด้านร่างกายจิตใจและสังคมการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาในการรักษา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ระยะเวลาในการกินยา/การรักษาวัณโรคมากกว่า 6 เดือนมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ระยะเวลาในการกินยา/การรักษาวัณโรค 6 เดือนเป็น 2.97 เท่า (95% CI=1.20-7.37) ระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอภิปรายได้ว่าระยะเวลาในการกินยาหรือการรักษาที่นานทำให้ผู้ป่วยได้รับการใส่ใจมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ทั้งในโรงพยาบาลและที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ติดตามกำกับการกินยารักษาวัณโรคและติดตามเยี่ยมการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและคนในครอบครัวแบบบูรณาการทุกด้านซึ่งในปีที่ทำการศึกษานั้นจังหวัดชัยภูมิได้รับสนับสนุนงบประมาณจากต่างประเทศในการดำเนินการควบคุมป้องกันวัณโรคในพื้นที่ ซึ่งมีค่าเดินทางให้ผู้ป่วย มีค่าตอบแทน

เจ้าหน้าที่และค่ากำกับการกินยาแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา และได้รับการดูแลที่ดีซึ่งไม่สอดคล้องกับศึกษาของ Driver et al. (2005) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรคในนิวยอร์กพบว่า ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและสอดคล้องกับอารดา หายักวงษ์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาระยะเข้มข้นมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาระยะต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.8 (SD=11.3) กับ 77.3 (SD=13.1), p-value=0.04) แต่ด้านร่างกายไม่แตกต่าง

ความยากลำบากในการกินยารักษาวัณโรค พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีความลำบากในการรับประทานยารักษาวัณโรคมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีความลำบากในการรับประทานยารักษาวัณโรคเป็น 4.28 เท่า (95% CI=1.80-10.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ยารักษาวัณโรคมีจำนวนเม็ดยาหลายเม็ดและถ้าเป็นยาชนิดรวมเม็ดก็จะมีขนาดใหญ่ซึ่งผู้ป่วยมีความยากลำบากในการกินแต่ละครั้งอีกทั้งต้องกินยาต่อเนื่องเป็นเวลานานซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา กินยาไม่ต่อเนื่องขาดยา หยุดการรักษาเอง เพราะมีความยากลำบากในการกลืนกินยาและมีผลข้างเคียงอื่นจากการกินยาตามมา จนทำให้ผลการรักษาไม่สำเร็จ หรือกลับเป็นซ้ำ จนนำไปสู่ปัญหาวัณโรคคือยาทำให้วัณโรคเป็นโรคที่กวาดล้างให้หมดไปไม่ได้แต่กลับทวีความรุนแรงของปัญหามากยิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาของ Somsong (2002) พบว่าจำนวนชนิดยามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยและสอดคล้องกับ Menzies et al. (2005) พบว่าจำนวนครั้งในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจนครบตามแผนการรักษา

ความรู้สึกตีตรา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีความรู้สึกตีตรา (Stigma) มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีความรู้สึกตีตรา (Stigma) เป็น 3.26 เท่า (95% CI=1.58-6.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.006) อภิปรายได้ว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้สึกตีตราทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตัวเองมีปัญหาในการอยู่ร่วมในสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันในสังคมส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัณโรคที่มีความรู้สึกตีตรามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen et al. (2000) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติต่อวัณโรคของชาวเวียดนามอพยพโดยทำการศึกษาในชาวเอเชียในหมู่เกาะแปซิฟิกในศูนย์สุขภาพชุมชนที่แคลิฟอร์เนียจำนวน 11 คน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าจากการการแพร่กระจายของวัณโรคทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของ Johanson et al. (1996) ซึ่งทำการศึกษาทัศนคติของเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ป่วยที่มีต่อวัณโรคกับความร่วมมือในการรักษาในเวียดนามโดยทำการศึกษาในเจ้าหน้าที่สุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน 2 กลุ่ม และผู้ป่วยขาดยา 10 คน พบว่า

ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับจากผู้อื่นลดลงส่วน Westaway & Wolmarans (1994) ได้ทำการศึกษาการรับรู้อารมณ์และปฏิกิริยาของคนที่มีความวิตกกังวลในกลุ่มชนผิวดำ จำนวน 487 คน ซึ่ง 67 คน เป็นวัณโรคระยะฟื้นฟู และ 420 คน เป็นสมาชิกในชุมชนที่ไม่เป็นวัณโรคโดยใช้แบบสอบถามพบว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดคือความทุกข์ทรมานจากการถูกรังเกียจจากผู้อื่น การถูกแยกตัวเนื่องจากอันตรายของวัณโรคที่จะมีต่อผู้อื่น Rajeswari et al. (2005) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยวัณโรคที่ภาคใต้ของประเทศอินเดียด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์ในผู้ป่วยจำนวน 980 คนพบว่าสังคมยังคงแสดงความรังเกียจผู้ป่วยวัณโรคอยู่ถึงแม้การรักษาจะครบแล้ว Long et al. (2001) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเพศภาวะจากการเป็นตราบาปในสังคมและการแยกตัวจากสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในเวียดนามจำนวน 16 คน พบว่าผู้ป่วยชายที่มีการรับรู้ที่เป็นตราบาปจากสังคมจะวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาด้านเศรษฐกิจผู้หญิงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคม

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

การที่ผู้ป่วยเป็นวัณโรคได้รับความยากลำบากในการกินยา มีอาการข้างเคียงหรือแพ้ยาที่ใช้ในการรักษาอีกทั้งได้รับผลกระทบทางความรู้สึกที่ตรงซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยวัณโรค นอกจากการมุ่งผลสำเร็จทางการรักษาแล้วเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยมีการส่งเสริมและลดปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาและส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ซึ่งควรมีการดำเนินการดังนี้

เอกสารอ้างอิง

- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2536). แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรหมทิพา คักค็ทอง. (2550). คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 2(3), 327-337.
- รจนา โฉน สิงหเศรษฐ์. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รสสุคนธ์ วาริตสกุล, ชุติกร ตำนายุทธศิลป์, และแสงหล้า พลนอก. (2547). การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่กับครอบครัว. *วารสารพยาบาล*, 53(3), 149-158.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2554). *สรุปผลการดำเนินงานวัณโรค ปี 2554 จังหวัดชัยภูมิ*. ค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2555, จาก <http://www.cpho.moph.go.th>
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2551*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ตันตพิวัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจิรังกุล. (2544). เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 5(3), 4-15.
- อะเคื้อ อุนเหลกชะ. (2541). *การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ*. กรุงเทพฯ: เจซีซีการพิมพ์.
- อารดา หายักวงษ์, จุฬาลักษณ์ โกมลตรี, ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ, และกมล อุดล. (2556). ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 110-120.
- Driver, C. R., Matus, S. P., Bayuga, S., Winters, A. I., & Munsiff, S. S. (2005). Factors associated with tuberculosis treatment interruption in New York city. *Journal Public Health Management and Practice*, 11(4), 361-368.
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 17, 1623-1634

1) ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1.1) กำหนดให้มีการประเมินและติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้เป็นกิจกรรมที่เป็นมาตรฐานในการให้บริการ

1.2) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาการทำ เวชปฏิบัติที่บ้าน (Home Health Care) โดยเน้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2) ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย

2.1) ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบข้อมูลเชิงลึก

2.2) ควรมีการศึกษาถึงการให้บริการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัณโรคในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ

2.3) ควรทำการวิจัยประเด็นเดียวกันนี้ไปใช้กับเขตพื้นที่บริการสาธารณสุขอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ. นงลักษณ์ เทศนา นายแพทย์เชี่ยวชาญและดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิมงคล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุริรา ดวงสงค์ ภาควิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น นายแพทย์วุฒิมงคล อัครเวชกรกุล นายแพทย์ชำนาญการโรงพยาบาลหนองบัวแดง ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุข อำเภอหนองบัวแดง ภาคีชุมชนและเกษตรสมบูรณ์ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคและผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยในครั้งนี้

- Johansson, E., Diwan, V. K., Huong, N. D., & Ahlberg, B. M. (1996). Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: An exploratory study in a district in Vietnam. *Tubercle and Lung Disease: The Official Journal of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, 77(2), 178-183.
- Lemeshow, S., Hosmer, D., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. England: John Wiley & Sons.
- Long, N H., Johansson, E., Diwan, V. K., & Winkvist, A. (2001). Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Vietnam: A gender analysis. *Health Policy*, 58(1), 69-81.
- MenZies, D., Dion, M. J., Francis, D., Parisien, I., Rochcer, I., Mannix, S., et al. (2005). In closely monitored patients, adherence in the first month predicts completion of therapy for latent tuberculosis infection. *International Journal Tuberculosis and Lung Disease*, 9(12), 1343-1348.
- Monteiro, S., & Rodrigues, V. (2011). The life quality of the people with tuberculosis in observed taking administration. *ActaMedica Portuguesa*, 24(2), 523-530.
- Negacheva, O. B., Arenskii, V. A., Vatorina, V. A., Novikov, B. I., Eismont, N. V., & Popkova, G. G. (2000). Tuberculosis mortality in Sverdlovsk Region. *Problemy tuberkuleza*, 6, 36-39.
- Nguyen, L., Yamada, S., Matsunaga, D. S., & Caballero, J. (2000). Attitudes toward tuberculosis in vietnamese immigrants. *Asian American and Pacific Islander Journal of Health*, 8(1), 69-75.
- Rajeswari, R., Muniyandi, M., Balasubramanian, R., & Narayanan, P. R. (2005). Perception of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: A Field report from south India. *Social Science and Medicine*, 60(8), 1845-1853.
- Somsong, W. (2002). *Adherence to tuberculosis treatment and conversion rate in HIV infected tuberculosis patients*. Master of Science Thesis, Epidemiology, Graduate Studies, Mahidol University.
- Sule, A., Odeigah, L., Alabi, K., Issa, B., Shittu, R., Joseph, A., et al. (2014). Quality of Life of Patients with Tuberculosis in a Nigerian Teaching Hospital. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 8(2), 39-47.
- Unalan, D., Soyuer, F., Ceyhan, O., Basturk, M., & Ozturk, A. (2008). Is the quality of life different in patients with active and inactive tuberculosis. *The Indian Journal of Tuberculosis*, 55(3), 127-137.
- Westaway, M. S., & Wolmarans, L. (1994) Cognitive and affective reactions of black urban South Africans towards tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis & Lung Disease*, 75, 447-453.
- World Health Organization. (2011). *Global tuberculosis control: Surveillance, planning, financing, WHO report 2011*. Geneva: WHO.
- Zafran, N., Helda, E., Pavlovic, S., Vuckovic, D., & Boe, J. (1994). Why do our patients die of active Tuberculosis in the era of effective therapy. *Tubercle and Lung Disease*, 75(5), 329-333.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล (n=298)

ลักษณะส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิต				Total (n=298) จำนวน
	ดี (n=60)		ไม่ดี (n=238)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	44	23.5	143	76.5	187
หญิง	16	14.4	95	85.6	111
อายุ (ปี)					
≤ 31	9	25.7	26	74.3	35
32-45	22	32.4	46	67.6	68
46-59	17	23.9	54	76.1	71
60-73	11	13.2	72	86.8	83
≥74	1	2.4	40	97.6	1
Mean (SD) 52.9 (17.1)			Median (Min-Max) 52.5 (18-88)		
สถานภาพสมรส					
โสด	10	25.6	29	74.4	39
คู่	48	20.1	191	79.9	239
หม้าย	2	11.8	15	88.2	17
หย่า แยกกันอยู่	0	0	3	100	3
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	11.5	23	88.5	26
ประถมศึกษา	24	13.0	161	87.0	185
มัธยมศึกษา	24	35.3	44	66.7	68
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	5	38.5	8	61.5	13
ปริญญาตรี	4	66.7	2	33.3	6

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล (n=298) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิต				Total (n=298) จำนวน
	ดี (n=60)		ไม่ดี (n=238)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	3	5.1	56	94.9	59
เกษตรกร	28	21.7	101	78.3	129
ค้าขาย	8	33.3	16	66.7	24
ข้าราชการ	3	100	0	0	3
รับจ้าง	16	21.1	60	78.9	76
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	100	0	0	1
อื่นๆ	1	16.7	5	83.3	6

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับคุณภาพชีวิตผลการวิเคราะห์คร่าวละหลายตัวแปร (n=298)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต(ร้อยละ)		OR	OR _{adj}	95%CI	p-value
	ดี (60คน)	ไม่ดี (238 คน)				
เพศ						
ชาย	44 (23.5)	143 (76.5)	1.83	2.36	1.16-4.80	0.018
หญิง	16 (14.4)	95 (85.6)	1.00	1.00		
อายุ						
≤ 53	152	43 (28.3)	2.99	1.88	0.92-3.86	0.084
>53	146	17 (11.6)	1.00	1.00		
อาชีพ						
มีอาชีพ	57 (23.9)	182 (76.1)	5.85	5.05	1.36-18.76	0.016
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3 (5.1)	56 (94.9)	1.00	1.00		
เพื่อนบ้านป่วยเป็นวัณโรค						
ไม่มี	46 (24.6)	141 (75.4)	2.26	2.58	1.21-5.50	0.014
มี	14 (12.6)	97 (87.4)	1.00	1.00		
เวลาในการกินยา/การรักษาวัณโรค(เดือน)						
>6	11 (28.9)	27 (71.1)	1.75	2.97	1.20-7.37	0.019
≤ 6	49 (18.9)	211 (81.1)	1.00	1.00		
ความยากลำบากในการรับประทานยารักษาวัณโรค						
ไม่ลำบาก	52 (28.7)	129 (71.3)	1.31	4.28	1.80-10.15	0.001
ลำบาก	8 (6.8)	109 (93.2)	1.00	1.00		
ปัจจัยด้านความรู้สึกตีตรา (Stigma)						
ไม่มีความรู้สึกตีตรา	46 (28.6)	115 (71.4)	3.51	3.26	1.58-6.76	0.001
มีความรู้สึกตีตรา	14 (10.2)	123 (89.8)	1.00	1.00		

P-value<0.05, Goodness of fit=0.687, เพศ และอายุเป็นตัวแปรควบคุม