

ความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานี

สฤณีเดช เจริญไชย

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

ความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานี

.....

นายสฤกษ์เดช เจริญไชย

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ชนินทร์ เจริญกุล,

M.P.H., พบ.ด

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ปร.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์จรรยาพร สุภาพ,

พ.บ., M.P.H.(Urban Health)

ประธานหลักสูตร

สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ภาคปกติ)

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

ความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ.2555

.....

นายศุภย์เดช เจริญไชย

ผู้วิจัย

.....

นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์,

พ.บ., M.P.H., Ph.D., อ.ว.(ระบาควิทยา)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ชนินทร์ เจริญกุล, M.P.H., พบ.ค ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ปร.ค.
กรรมการสอบสารนิพนธ์ กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ.,อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ เพราะความช่วยเหลือ และการสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก นายแพทย์ ดร.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้กรุณามาเป็นประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และได้ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนินทร์ เจริญกุล อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เดิมศิริกุลชัย อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำ คำลั้งใจ และข้อคิดต่างๆ ในการจัดทำสารนิพนธ์ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งแล้วเสร็จ เพื่อให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากที่สุด รองศาสตราจารย์ จีวีวรรณ บุญสุยา ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเขียนวิจัย และ การใช้สถิติในการวิจัยอย่างถูกต้องและเหมาะสม รองศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ภาชีน ที่ได้กรุณาประสานงาน และการแก้ไขปัญหาล่างๆ เกี่ยวกับการจัดทำสารนิพนธ์ตลอดมา และ เจ้าหน้าที่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่เสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ได้แก่ นายแพทย์ทรงพล ชวาลตันพิพัทธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี นายแพทย์วิญญู วินัยวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยบุรี นายแพทย์วินัย เกตุรานวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประชารัฐ นายแพทย์วีโรจน์ ตั้งเจริญดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหลวง นายแพทย์นราพงศ์ ชีรวัชรวิภาส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำลูกกา นายแพทย์สมชาย ลาภเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเสือ นายแพทย์แสงชัย ชีรปรกรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว และ นายแพทย์ศราวุธ ธนเสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทำการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยผู้วิจัยทั้ง 8 โรงพยาบาล ได้แก่ นางสาวณฤนท ยืนยง โรงพยาบาลปทุมธานี นางทศยา สันติบำรุงกุล โรงพยาบาลชัยบุรี นางวิไลรัตน์ ประสงค์กุล โรงพยาบาลประชารัฐ นางสาวพัชรนันท์ วงษ์ประเสริฐ โรงพยาบาลคลองหลวง นางพนันท์ ชาติประดิษฐ์ โรงพยาบาลลำลูกกา นายประภา จำปาศรี โรงพยาบาลหนองเสือ นางสาวดิวรรณ จิรัฐติกาล โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว และ นายวิชิต คงทน โรงพยาบาลสามโคก ที่ได้กรุณาช่วยเหลือเสียสละเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ขอบพระคุณ นางสาวพรรณพร ไหมสมบุญ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุข ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับวัณโรคของจังหวัดปทุมธานี อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้ หากไม่ได้รับความร่วมมืออันดีจากทุกท่านในครั้งนี้ การวิจัยนี้ก็ไม่อาจประสบความสำเร็จ ลุล่วงได้ และผู้วิจัยจะนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดต่อสังคมส่วนรวมต่อไป

สฤกษ์เดช เจริญไชย

ความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวินโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานี
DELAYED IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS,
GOVERNMENT HOSPITAL IN PATHUMTHANI PROVINCE

ศุภชัยเดช เจริญไชย 5338840 PHMP/M

ส.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ชรินทร์ เจริญกุล, M.P.H., พบ.ค, ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย, พร.ค.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวินโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวินโรคปอดของโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติเชิงพรรณนาคำนวณ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ Chi-square test, Odds ratio (OR), 95% Confidence interval ของ OR

ผลการศึกษาพบว่า ความล่าช้าในการควบคุมวินโรคปอด ของจังหวัดปทุมธานี มีความล่าช้าจากพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 54.8 เฉลี่ย 38.78 (2-256 วัน) พบว่ามีความสัมพันธ์กับ สถานภาพสมรส ($p\text{-value} < 0.001$) ความล่าช้าในการวินิจฉัยพบ ร้อยละ 25.8 เฉลี่ย 7.53 วัน (0- 59 วัน) มีความสัมพันธ์กับ การสูบบุหรี่ ($p\text{-value} 0.028$) และไม่มีอาการอ่อนเพลีย ($p\text{-value} 0.032$) ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกับภาวะน้ำท่วม ($p\text{-value} 0.039$) สถานที่พักระหว่างภาวะน้ำท่วม ($p\text{-value} 0.036$) ความสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง ($p\text{-value} 0.014$) จำนวนสมาชิกในครอบครัว ($p\text{-value} 0.015$) ชนิดของวินโรคปอด ($p\text{-value} 0.043$) ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 1 ($p\text{-value} 0.026$) และ การไม่ได้ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ($p\text{-value} 0.033$) ตั้งแต่มารับบริการครั้งแรก ความล่าช้าในการรักษาพบเพียงรายเดียว ส่วนความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพมีความล่าช้าอยู่ที่ ร้อยละ 21.0 เฉลี่ย 7.98 วัน (2- 62 วัน) และ ความล่าช้าในการควบคุมวินโรค ร้อยละ 38.7 เฉลี่ย 46.74 วัน (2- 267 วัน)

คำสำคัญ : ความล่าช้าจากพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ/ความล่าช้าในการวินิจฉัย/
ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพ/ความล่าช้าในการควบคุมวินโรค/วินโรคปอด

DELAYED IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS,
GOVERNMENT HOSPITAL IN PATHUMTHANI PROVINCE

SARIDDET CHAROENCHAI 5338840 PHMP/M

M.P.H.

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: CHANIN CHAROENKUL, Ph.D.,
LUKKANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D.

ABSTRACT

The purpose of this research was to analyze the relationship between theoretical risk factors and patient's delay and health care's delay in 8 government hospitals of 62 pulmonary tuberculosis patients. A descriptive cross-sectional study was conducted and percentages calculated, mean and standard deviation Chi-square test, Odds ratio (OR), 95% Confidence interval of OR.

The results of the study showed that mean patient delay was 38.78 days (54.8 percent), maximum duration was 265 days and minimum duration was 2 days. Marital status was associated with patient delay ($p\text{-value} < 0.001$). Mean diagnosis delay was 7.53 days (25.8 percent), maximum duration was 59 days and minimum duration was 0 days. Smoking ($p\text{-value} 0.028$), absence of fatigue ($p\text{-value} 0.032$), perception of illness compared with flooding ($p\text{-value} 0.039$), residence during flooding (0.036), accessibility to government hospital during flooding (0.014), member of family ($p\text{-value} 0.015$), type of pulmonary tuberculosis ($p\text{-value} 0.043$), result of first sputum exam ($p\text{-value} 0.026$), and performing chest radiography ($p\text{-value} 0.015$) were associated with patient delay. Mean treatment delay was 0.26 days (1.6 percent), maximum duration was 6 days and minimum duration was 0 days. Mean healthcare delay was 7.98 days, maximum duration was 62 days and minimum duration was 0 days. Mean total delay (patient delay and healthcare delay) was 46.74 days, maximum duration was 267 days and minimum duration was 2 days.

KEY WORDS: PATIENT DELAY/DIAGNOSIS DELAY/HEALTHCARE DELAY
TOTAL DELAY/PULMONARY TUBERCULOSIS

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	2
1.3 วัตถุประสงค์	3
1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
1.5 นิยามเชิงปฏิบัติการ	5
1.6 ขอบเขตการวิจัย	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
1.8 ข้อยกเว้นของการศึกษา	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
2.1 แบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ	10
2.2 ภาระวัณโรคในระดับนานาชาติ (The global burden of TB)	14
2.3 สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย	17
2.4 สถานการณ์วัณโรคของจังหวัดปทุมธานี	21
2.5 ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยเสี่ยงของวัณโรค	27
2.6 แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 2558	32
2.7 ผลกระทบของภาวะอุทกภัยทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดปทุมธานี	37
2.8 ศักยภาพและการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการ ทั้ง 8 แห่ง	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.9 งานวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรต้นที่เกี่ยวข้อง	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
3.1 รูปแบบการวิจัย	55
3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง	55
3.3 ขนาดตัวอย่าง	56
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
3.5 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
3.6 ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล	60
3.7 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	61
บทที่ 4 ผลการวิจัย	62
4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย	63
4.2 ปัจจัยเชื้อ	71
4.3 ปัจจัยเสริม	78
4.5 ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาล	76
4.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ	84
4.6 ประเมินความล่าช้า	86
4.7 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด และความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ	87
บทที่ 5 การอภิปรายผล	108
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	117
6.1 สรุปผลการวิจัย	117
6.2 ข้อเสนอแนะ	121
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	125
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	135
รายการอ้างอิง	144

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	149
ภาคผนวก ข คำชี้แจงพหุทัศนะของผู้เข้าร่วมวิจัย	161
ภาคผนวก ค การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	165
ประวัติผู้วิจัย	167

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด	4
2.1 ประเมินการภาระวัณโรค, ปี ค.ศ. 2009 (จำนวน x 1000 ประชากร)	14
2.2 ผลการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของจังหวัดปทุมธานี แยกตามอำเภอ ตั้งแต่ ตุลาคม 2553 ถึง 31 กรกฎาคม 2554	24
2.3 อัตราป่วยด้วยโรควัณโรคทุกประเภทและรายใหม่เสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียน ต่อแสนประชากร แยกตามอำเภอ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 มิถุนายน 2554	25
2.4 อัตราผลสำเร็จการรักษาวัณโรครายใหม่ แยกตามโรงพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 ถึง 30 มิถุนายน 2553	26
2.5 ปัจจัยเสี่ยง อัตราอุบัติการณ์และ Population attributable fraction	29
2.6 แสดงศักยภาพในการให้บริการ และการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการ ทั้ง 8 แห่ง	41
2.7 สรุปตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด	53
2.8 สรุปตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ	54
4.1 จำนวน และ ร้อยละของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและ สังคมของผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	63
4.2 จำนวน และ ร้อยละของผู้ป่วยที่ทราบว่ามิโรคประจำตัวและพฤติกรรมสุขภาพก่อนมีอาการเจ็บป่วยเป็นวัณโรคปอด ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	65
4.3 จำนวน และ ร้อยละของอาการของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีก่อนมาตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	66
4.4 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยวัณโรคที่ตอบถูกในรายข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ของวัณโรค ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.5 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้ของวันโรค ของผู้ป่วยวันโรคปอดในจังหวัด ปทุมธานี จำนวน 62 ราย	67
4.6 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยวันโรคที่ตอบแสดงทัศนคติต่อข้อความของวันโรค จำนวน 62 ราย ในจังหวัดปทุมธานี	67
4.7 จำนวนและร้อยละ ระดับทัศนคติของผู้ป่วยวันโรคปอดในจังหวัดปทุมธานี 62 ราย	68
4.8 จำนวนและร้อยละ การรับรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยวันโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี 62 ราย	68
4.9 จำนวนและร้อยละ ระดับรับรู้ของผู้ป่วยวันโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	68
4.10 จำนวนและร้อยละของเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวันโรคปอด จำนวน 62 ราย มารับ การรักษา	69
4.11 จำนวนและร้อยละ รูปแบบการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยวันโรคปอด จำนวน 62 ราย	70
4.12 จำนวนและร้อยละ เหตุผลของผู้ป่วยวันโรคปอด ที่มาใช้และไม่ใช้บริการของ โรงพยาบาลรัฐ 8 แห่ง ในจังหวัดปทุมธานี	70
4.13 จำนวน และ ร้อยละ ของลักษณะการเข้าถึงบริการด้านกายภาพของผู้ป่วยวันโรค จังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	71
4.14 จำนวน และ ร้อยละของผลกระทบจากภาวะน้ำท่วมต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย วันโรคจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	72
4.15 จำนวน และ ร้อยละ ของสิทธิการรักษาพยาบาลและการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัน โรคของผู้ป่วยวันโรคจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	74
4.16 จำนวน และ ร้อยละ ของการเข้าถึงการบริการด้านการเงินของผู้ป่วยวันโรคจังหวัด ปทุมธานี	75
4.17 จำนวน และ ร้อยละ ของการจัดการด้านความเป็นอยู่ และ จำนวนสมาชิกใน ครอบครัวของผู้ป่วยวันโรค จำนวน 62 ราย	77

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.18 จำนวน และ ร้อยละของความถี่ของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	78
4.19 จำนวนและร้อยละของแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 62 ราย	78
4.20 จำนวนและร้อยละของบุคคลที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ระหว่างการเจ็บป่วย จำนวน 62 ราย	79
4.21 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 62 ราย	80
4.22 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจต่อความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 62 ราย	81
4.23 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก ของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 62 ราย	82
4.24 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก ของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 62 ราย	83
4.25 สรุปจำนวนและร้อยละของความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 62 ราย	83
4.26 จำนวนและร้อยละปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ จำนวน 62 ราย	84
4.27 จำนวนและร้อยละของประเภทความล่าช้าในการควบคุมวัณโรคปอด ของโรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดปทุมธานี	86
4.28 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่มีความล่าช้า และไม่เข้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	87
4.29 ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ กับ สถานภาพสมรส และ มีการควบคุมอิทธิพลของอายุ	90
4.30 ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่มีความล่าช้าและไม่เข้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	91

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.31 ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพที่มีความล่าช้าและไม่ซ้ำของ ผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	95
4.32 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณ โรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	96
4.33 ปัจจัยเอื้อกับกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ใน จังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	99
4.34 ปัจจัยเสริมกับกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ใน จังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	102
4.35 ระดับความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการ วินิจฉัยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	103
4.36 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการ วินิจฉัยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย	104
4.37 ความสัมพันธ์ระหว่างความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคกับความล่าช้าของ ระบบบริการสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 62 ราย ในจังหวัดปทุมธานี	105
4.38 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ ความล่าช้าของ ระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด กับความล่าช้าในการ ควบคุมวัณโรคปอดทั้งหมด ของผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 62 ราย ในจังหวัด ปทุมธานี	106

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด	4
2.1 แบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ	11
2.2 อัตราความสำเร็จการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาระหว่าง 1 ตุลาคม 2551 – 30 กันยายน 2552	18
2.3 อัตราป่วยโรควัณโรค จังหวัดปทุมธานี พ.ศ.2544 – 2553	21
2.4 อัตราป่วยโรควัณโรค จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดปทุมธานี พ.ศ.2549 – 2553	22
2.5 จำนวนผู้ป่วยโรควัณโรค จำแนกรายเดือน จังหวัดปทุมธานี พ.ศ.2549 – 2553	23
2.6 อัตราป่วยโรควัณโรค จำแนกรายอำเภอ จังหวัดปทุมธานี พ.ศ.2553	23
2.7 อัตราป่วยด้วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะบวก ของจังหวัดปทุมธานีที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดปีงบประมาณ 2543- ก.ย.2553	25
2.8 ความสัมพันธ์ระหว่างผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศและอัตราอุบัติการณ์วัณโรค	27
2.9 กรอบแนวคิดของปัจจัยทางสังคม และปัจจัยเสี่ยงของวัณโรค	28
2.10 แสดงแผนที่น้ำท่วม วันที่ 6 พฤศจิกายน 2554 จาก TEAM group	38
2.11 แผนที่จังหวัดปทุมธานี แสดงผลกระทบที่ได้รับจากน้ำท่วม วันที่ 6 กันยายน 2555	39
2.12 แผนที่จังหวัดปทุมธานี แสดงผลกระทบที่ได้รับจากน้ำท่วม วันที่ 13 ตุลาคม 2555	39
2.13 แผนที่จังหวัดปทุมธานี แสดงผลกระทบที่ได้รับจากน้ำท่วม วันที่ 23 ตุลาคม 2555	40
2.14 แผนที่จังหวัดปทุมธานี แสดงผลกระทบจากน้ำท่วม วันที่ 1 พฤศจิกายน 2555	40
4.1 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี	90

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก รายงานว่าในปี พ.ศ. 2553 ทั่วโลกมีรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 9.4 ล้านราย เป็นรายเก่า 14 ล้านราย มีผู้เสียชีวิตจากวัณโรค 1.3 ล้านราย คิดเป็นเสียชีวิต 4,800 ราย ต่อวัน อัตราป่วยรวมทั่วโลก 137 ต่อแสนประชากร โดยแนวโน้มของการป่วยยังคงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าประเทศไทยถูกจัดเป็น 1 ใน 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรง⁽¹⁾

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค ได้รายงานสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยวัณโรครวมทุกชนิด 40,051 ราย อัตราป่วย 63.11 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 176 ราย อัตราตาย 0.28 ต่อประชากรแสนคน พบวัณโรคปอดมากที่สุด ร้อยละ 76.05 อัตราป่วย 48.00 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.50 อัตราการค้นหาผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อร้อยละ 69 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่มีเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 70 อัตราความสำเร็จของการรักษาคิดเป็นร้อยละ 83 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่มีเป้าหมายอัตราความสำเร็จของการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 90 ภายในปี ค.ศ. 2015^(2, 3)

อัตราการค้นหาผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ เป็นหนึ่งตัวชี้วัดการควบคุมวัณโรคด้วยยุทธศาสตร์หยุดยั้งวัณโรค (The Stop TB Strategy) เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายแห่งการพัฒนาสหัสวรรษ (Millennium Development Goal: MDG) ในปี พ.ศ. 2558 ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้อัตราการค้นหาผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อไม่ถึงเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคแต่ไม่ได้ไปทำการรักษา หรือไม่สามารถไปรับการรักษาได้⁽¹⁾ (Patient delay) ทำให้ยังมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในชุมชน โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอด 1 รายที่ไม่ได้รับการรักษาสามารถติดเชื้อคนใกล้ชิดได้ถึง 10 -15 คน ต่อปี⁽⁴⁾

การปรับปรุงพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสาธารณสุขมูลฐานยังเป็น 1 ใน 6 ข้อขององค์ประกอบในการดำเนินการยุทธศาสตร์หยุดยั้งวัณโรค (The Stop TB Strategy) โดยการปรับปรุงในระดับนโยบาย การบริการทางการแพทย์ การสร้างฐานข้อมูล สร้างเครือข่ายการวินิจฉัย

ทางห้องปฏิบัติการ และการค้นหาปัจจัยทางสังคมที่มีผลกับสุขภาพของวันโรค (Social determinant of health) สามารถลดความล่าช้าในการรักษาวันโรค (Delay treatment) ได้ นอกจากนี้การส่งเสริมการร่วมมือของผู้ให้บริการสาธารณสุขในการตระหนักถึงอาการของผู้รับบริการที่อาจจะเป็นวันโรค สามารถลดความล่าช้าของการวินิจฉัยวันโรค (Delay diagnosis)⁽⁵⁾

สำหรับจังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ.2553 มีรายงานผู้ป่วยวันโรค จำนวน 214 ราย อัตราป่วย 23.03 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราตาย 0.11 ต่อประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.47 การค้นหาผู้ป่วยวันโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ของจังหวัดปทุมธานี เท่ากับ 29.43% ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ 70%⁽⁶⁾ ประกอบกับจังหวัดปทุมธานี มีการขยายตัวความเป็นเมืองที่อย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ ประชากรตามทะเบียนราษฎร 985,643 คน มีสวนอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ 2 แห่ง มีสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน ถึง 17 แห่ง มีการจ้างแรงงานทั้งชาวไทยและต่างชาติในพื้นที่เป็นจำนวนมาก⁽⁸⁾ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการรับบริการจากผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวันโรค ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมวันโรคในพื้นที่ ทำให้ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญตลอดมา

แต่เนื่องจากข้อมูลการศึกษาความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวันโรคปอดในประเทศไทยยังมิได้มีการวิจัยศึกษาไม่มาก และหากมีก็มักเป็นในทางพฤติกรรมกรรมเข้าใช้บริการเพียงอย่างเดียว หรือในพื้นที่ที่มีความจำเพาะ ไม่ได้ทำการศึกษาระบบการให้บริการ หรือรูปแบบการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยวันโรคปอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง เช่น จังหวัดปทุมธานี ทำให้ผู้วิจัยต้องการทราบขนาดปัญหา ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อการวินิจฉัย การรักษา และรูปแบบการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยวันโรคปอด เพื่อทำให้สามารถควบคุมวันโรคปอด ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยวันโรคปอดที่มารับบริการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดปทุมธานี

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ในจังหวัดปทุมธานีมีปัญหาความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวันโรคปอดหรือไม่ ถ้ามีขนาดของปัญหาเป็นอย่างไร

1.2.2 ผู้ป่วยวันโรคปอดในจังหวัดปทุมธานีมีรูปแบบพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพอย่างไร

1.2.3 มีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวันโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดปทุมธานี

1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด และ ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวันโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐทั้ง 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อค้นหาลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และ รูปแบบการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยวันโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด ในประเด็นต่อไปนี้

ก. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานะภาพสมรส รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวและพฤติกรรมสุขภาพ อาการและความรุนแรงของวันโรค ความรู้เกี่ยวกับวันโรค ทักษะติดต่อวันโรค และรูปแบบการใช้บริการสุขภาพ

ข. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านกายภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล และการทราบถึงข้อมูลและความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัว การจัดการด้านความเป็นอยู่และรายได้ของครอบครัว ต่อเดือน

ค. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และบุคคลที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

3. เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวินโรคปอด ในประเด็นต่อไปนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจ จำนวนครั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ศักยภาพของสถานพยาบาล ความชำนาญของแพทย์ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผลเสมหะหาเชื้อวัณโรค

4. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวินโรคปอด และความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวินโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐทั้ง 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม

รูปที่ 1.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวินโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวินโรคปอด

1.5 นิยามเชิงปฏิบัติการ

ความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด คือ ระยะเวลา (วัน) ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่ามีอาการของวัณโรคปอดจนกระทั่งผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งแรกที่สถานบริการสาธารณสุข หากมีระยะเวลาเกิน 28 วันถือว่าล่าช้า เนื่องจากมาตรฐานการดูแลควบคุมวัณโรค ผู้ที่มีอาการไอเรื้อรัง 3 สัปดาห์ควรได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคปอด⁽⁹⁾

ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด คือ ระยะเวลา (วัน) ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาครั้งแรกด้วยอาการของวัณโรคปอดที่สถานบริการสาธารณสุข จนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด หากมีระยะเวลาเกิน 7 วันถือว่าล่าช้า เนื่องจากขั้นตอนของระบบส่งต่อผู้ป่วยและระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการควรเสร็จสิ้นภายใน 7 วัน⁽¹⁰⁾

ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการรักษาวัณโรคปอด คือ ระยะเวลา (วัน) ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด จนกระทั่งได้รับยารักษาวัณโรคปอด หากมีระยะเวลาเกิน 3 วันถือว่าล่าช้า เนื่องจากการรับยารักษาวัณโรคในจังหวัดปทุมธานี ขั้นตอนของการรับยารักษาวัณโรคปอด หลังวินิจฉัยควรเสร็จสิ้นภายใน 3 วัน

ความล่าช้าจากระบบบริการสาธารณสุขในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด คือ ระยะเวลา (วัน) ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาครั้งแรกด้วยอาการของวัณโรคปอดที่สถานบริการสาธารณสุข จนกระทั่งได้รับยารักษาวัณโรคปอด หากมีระยะเวลาเกิน 10 วันถือว่าล่าช้า⁽¹¹⁾ (คือ ผลรวมระหว่างความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด)

ความล่าช้าในการควบคุมวัณโรคปอดทั้งหมด คือ ระยะเวลา (วัน) ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการของวัณโรคปอดจนกระทั่งได้รับยารักษาวัณโรคปอด หากมีระยะเวลาเกิน 38 วันถือว่าล่าช้า (คือ ผลรวมของความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยและความล่าช้าจากระบบบริการสาธารณสุขในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด)

สถานบริการสาธารณสุข คือ สถานที่ให้บริการทางสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาล รพ.สต. โพลีคลินิก คลินิก ร้านขายยา แต่ไม่รวมถึงการไปรักษากับ หมอชาวบ้าน หมอพระ หมอชาวบ้าน และ รับประทานยาเองที่มีอยู่ที่บ้าน

การวินิจฉัยวัณโรคปอด คือ การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอด โดยแบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้⁽⁹⁾

Pulmonary TB smear positive: หมายถึง ผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีอาการ ตามเกณฑ์ทางคลินิก ร่วมกับ พบภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติบริเวณปอดกลีบบน (upper lobe) เป็นจุดหรือโพรง และ/หรือ ให้ผลบวกจากการตรวจเสมหะด้วยวิธี direct smear ย้อมด้วยสี AFB

อย่างน้อย 1 ครั้ง

Pulmonary TB smear negative: หมายถึง ผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ร่วมกับ พบภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติบริเวณปอดกลีบบน (upper lobe) เป็นจุดหรือโพรง แต่ ให้ผลลบจากการตรวจเสมหะด้วยวิธี direct smear ย้อมด้วยสี AFB อย่างน้อย 2 ครั้ง

อาการทางคลินิกของวัณโรคปอด คือ อาการของผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด ได้แก่ ไอเรื้อรังเกิน 3 สัปดาห์ มักจะมีเสมหะซึ่งส่วนใหญ่สีขาวขุ่นเขียว บางครั้งมีเลือดปน อาการอื่นๆ อาจพบร่วมด้วย คือ ไข้ เจ็บหน้าอก หายใจหอบ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด⁽⁹⁾

อาชีพ คือ กิจกรรมหลักที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดกระทำอยู่ก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ ทั้งที่ก่อให้เกิดรายได้และไม่ก่อให้เกิดรายได้ในรูปของตัวเงิน

ระดับการศึกษา คือ ระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้ป่วยสำเร็จ ก่อนมีอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

โรคประจำตัว คือ โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และ/หรือรับการรักษาก่อนการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจและหลอดเลือด ดิซเซียเอดส์ หอบหืด เป็นต้น

อาการของวัณโรคปอด คือ การระบอบอาการเมื่อมีการเจ็บป่วยครั้งนี้ ได้แก่ มีอาการไอและ/หรือ ไอ และ ไม่มีอาการเจ็บป่วยใดๆ

ความรุนแรงของวัณโรค คือ การระบอบอาการและการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย เมื่อมาตรวจที่สถานบริการครั้งแรก ได้แก่ ไข้สูง ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก

รายได้ คือ เงินของผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับในแต่ละเดือนจากทุกแหล่งรายได้ (บาท)

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค คือ ชุดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวัณโรคปอด ได้แก่ สาเหตุ วิธีการติดต่อ อาการ การวินิจฉัย รักษา และ แนวทางการป้องกัน (ดังข้อคำถาม ในส่วนที่ 6 การวัดและการประเมิน ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ในแบบสอบถาม)

ทัศนคติต่อวัณโรค คือ ความคิดที่มีต่อวัณโรคปอดโดย ประเมินจากการตอบข้อคำถาม ที่มีข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เช่น เป็นโรคที่น่ารังเกียจของสังคม เป็นโรคที่น่าอับอายด้านบวก เช่น เป็นโรคธรรมดาใครก็เป็นได้ เป็นโรคที่รักษาหายได้ เป็นต้น (ดังข้อคำถาม ในส่วนที่ 6 การวัดและการประเมิน ตอนที่ 2 ทัศนคติต่อวัณโรค ในแบบสอบถาม)

การรับรู้ของผู้ป่วย คือ การมองตนเองหรือการประเมินตนเอง ทั้งในแง่ของโอกาสการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคนี้ และประโยชน์ของการรักษา (ดังข้อคำถาม ในส่วนที่ 6 การวัดและการประเมิน ตอนที่ 3 การรับรู้ของผู้ป่วย ในแบบสอบถาม)

เหตุผลการตัดสินใจมารักษา คือ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวันโรคมารับบริการที่สถานพยาบาล เช่น กลัวเสียชีวิต หรือ ญาติบังคับให้ไป หรือ คิดว่าเป็นวันโรค เป็นต้น (ตั้งข้อคำถาม ในส่วนที่ 6 การวัดและการประเมิน ตอนที่ 3 การรับรู้ของผู้ป่วย ข้อที่ 13 ในแบบสอบถาม)

การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ คือ ประเมินจากการที่ผู้มารับบริการเมื่อมีความต้องการใช้บริการจะมาใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐทั้ง 8 แห่งนั้นด้วยความสะดวก ประกอบด้วย ด้านกายภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล และ การทราบถึงข้อมูลและความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง (ตั้งข้อคำถาม ในส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางและการรักษาพยาบาล ข้อที่ 16-24 และ ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะน้ำท่วม ข้อที่ 35-38 ในแบบสอบถาม)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้านกายภาพ ประกอบด้วย ระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลที่ทำการรักษา สถานที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัยในปัจจุบันในระหว่างที่มีอาการป่วย โดยไม่คำนึงถึงภูมิฐานะจริงของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นระดับอำเภอ ผลกระทบจากภาวะน้ำท่วมใน พ.ศ. 2554 ระยะเวลาเดินทางมาโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย (นาที) โดยประเมินจากคำถาม (ตั้งข้อคำถาม ในส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางและการรักษาพยาบาล ข้อที่ 16-20 และ ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะน้ำท่วม ข้อที่ 35-38 ในแบบสอบถาม)

สิทธิการรักษาพยาบาล คือ สิทธิการรักษาพยาบาลปัจจุบันขณะที่เข้ารับการรักษาเจ็บป่วยครั้งนี้

การทราบถึงข้อมูลและความสามารถในการให้บริการ คือ ข้อมูลที่ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับข้อมูลและความสามารถในการรักษาวันโรคของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ในกรณีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม และโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาเป็นประจำ ในกรณีสิทธิเบิกได้จากสวัสดิการของรัฐบาล โดยประเมินจากคำถาม (ตั้งข้อคำถาม ในส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางและการรักษาพยาบาล ข้อที่ 26-28 ในแบบสอบถาม)

ผู้แนะนำให้มารักษา คือ ผู้ที่แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่สถานบริการครั้งแรกตามที่คุณป่วยระบุ

แหล่งข้อมูล คือ ผู้ที่ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอด และ/ หรือ เหตุผลการตัดสินใจมารักษาเนื่องจากคิดว่าเป็นวันโรคปอด ตามที่คุณป่วยระบุ

ลักษณะของครอบครัว คือ รูปแบบของการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในการดำรงชีวิต เช่น อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับครอบครัวสามรุ่น ฯลฯ เป็นต้น

แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การประเมินสิ่งที่คุณคิดว่าได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมเพื่อให้สามารถปรับตัว เผชิญปัญหา ตอบสนองความเจ็บป่วยและความเครียด

(ดังข้อคำถาม ในส่วนที่ 5 การวัดและการประเมิน ตอนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม ในแบบสอบถาม

บุคคลที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย คือ บุคคลที่ผู้ป่วยมาในการตรวจรักษาในแต่ละครั้ง

ความพึงพอใจ คือ การวัดความพึงพอใจของโรงพยาบาลรัฐที่ให้การรักษาผู้ป่วยในด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคปอดรับรู้ ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก และ ความพึงพอใจต่อผลของการให้บริการ (ดังข้อคำถาม ในส่วนที่ 6 การวัดและการประเมิน ตอนที่ 5 ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาล ในแบบสอบถาม)

สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการครั้งแรก คือ สถานที่ที่ผู้ป่วยระบุว่าไปใช้บริการเนื่องจากมีอาการของวัณโรคปอดครั้งแรก หมายถึงสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน โรงพยาบาล รพ.สต. โพลีคลินิก คลินิก ร้านขายยา หมอชาวบ้าน หมอพระหมอชาวบ้าน แต่ไม่รวมถึงการรับประทานยาเองที่มีอยู่ที่บ้าน

ศักยภาพของสถานพยาบาลที่ไปตรวจครั้งแรก คือ ศักยภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ได้แก่ความสามารถในการตรวจเสมหะ (AFB) และความสามารถในการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

ความชำนาญของแพทย์ คือ ประเภทของเจ้าหน้าที่ตรวจให้การรักษาผู้ป่วยเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลรัฐทั้ง 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี โดยแบ่งตามความชำนาญของแพทย์ดังนี้ อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เฉพาะทางอื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นอายุรแพทย์ และ พยาบาลเวชปฏิบัติ

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกราย ไม่จำกัดเพศและอายุ ที่ได้รับขึ้นทะเบียนและรับยารักษาวัณโรคไม่เกิน 2 เดือน ที่โรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลธัญบุรี โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โรงพยาบาลคลองหลวง โรงพยาบาลหนองเสือ โรงพยาบาลลำลูกกา และ โรงพยาบาลสามโคก ระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ.2554 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2555

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ระดับบุคคล: ผู้ป่วยวันโรคจะได้รับความรู้ ความเข้าใจ และรับทราบความสำคัญ และ ข้อบ่งชี้ของการที่จะมารับบริการทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับอาการของโรคที่เป็น ตลอดจนสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยอื่นที่มีอาการคล้ายวันโรคปอดในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยมารับบริการในการตรวจรักษาได้รวดเร็วมากขึ้น

2. ระดับครอบครัว: ได้ตระหนักถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวันโรคปอด สามารถมารับบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

3. ระดับชุมชนและสังคม: ได้แนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการป้องกันควบคุมและดูแลรักษาวันโรคปอดของจังหวัดปทุมธานี และพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ประกอบด้วย

3.1 ได้เครือข่ายทางด้านผู้ให้บริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมวันโรคปอดของจังหวัดปทุมธานีในอนาคตต่อไป

3.2 ได้รับทราบถึงผู้ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชน และกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความล่าช้าในการมารับบริการ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดปทุมธานี

3.3 ได้พัฒนาระบบบริการของการตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยวันโรคปอด ให้สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีคุณภาพและมีความพึงพอใจต่อบริการมากขึ้น

1.8 ข้อจำกัดของการศึกษา

1. เนื่องจากมีเวลาในการศึกษาจำกัด ทำให้มีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลที่สั้น ทำให้สามารถเก็บจำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้ค่อนข้างน้อย

2. ข้อมูลความล่าช้าอาจไม่ได้ครบถ้วนทั้งจังหวัด เนื่องจากไม่ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลอื่นๆ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และ โรงพยาบาลเอกชน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

2.1 แบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ

แบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ (Models for Program Planning in Health Promotion)⁽¹²⁾ มีจำนวนมากมายและหลากหลาย แต่แบบจำลองที่เป็นที่นิยมและมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 จนถึงปัจจุบัน คือ PRECEDE – PROCEED Model ซึ่งได้รับการคิดค้นพัฒนาขึ้นมาโดย PRECEDE model Lawrence W. Green คิดค้นขึ้นมาในปี 1987 และ PROCEED Model Marshall W. Kreuter คิดค้นขึ้นมาในปี 1991 เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษา แบบจำลองนี้เริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพ (Health) และคุณภาพชีวิต (Quality of Life) โดยผลของกระบวนการที่ได้จะนำไปเพื่อออกแบบและประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุข หลักสำคัญของกระบวนการของแบบจำลองนี้ มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ (Outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (Inputs)

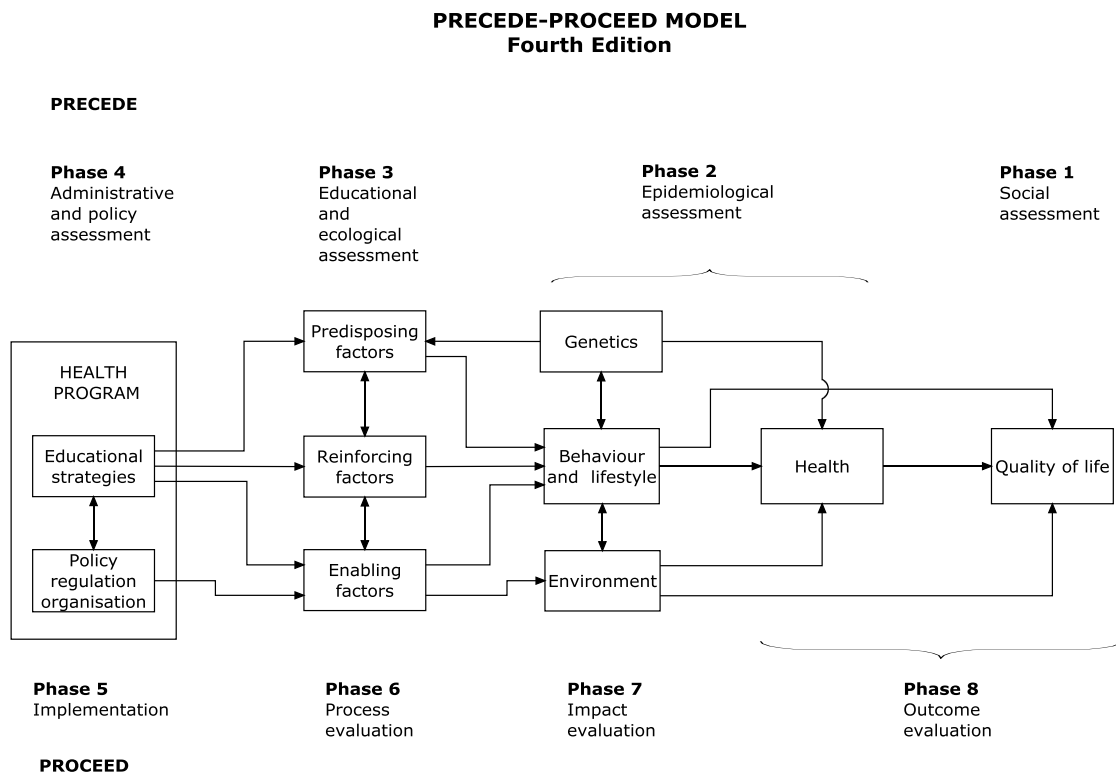
ในแบบจำลองนี้มีแนวคิดสุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ ดังนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงสังคม ดังนั้น จำเป็นจะต้องใช้มาตรการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความหลากหลาย และผสมผสานกัน ทำให้แบบจำลอง(Model) นี้ ประกอบไปด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation)

ส่วนที่ 2 เป็นระยะเวลาของการพัฒนาแผนงาน ซึ่งจะต้องทำการวินิจฉัยปัญหาส่วนที่ 1 ให้สำเร็จจึงจะทำการวางแผนพัฒนา และนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียก PROCEED (Policy Regulatory and Organization Constructions in Educational and Environment Development)

PRECEDE - PROCEED MODEL เพื่อการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 8 ขั้นตอน ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) 4 ขั้นตอน การนำไปปฏิบัติ (implementation) 1 ขั้นตอน และการประเมินผล (Evaluation) 3 ขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากเป้าหมาย

สุดท้ายที่ต้องการให้เกิดขึ้น (Out puts) ซึ่งตามแบบจำลอง (Model) คือ คุณภาพชีวิต หรือ การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะกล่าวถึงขั้นต่างๆ โดยสรุปดังนี้



รูปที่ 2.1 แบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ
(Models for Program Planning in Health Promotion)

1. การวินิจฉัยสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางสังคม (Social problem) ที่มีผลกับคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของประชากรเป้าหมาย ซึ่งปัญหาสังคมจะเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาสุขภาพของชุมชน รวมถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) ที่จะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาต่อไป การวินิจฉัยสังคมสามารถดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

2. การวินิจฉัยทางระบาดวิทยา ด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Epidemiological, Behavioral, and Environmental Diagnosis)

การวินิจฉัยทางระบาดวิทยา เกี่ยวข้องกับการอธิบายปัญหาสุขภาพ โดยระบุความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ข้อมูลที่จะใช้ในการวินิจฉัยขั้นนี้ ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาด ผู้วางแผนจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ตลอดจนกำหนดแนวทางการวางแผน เช่น ระบุผลลัพธ์อะไรบ้างที่ต้องการให้เกิด (What) และมากน้อยเพียงใด (How Much) ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับและจะได้รับเมื่อไร (When)

การวินิจฉัยทางพฤติกรรม การวิเคราะห์พฤติกรรมของการเชื่อมโยงกับปัญหาที่ระบุในการวินิจฉัยทางสังคมหรือการวินิจฉัยทางระบาดวิทยา แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1. พฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะตัว เช่น การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น 2. พฤติกรรมของบุคคลที่มีส่งผลต่อบุคคลที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้ปกครองของวัยรุ่นเก็บบุหรี่ไว้ในบ้าน ทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ 3. ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจที่มีผลกับสิ่งแวดล้อมต่อบุคคลที่มีความเสี่ยง เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการจำกัดการสูบบุหรี่

การวินิจฉัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอาจอยู่นอกเหนือการควบคุมเพื่อให้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง เช่น อาหารที่ไม่มีประโยชน์ที่จำหน่ายภายในโรงเรียนทำให้เกิดภาวะทุโภชนาการในเด็กนักเรียน ซึ่งไม่อาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังอาจต้องมีมาตรการเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ประกอบอาหาร ให้ทำอาหารที่มีประโยชน์ด้วย

3. การวินิจฉัยด้านการศึกษาและระบบนิเวศ (Education and Ecological Diagnosis)

ระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย คือ **ปัจจัยนำ (Predisposing factors)** **ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)** และ **ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)** ในกลุ่มปัจจัยนำจะประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลหรือประชาชน ปัจจัยเสริม หมายถึง องค์ประกอบสุดท้าย ปัจจัยเอื้อ คือ องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยนำ คือ คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ความเชื่อ ค่านิยมทัศนคติ และความเชื่อมั่น เป็นต้น

ปัจจัยเอื้อ คือ คุณลักษณะ ของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และ/หรือ ทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึง

ประสงค์ รวมถึงการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ กฎหมาย ข้อบังคับ การให้ความสำคัญและความตั้งใจจริงของชุมชน/รัฐ

ปัจจัยเสริม คือ รางวัลที่บุคคลได้รับ หรือข้อมูลป้อนกลับที่มาจากบุคคลอื่น หลังจากบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่งๆ แล้ว ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุน หรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู นายจ้าง บุคลากรการแพทย์/สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้มีอำนาจตัดสินใจ

4. การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis)

เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กรและด้านการบริหาร เพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผนงาน

การวินิจฉัยด้านบริหาร เป็นการวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงาน โครงการสุขภาพ

การวินิจฉัยนโยบาย เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับการกิจ กฎระเบียบขององค์กรหรือไม่ เพื่อให้โครงการสุขภาพสามารถนำไปดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน

5. การนำไปดำเนินงาน (Implementation of the program)

6. การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เพื่อประเมินว่ากระบวนการที่ดำเนินงานเป็นไปตามโครงการหรือไม่

7. การประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) เพื่อประเมินประสิทธิผล (Effectiveness) ของโครงการที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยต้น ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

8. การประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluation) เพื่อประเมินโครงการในภาพรวมทุก วัตถุประสงค์ การเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพ (Health) และคุณภาพชีวิต (Quality of Life)

2.2 ภาระวัณโรคในระดับนานาชาติ (The global burden of TB)

องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2009 คาดว่ามีอุบัติการณ์ (estimate incidence) 9.4 ล้านคน (มีค่าระหว่าง 8.9-9.9 ล้านคน) คิดเป็นอัตรา 137/100,000 ประชากร จำนวนผู้ป่วยอยู่ในทวีปเอเชียมากที่สุดถึง 55% รองลงมา คือ ทวีปแอฟริกา มีผู้ป่วย 30% โดยกว่า 81% ของผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกอยู่ใน 22 ประเทศ ซึ่งถือว่าเป็นประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงและต้องให้ความสำคัญในการเร่งรัดการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ประเทศที่มีผู้ป่วยมากที่สุดในโลก 5 อันดับแรก ได้แก่ อินเดีย (1.6-2.4 ล้านคน) จีน (1.1-1.5 ล้านคน) แอฟริกาใต้ (0.40-0.59 ล้านคน) ไนจีเรีย (0.37-0.55 ล้านคน) และ อินโดนีเซีย (0.35-0.52 ล้านคน) ในจำนวนผู้ป่วย 9.4 ล้านคนนี้ คาดว่า เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยประมาณ 1.0-1.2 ล้านคน (11-13%) อยู่ในทวีปแอฟริกาประมาณ 80%

	POPULATION	MORTALITY ^a			PREVALENCE			INCIDENCE			HIV PREVALENCE IN INCIDENT TB CASES (%)		
		BEST ^a	LOW	HIGH	BEST	LOW	HIGH	BEST	LOW	HIGH	BEST	LOW	HIGH
Afghanistan	28 150	11	7.1	15	94	43	160	53	43	64	—	—	—
Bangladesh ^d	162 221	83	60	110	690	320	1 100	360	300	440	0.2	0.1	0.3
Brazil	193 734	4.5	2.2	8.4	100	36	180	87	72	100	12	11	12
Cambodia	14 805	10	7.4	14	100	47	170	65	56	76	6.4	4.5	8.3
China	1 345 751	150	100	220	1 800	740	3 000	1 300	1 100	1 500	1.5	0.9	2.2
DR Congo	66 020	50	36	67	430	200	690	250	200	300	8.4	6.4	11
Ethiopia	82 825	54	38	75	480	220	790	300	240	360	12	8.8	15
India	1 198 003	280	170	430	3 000	1 300	5 000	2 000	1 600	2 400	6.4	3.9	9.8
Indonesia	229 965	62	36	95	660	270	1 100	430	350	520	2.8	1.7	4.3
Kenya	39 802	6.2	3.0	12	110	45	190	120	99	150	44	42	46
Mozambique	22 894	8.8	6.3	12	86	43	130	94	76	110	58	58	58
Myanmar ^e	50 020	29	18	43	300	130	490	200	160	240	11	7.7	14
Nigeria	154 729	110	89	140	830	380	1 400	460	370	550	19	19	19
Pakistan	180 808	60	36	93	640	270	1 100	420	340	500	1.5	1.0	2.2
Philippines	91 983	32	21	45	480	450	510	260	210	310	0.5	0.3	0.8
Russian Federation	140 874	25	17	38	190	65	320	150	120	180	8	7	9
South Africa	50 110	23	10	44	390	160	650	490	400	590	60	54	65
Thailand	67 764	12	7.2	18	130	57	210	93	75	110	17	12	22
Uganda	32 710	9.3	3.9	17	91	39	170	96	78	120	56	39	73
UR Tanzania	43 739	4.0	1.5	9.2	72	27	130	80	75	85	47	33	61
Viet Nam	88 069	32	18	50	290	130	510	180	130	230	4.2	2.9	5.8
Zimbabwe	12 523	10	7.5	14	96	48	150	93	76	110	52	51	52
High-burden countries	4 297 498	1 100	930	1 200	11 000	8 900	14 000	7 600	7 100	8 100	12	11	13
AFR	824 401	430	390	470	3 900	3 300	4 600	2 800	2 700	3 000	37	35	39
AMR	929 509	20	16	24	350	280	450	270	260	290	8.5	8.1	8.9
EMR	596 509	99	74	130	1 000	690	1 500	660	590	750	1.6	1.3	2.1
EUR	891 559	62	51	74	560	430	720	420	390	450	5.3	4.9	5.7
SEAR	1 783 587	480	360	630	4 900	3 300	7 100	3 300	2 900	3 700	5.7	4.1	7.8
WPR	1 800 640	240	180	310	2 900	1 900	4 200	1 900	1 700	2 100	1.8	1.4	2.3
Global	6 826 205	1 300	1 200	1 500	14 000	12 000	16 000	9 400	8 900	9 900	12	11	13

ตารางที่ 2.1 ประมาณการภาระวัณโรค, ปี ค.ศ. 2009 (จำนวน x 1000 ประชากร)^[1]

ความชุกวัณโรค (TB prevalence) คาดว่ามีจำนวน 14 ล้านคน (มีค่าระหว่าง 12–16 ล้านคน) คิดเป็นอัตรา 200/100,000 ประชากร นอกจากนี้คาดว่า ผู้ป่วยเสียชีวิต 1.3 ล้านคนในปี ค.ศ. 2009 (มีค่าระหว่าง 1.2–1.5 ล้านคน) คิดเป็นอัตรา 20/100,000 ประชากร ในจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต คาดว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ประมาณ 0.4 ล้านคน

ในปี ค.ศ. 2008 น่าจะมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/XDR-TB) ประมาณ 440,000 คน (คาดการณ์ระหว่าง 390,000 – 510,000 คน) และองค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 27 ประเทศ ซึ่งมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 85% ของผู้ป่วยทั่วโลกประเทศที่มีผู้ป่วยดื้อยาหลายขนานมากที่สุดในโลก 3 อันดับแรก ได้แก่ จีน (100,000 คน) อินเดีย (99,000 คน) รัสเซีย (38,000 คน) และ แอฟริกาใต้ (13,000 คน) โดยปี ค.ศ. 2010 จนกระทั่งถึงเดือนกรกฎาคม มีการรายงานผู้ป่วยอย่างน้อย 1 รายที่เป็น XDR-TB ใน 58 ประเทศ

ตัวชี้วัดและเป้าหมายความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของโลก

ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ได้ดำเนินงานควบคุมวัณโรคด้วยยุทธศาสตร์หยุดยั้งวัณโรค (The Stop TB Strategy) มีเป้าหมายสำคัญ เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายแห่งการพัฒนาสหัสวรรษ (Millennium Development Goal: MDG) ในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) ซึ่งมีเป้าหมายหลัก เพื่อลด อัตราความชุก อัตราอุบัติการณ์ และอัตราตายลงครึ่งหนึ่ง เมื่อเทียบกับสถานการณ์เมื่อปี พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) โดยกำหนดตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

1. การรายงานจำนวนผู้ป่วยวัณโรครวมทุกชนิด 7,000,000 ราย ภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015)
2. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ (treatment success) 90% ภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015)
3. อัตราการค้นหาผู้ป่วย (Case detection rate) $\geq 70\%$ ภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015)
4. อัตราการตรวจเลือดเอชไอวีของผู้ป่วยวัณโรค (HIV testing) 85% ภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015)
5. อัตราการได้รับยา co-trimoxazole ของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (Co-trimoxazole Preventive Therapy: CPT) 100% ภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015)
6. ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (Anti-retroviral Therapy : ART) ภายในปี พ.ศ. 2553 (ค.ศ. 2010)
7. อัตราการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 80% ภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015)

ความก้าวหน้าของการดำเนินงานที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก

1. การค้นหารายป่วย (Case notification)

องค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2010 รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2009 ได้รับรายงานข้อมูลจากประเทศต่างๆ ทั่วโลกว่าค้นพบผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งสิ้น 5.8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยใหม่เสมอพบเชื้อ 2.6 ล้านคน ผู้ป่วยใหม่เสมอไม่พบเชื้อ 2.0 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด 0.9 ล้านคน

2. ผลของการรักษา (Treatment outcome)

ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี ค.ศ. 2008 มีผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยใหม่เสมอพบเชื้อ (treatment success) 86% จากเป้าหมายที่ 90%

3. อัตราการค้นหาผู้ป่วย (Case detection rate)

เป้าหมายของอัตราการค้นหาผู้ป่วยที่องค์การอนามัยโลกตั้งไว้ คือ $\geq 70\%$ ผลงานในปี ค.ศ. 2009 คือ 63% (ประมาณ 60-67%) อัตราการค้นหาค้นพบสูงสุด คือประเทศในกลุ่มประเทศยุโรป 80% (ประมาณ 74-85%) และกลุ่มประเทศแอฟริกาต่ำที่สุด คือ 50% (ประมาณ 48-53%)

มีสาเหตุสำคัญ 3 ประการที่ทำให้อัตราการค้นหาผู้ป่วยไม่ถึงเป้าหมาย คือ

1. ให้การรักษาผู้ป่วย แต่ไม่ได้ลงทะเบียนรายงานผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยวัณโรคไปรับการรักษาแต่ไม่ได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค
3. ผู้ป่วยไม่ได้ไปทำการรักษาเมื่อเจ็บป่วย อาจเป็นเพราะไม่มีอาการรุนแรง หรือ ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

4. การผสมผสานงานวัณโรคและเอชไอวี

ปี ค.ศ. 2009 ผู้ป่วยวัณโรค 1.6 ล้านคน ได้รับการตรวจเลือดเอชไอวี คิดเป็น 26% ของผู้ป่วยวัณโรคที่ค้นพบผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยา co-trimoxazole 71% (ประมาณ 2.2 แสนคน) และได้รับยาต้านไวรัส 40% (หรือประมาณ 140,000 แสนคน) ซึ่งเป้าหมายตั้งไว้ถึง 3 แสนคน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้นจาก 6 แสนคน ในปี ค.ศ. 2007 เป็น 1.7 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2009 และผู้ติดเชื้อฯ ได้รับยาป้องกันวัณโรคด้วยยา isoniazid (IPT) 30,000 คน ในปี ค.ศ. 2007 เป็น 80,000 คน ในปี ค.ศ. 2009 จะเห็นได้ว่า มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานมากขึ้น แต่ยังคงต้องการการเร่งรัดอย่างต่อเนื่อง

5. วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/XDR-TB)

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ประมาณ 30,000 คนที่ได้รายงานว่าได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ในปี ค.ศ.2008 คิดเป็น 11% ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณเท่านั้น ซึ่งมีผลสำเร็จการรักษาตั้งแต่ 30-80% (รายงานผู้ป่วยจาก 6 ประเทศ)

2.3 สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย

2.3.1 สถานการณ์ทั่วไป

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุข จากการคาดการณ์ขนาดปัญหาวัณโรคในประเทศไทย ปี 2552 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศไทยน่าจะมีอัตราความชุกของวัณโรคประมาณ 130,000 ราย (189 ต่อแสนประชากร) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 93,000 ราย (137 ต่อแสนประชากร) และจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตปีละ 12,000 ราย (18 ต่อแสนประชากร)

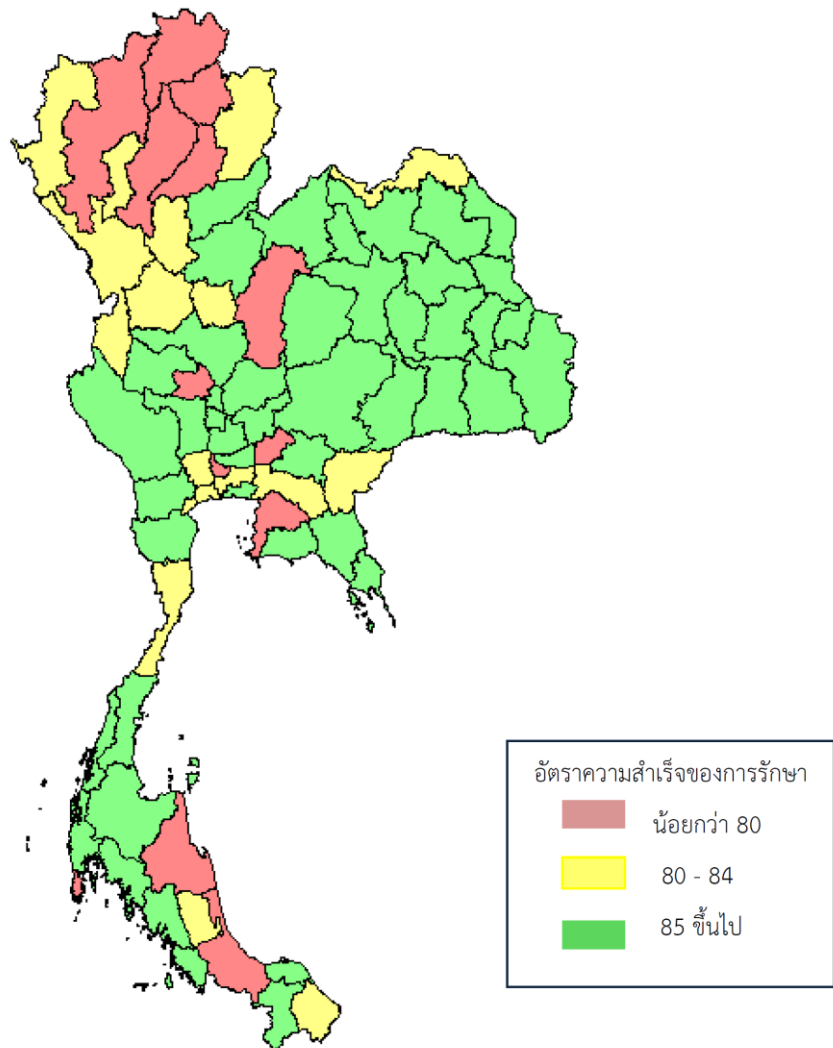
นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้รายงานอัตราการตรวจพบรายป่วยของประเทศไทยว่าอยู่ที่ร้อยละ 70 ซึ่งเท่ากับเป้าหมายของประเทศคือร้อยละ 70

สำหรับแนวโน้มอัตราความสำเร็จของการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคใหม่เสมอพบเชื้อระหว่างปีงบประมาณ 2546 - 2552 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งในปี 2552 อัตราความสำเร็จของการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 85 ซึ่งเท่ากับ เป้าหมายของประเทศ (ร้อยละ 85) ส่วนอัตราการขาดยาอยู่ที่ร้อยละ 4 และอัตราการตายอยู่ที่ร้อยละ 8

สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยที่กรมควบคุมโรค⁽¹³⁾ได้รับรายงาน โดยรวบรวมจากสถานพยาบาลผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 1 - 12 ในไตรมาสที่ 1- 4 ปีงบประมาณ 2553 พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่เสมอพบเชื้อมีจำนวน 37,108 ราย ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำจำนวน 2,079 ราย ผู้ป่วยราย ใหม่เสมอพบเชื้อไม่พบเชื้อจำนวน 24,259 รายและผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดจำนวน 11,450 ราย คิดรวมเป็นผู้ป่วยทุกประเภทจำนวน 74,896 ราย

สำหรับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อขึ้นทะเบียนรักษา ในไตรมาสที่ 1 - 4 ปีงบประมาณ 2552 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา 34,544 ราย จำนวนผู้ป่วยรักษาหาย และรักษากรบ 29,126 ราย คิดเป็นอัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 84 ทั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดยา 1,312 รายและจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 2,446 ราย

ในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2554 พบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ มีจำนวน 5,612 ราย ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำจำนวน 317 ราย ผู้ป่วยรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ จำนวน 3,123 รายและผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดจำนวน 1,739 ราย คิดรวมเป็นผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทจำนวน 10,791 ราย



รูปที่ 2.2 อัตราความสำเร็จการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2551 – 30 กันยายน 2552

2.3.2 สถานการณ์วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

รายงานผลการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ ในไตรมาสที่ 1- 4 ปี 2553 มีจำนวน 74,896 ราย ได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ 56,393 ราย (ร้อยละ 75.3) สมัครใจตรวจเลือดเอชไอวี 52,753 ราย (ร้อยละ 70.44) และมีผลเอชไอวีเป็นบวก 8,544 ราย (ร้อยละ 16.2)

สำหรับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยที่ได้รับยาโคไตรมอกซาโซน (Co-trimoxazole) มีจำนวน 6,090 ราย (ร้อยละ 71.27) ได้รับการตรวจหาระดับ CD4 ทั้งหมด 6,672 ราย (ร้อยละ 78.1) และได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวี 4,559 ราย (ร้อยละ 68.33 จากผู้ป่วยที่ตรวจหาระดับ CD4)

2.3.3 สถานการณ์วัณโรคดื้อยา (MDR-TB)

จากการสำรวจวัณโรคดื้อยาทางห้องปฏิบัติการของประเทศไทยครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า อัตราผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 1.65 และอัตราผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่เคยรักษามาก่อน ร้อยละ 34.54

รายงานเบื้องต้นจากสถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนานในประเทศไทย ระหว่างปีงบประมาณ 2550 – 2552 โดย นายแพทย์มงคล อังศริทองกุลและคณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่และศูนย์สาธิตบริการจำนวน 126 แห่งทั่วประเทศ พบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในปีงบประมาณ 2552 มีจำนวนทั้งหมด 356 ราย ปีงบประมาณ 2551 มีจำนวน 321 ราย และปีงบประมาณ 2550 มีจำนวน 244 ราย โดยผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานระหว่างปี 2550 – 2552 ในด้านอัตราความสำเร็จการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 53 (44 รายใน 83 ราย) และอัตราความสำเร็จการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่เคยรักษามาก่อนอยู่ที่ร้อยละ 53.4 (246 รายใน 460 ราย)

สำหรับอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 21.7 (18 รายใน 83 ราย) และอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่เคยรักษามาก่อนอยู่ที่ร้อยละ 20.2 (93 รายใน 460 ราย) ในด้านอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานรายใหม่อยู่ที่ร้อยละ 19.3 (16 รายใน 83 ราย) และอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่เคยรักษามาก่อนอยู่ที่ร้อยละ 22 (101 รายใน 460 ราย)

2.3.4 สถานการณ์วัณโรคในเรือนจำ

สถานการณ์วัณโรคในเรือนจำที่กรมควบคุมโรคได้รับรายงานจากกรมราชทัณฑ์ พบว่าจำนวนผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรคในไตรมาสที่ 1- 4 ปี 2553 มีทั้งหมด 853 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เสมหะพบเชื้อ 441 ราย ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำจำนวน 54 ราย ผู้ป่วยรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อจำนวน 247 รายและผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดจำนวน 111 ราย

ในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2554 มีจำนวนผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรคทั้งหมด 250 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เสมหะพบเชื้อ 143 ราย ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำจำนวน 16 ราย ผู้ป่วยรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อจำนวน 53 รายและผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดจำนวน 38 ราย

สำหรับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำประจำไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2553 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา 95 ราย จำนวนผู้ป่วยรักษาหายและรักษาครบ 77 ราย คิดเป็นอัตราการความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 81 ทั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 6 รายและไม่มีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดยา

2.3.5 สถานการณ์วัณโรคในแรงงานข้ามชาติ และชายแดน

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคในแรงงานข้ามชาติและชายแดนใน ปี 2553 มีทั้งหมด 1,927 ราย โดยจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เสมหะพบเชื้อมีทั้งหมด 1,028 ราย ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ 27 ราย ผู้ป่วยรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ 652 รายและผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด 220 ราย ซึ่งจังหวัดที่มีผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ใช่คนไทยมากที่สุดคือ สมุทรสาคร กาญจนบุรีและตาก ตามลำดับ

สำหรับผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ และชายแดนในไตรมาสที่ 1 - 4 ปีงบประมาณ 2553 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา 1,034 ราย จำนวนผู้ป่วยรักษาหายและรักษาครบ 852 ราย คิดเป็น อัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 82 ทั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดยา 100 รายและ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 38 ราย

ในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2554 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท 494 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ 264 ราย ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ 12 ราย ผู้ป่วยรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ 147 รายและผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด 71 ราย

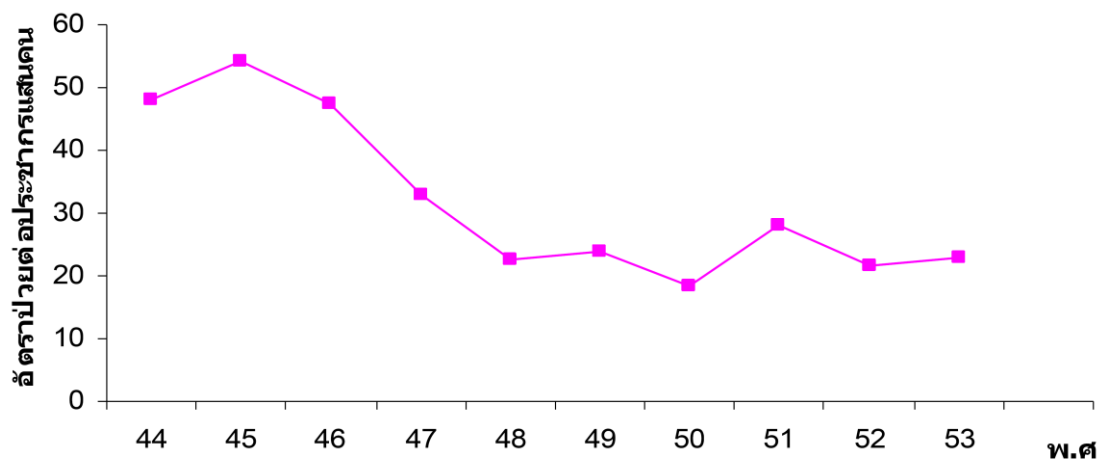
สำหรับผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ และชายแดนในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2553 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา 243 ราย จำนวนผู้ป่วยรักษาหายและ

รักษากรบ 170 ราย คิดเป็นอัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 70 ทั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดยา 41 รายและจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 12 ราย

2.4 สถานการณ์โรคของจังหวัดปทุมธานี

2.4.1 สถานการณ์ทั่วไป⁽⁶⁾

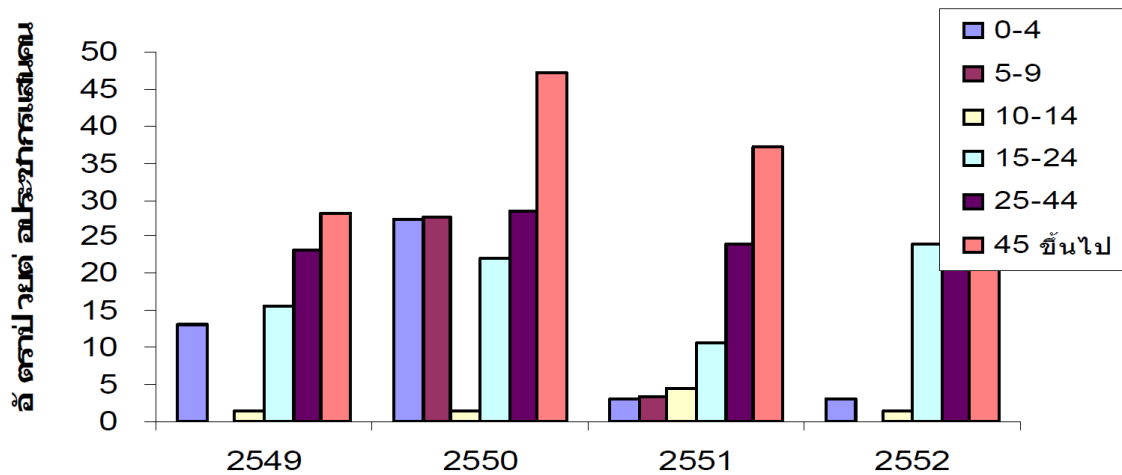
ปี พ.ศ.2553 จังหวัดปทุมธานี มีรายงานผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 214 ราย อัตราป่วย 23.03 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย อัตราตาย 0.11 ต่อประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.47 (ตามรูปที่ 4)



รูปที่ 2.3 อัตราป่วยโรควัณโรค จังหวัดปทุมธานี พ.ศ.2544 – 2553

พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 151 ราย เพศหญิง 63 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1: 2.40 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป อัตราป่วย 49.51 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 55 - 64 ปี, 35 - 44 ปี, 45 - 54 ปี, 15 - 24 ปี, 25 - 34 ปี, 0 - 4 ปี และ 10 - 14 ปี อัตราป่วย 39.33, 26.37, 26.19, 24.13, 23.06, 3.13 และ 1.45 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ตามรูปที่ 2.4)

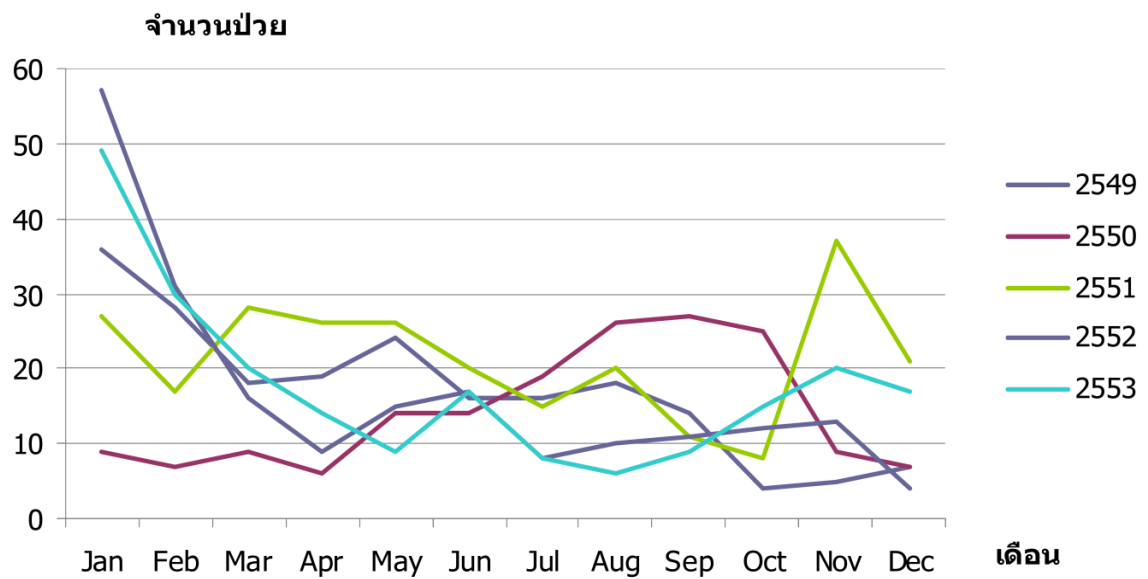
อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือรับจ้าง จำนวน 117 ราย รองลงมาคือ งานบ้าน นักเรียน ในปกครอง อาชีพอื่นๆ ค้าขาย ราชการ ประมง นักบวช ทหาร/ตำรวจ เกษตร จำนวน 25, 19, 14, 13, 9, 8, 5, 2, 1, 1 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยมากที่สุดในเดือนมกราคมจำนวน 49 ราย (รูปที่ 2.5)



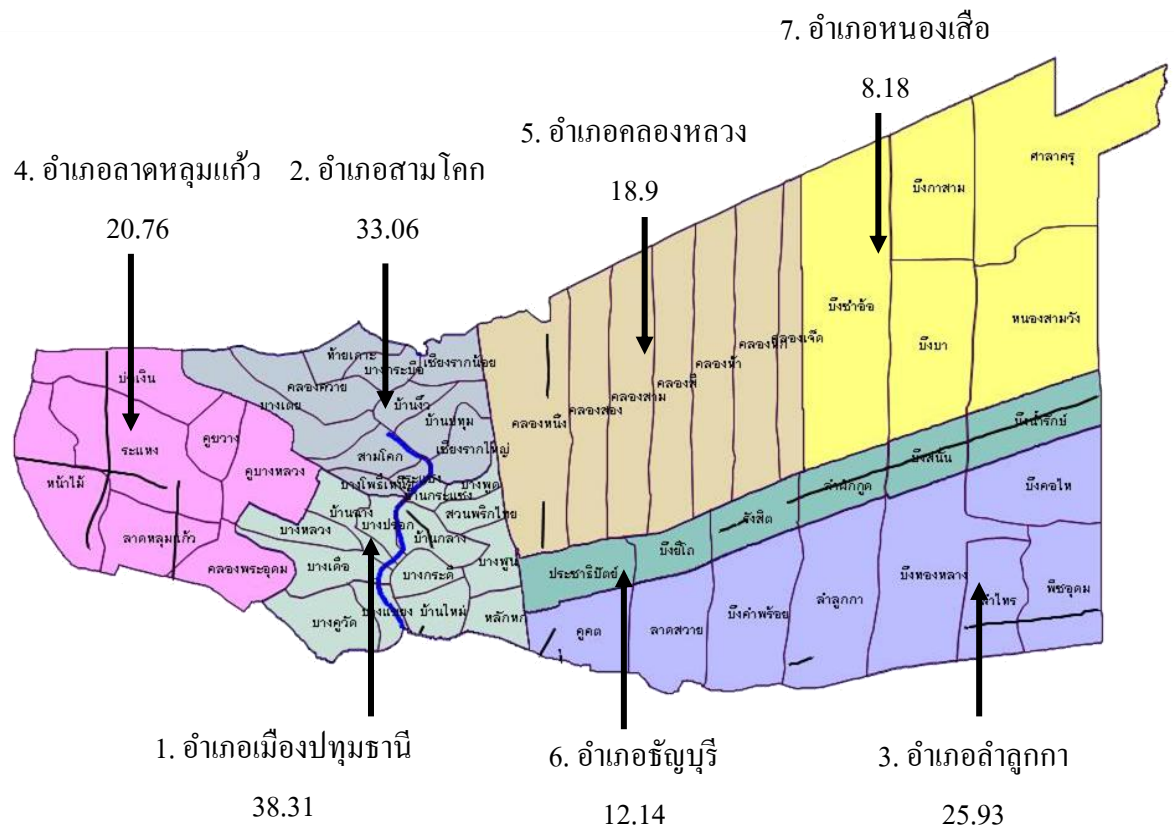
รูปที่ 2.4 อัตราป่วยโรคโควิด-19 จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดปทุมธานี พ.ศ.2549 - 2553

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ 4 ราย โรงพยาบาลทั่วไป 80 ราย โรงพยาบาลชุมชน 94 ราย คลินิกราชการ 1 ราย สถานีอนามัย 8 ราย โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 17 ราย คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน 10 ราย

อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ อำเภอเมืองปทุมธานี อัตราป่วย 38.31 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอสามโคก อำเภอลำลูกกา อำเภอลาดหลุมแก้ว อำเภอลองหลวง อำเภอธัญบุรี อำเภอหนองเสือ อัตราป่วย 33.06, 25.93, 20.76, 18.9, 12.14, 8.18, ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (รูปที่ 2.6)



รูปที่ 2.5 จำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 จำแนกรายเดือน จังหวัดปทุมธานี พ.ศ.2549 – 2553



รูปที่ 2.6 อัตราป่วยโรคโควิด 19 จำแนกรายอำเภอ จังหวัดปทุมธานี พ.ศ.2553

2.4.1 ผลการดำเนินงานดูแลโรคจังหวัดปทุมธานี⁽¹⁴⁾

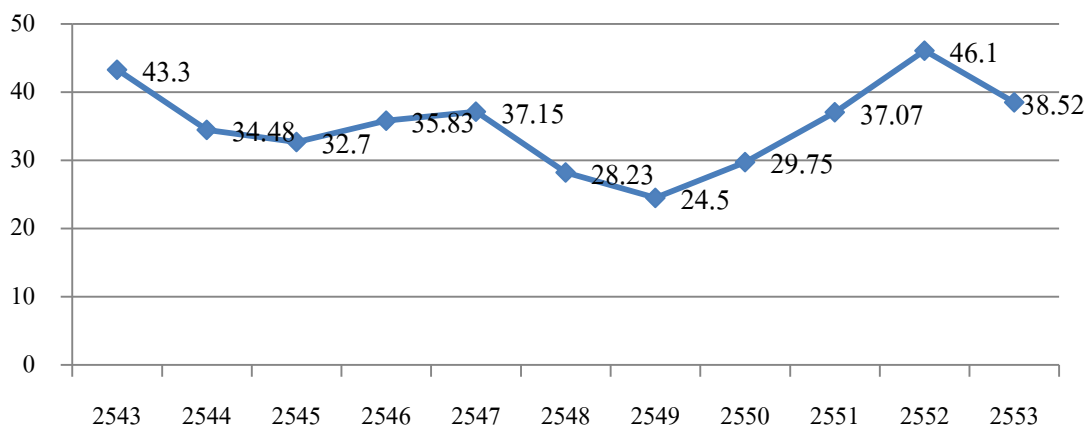
1. ผลการค้นหาผู้ป่วยเสมอพบเชื้อรายใหม่ (Case detection Rate 70%)

ตารางที่ 2.2 ผลการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ของจังหวัดปทุมธานี
แยกรายอำเภอ ตั้งแต่ ตุลาคม 2553 ถึง 31 กรกฎาคม 2554

อำเภอ	อุบัติการณ์วัณโรคปอด เสมอพบเชื้อ 62 ต่อแสน ประชากร (ราย) (1)	เป้าหมาย ค้นหา 70% (ราย) (2)	จำนวน ผลงาน การค้นหา (ราย) (3)	ร้อยละของการค้นหาต่อ เป้าหมาย 62 :แสน ประชากร (3)*100 /(1)
เมือง	107	75	41	38.31
คลองหลวง	139	97	31	22.30
ธัญบุรี	115	80	68	59.13
หนองเสือ	30	21	13	43.33
ลาดหลุมแก้ว	34	23	7	20.58
ลำลูกกา	141	98	8	5.67
สามโคก	32	22	8	25.00
รวม	598	416	176	29.43

จากข้อมูลข้างต้นของสำนักงานสาธารณสุขปทุมธานี พบว่าการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค
เสมอพบเชื้อรายใหม่ ของจังหวัดปทุมธานี ยังต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ 70% โดย
มีอัตราการค้นหาอยู่ที่เพียง 29.43% เท่านั้น

2. อัตราป่วยด้วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ของจังหวัดปทุมธานี ที่ขึ้นทะเบียนรักษาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2543 - 2552



ภาพที่ 2.7 อัตราป่วยด้วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะบวก ของจังหวัดปทุมธานีที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดปีงบประมาณ 2543- ก.ย.2553

จากข้อมูลข้างต้นของสำนักงานสาธารณสุขปทุมธานี พบว่าอัตราป่วยด้วยวัณโรคเสมหะบวกในแต่ละปีตั้งแต่ปี 2543 มีค่าคงที่ใกล้เคียงกัน ไม่ลดลงทั้งที่มีการดำเนินงานตามแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

3. อัตราป่วยด้วยโรควัณโรคทุกประเภท

ตารางที่ 2.3 อัตราป่วยด้วยโรควัณโรคทุกประเภทและรายใหม่เสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียน ต่อแสนประชากร แยกรายอำเภอ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 มิถุนายน 2554

อำเภอ	จำนวนประชากร	Pul.TB New M+(ราย)	อัตราป่วย : แสนประชากร	วัณโรค ทุกประเภท	อัตราป่วย : แสนประชากร
เมือง	173,165	34	19.63	107	61.79
คลองหลวง	225,558	27	11.97	88	39.01
ธัญบุรี	186,238	67	35.98	114	61.21
หนองเสือ	49,544	11	22.20	21	42.39
ลาดหลุมแก้ว	55,867	5	8.95	13	23.27
ลำลูกกา	228,695	8	3.50	23	10.06
สามโคก	51,943	7	13.48	8	15.40
รวม	971,010	159	16.37	374	38.52

จากข้อมูลข้างต้นพบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่พบมากที่สุด และ อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่สูงที่สุด คือ อำเภอธัญบุรี จำนวน 67 ราย และ 35.98 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดพบมากที่สุด คือ อำเภอธัญบุรี จำนวน 114 ราย และ อัตราผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดสูงที่สุด คือ อำเภอเมือง 61.72 รายต่อแสนประชากร

4. ผลการรักษาวัณโรครายใหม่

ตารางที่ 2.4 อัตราผลสำเร็จการรักษาวัณโรครายใหม่ แยกรายโรงพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 ถึง 30 มิถุนายน 2553

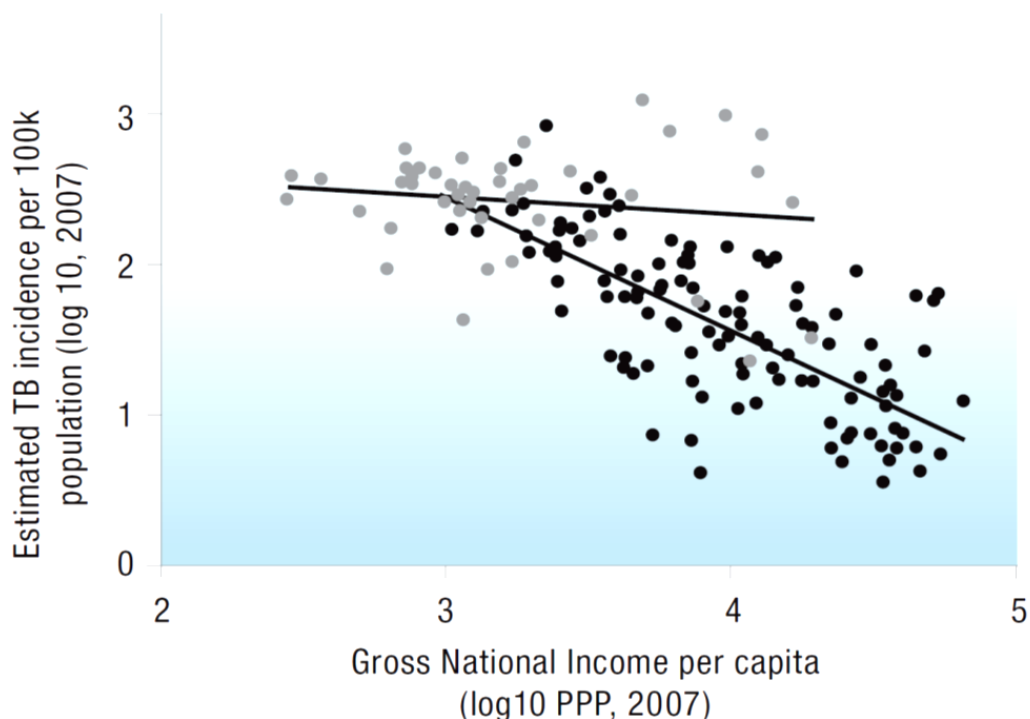
CUP	จำนวน ผู้ป่วย (ราย)	หาย	ล้มเหลว	เสียชีวิต	ขาดยา	โอนออก	อัตราสำเร็จ (%)
เมือง	38	37	0	0	0	1	97.37
คลองหลวง	19	19	0	0	0	0	100.00
ธัญบุรี	17	16	0	1	0	0	94.12
ประจักษ์ศิลปชัย	24	23	0	1	0	0	95.83
หนองเสือ	10	9	0	1	0	0	90.00
ลาดหลุมแก้ว	20	19	0	1	0	0	95.00
ลำลูกกา	12	12	0	0	0	0	100.00
สามโคก	8	8	0	0	0	0	100.00
รวม	148	143	0	4	0	1	96.62

พบว่าอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรครายใหม่ ของจังหวัดปทุมธานี พบว่าสูงกว่า เป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ 90% ⁽¹⁾ (เป้าหมายของประเทศไทย อยู่ที่ 85%)

2.5 ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยเสี่ยงของวัณโรค

ในปี ค.ศ. 2010 องค์การอนามัยโลก⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของวัณโรค โดยมีจุดประสงค์เพื่อค้นหาวิธีการป้องกันควบคุมวัณโรคโดยขยายมุมมองครอบคลุมไปถึงปัจจัยทางด้านสังคม การศึกษานี้จะมุ่งเน้นไปที่ตัวกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและพฤติกรรมเท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึง เพศ อายุ กรรมพันธุ์ ฯลฯ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผลจากข้อมูลการเฝ้าระวังวัณโรคใน 22 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง⁽¹⁾ ซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย

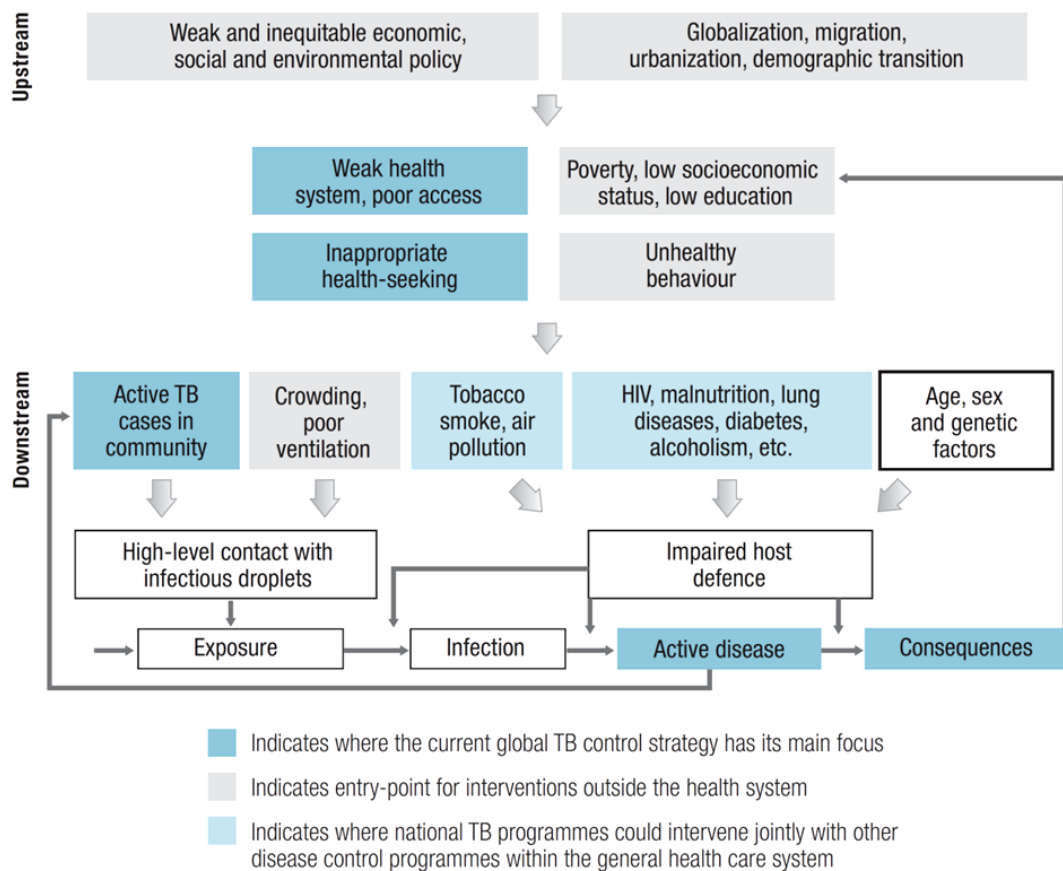
การวิเคราะห์ข้อมูลในด้านระบาดวิทยาพบว่าแม้บางประเทศ ที่มีการนำยุทธศาสตร์ DOT มาใช้อย่างจริงจังและมีระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่ดี จนทำให้อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคมากกว่า 70% และ อัตราการรักษาหายอยู่ที่ 85% เช่น ประเทศเวียดนาม หรือ ประเทศโมร็อกโก อัตราป่วยของวัณโรคก็ไม่ได้ลดลงตามความคาดหวัง ดังนั้น คณะทำงานฯ ขององค์การอนามัยโลกจึงเสนอว่า เพื่อควบคุมวัณโรคให้ได้ผลควรจะต้องลดจำนวนประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค โดยการป้องกันที่กลุ่มเสี่ยง และปรับปรุงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้ดีขึ้น



รูปที่ 2.8 ความสัมพันธ์ระหว่างผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศและอัตราอุบัติการณ์วัณโรค

หมายเหตุ : จุดสีเทาและเส้นตรงด้านบนหมายถึงประเทศในทวีปแอฟริกา จุดสีดำและเส้นตรงด้านล่างหมายถึงประเทศในทวีปอื่นๆ

อุบัติการณ์ของวัณโรคกับผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP per capita) พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่ง โดย 90% ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา กว่า 60% ของผู้ป่วยวัณโรคอาศัยอยู่ในประเทศยากจน 20 อันดับแรก จากข้อมูลสามารถสรุปได้ว่า การลดความยากจน และ ปรับปรุงสถานะทางเศรษฐกิจ สามารถที่ลดอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคได้ (รูปที่ 2.8)



รูปที่ 2.9 กรอบแนวคิดของปัจจัยทางสังคมและปัจจัยเสี่ยงของวัณโรค

Downstream หมายถึง ปัจจัยใกล้ชิดตัว เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค

Upstream หมายถึง ปัจจัยไกลตัว เป็นปัจจัยทางด้านสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค

2.5.1 ปัจจัยใกล้ตัว (Downstream determinants)

วัณโรคเป็นโรคที่ติดต่อทางเดินหายใจ โดยการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ หากมีผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อในชุมชนเป็นจำนวนมากก็จะยิ่งทำให้มีอุบัติการณ์ของวัณโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุนี้ถูกบรรจุอยู่ในกลยุทธ์ในการควบคุมวัณโรคขององค์การอนามัยโลก^(1, 16) และประเทศไทย⁽¹⁷⁾ โดยการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

การเพิ่มโอกาสสัมผัสกับเชื้อวัณโรคในสิ่งแวดล้อม (Physical environment) ก็เพิ่มโอกาสการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น การอาศัยในที่แออัด การระบายอากาศไม่ดี เช่น ในสถานบริการ สถานที่ทำงาน ระบบขนส่งมวลชน หรือ เรือนจำ เป็นต้น

การสูบบุหรี่ทำให้กำจัดเชื้อโรคในระบบทางเดินหายใจได้ลดลง จึงมีผลทำให้เป็นวัณโรคได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้สารที่ได้จากการเผาไหม้ในอาคารก็มีผลทำให้เพิ่มการเป็นวัณโรคเช่นเดียวกัน แต่ไม่รวมถึงมลพิษทางอากาศภายนอก เนื่องจากข้อมูลมีจำกัดจึงไม่สามารถสรุปได้

ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว หรือภาวะเจ็บป่วยทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงมีความเสี่ยงในการเป็นวัณโรคสูงขึ้น ได้แก่ โรคเอดส์ ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition) พิษสุราเรื้อรัง สูบบุหรี่ มลพิษทางอากาศ โรคปอดเรื้อรัง มะเร็ง โรคซึมเศร้า ล้วนทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 2.5)

ตารางที่ 2.5 ปัจจัยเสี่ยง อัตราอุบัติการณ์และ Population attributable fraction

Risk factor (reference for relative risk and prevalence estimates respectively)	Relative risk for active TB disease (range) ^a	Weighted prevalence, total population, 22 high TB burden countries ^b	Population attributable fraction (range) ^c
HIV infection (76, 132) ^d	26.7 (20.4–34.9)	0.9%	17.6% (13.7–22.1)
Malnutrition (121, 133) ^e	4.0 (2.0–6.0)	17.2%	34.1% (14.7–46.3)
Diabetes (126, 134)	3.1 (2.3–4.3)	3.4%	6.6% (4.1–9.9)
Alcohol use > 40g/day (123) ^f	2.9 (1.9–4.6)	7.9%	13.1% (2.8–10.3)
Active smoking (124, 135) ^g	2.6 (1.6–4.3)	18.2%	22.7% (9.9–37.4)
Indoor pollution (117, 118) ^h	1.5 (1.2–3.2)	71.1%	26.2% (12.4–61.0)

หมายเหตุ

- Range is equal to 95% confidence interval, except for malnutrition.
- 22 countries that together have 80% of the estimated global TB burden (24).
- Population attributable fraction = [prevalence x (relative risk – 1)] / [prevalence x (relative risk – 1) + 1].

- d. Relative risk 26.7 for countries with HIV prevalence between 0.1% and 1%. The relative risk for countries with HIV prevalence > 1% is 20.6 (95% confidence interval: 15.4–27.5).
- e. Relative risk range based on range in studies reviewed in this qualitative systematic review. Point estimate is the midpoint of the range.
- f. Prevalence from unpublished data provided by Jurgen Rehm (personal communication).
- g. Relative risk from pooled estimate across high-quality studies comparing active to never smokers.
- h. Point estimate for relative risk from Rehfuss (117) and 95% confidence interval from Lin, Ezzat and Murray (118).

2.5.2 ปัจจัยไกลตัว (Upstream determinants)

2.5.2.1 สถานะทางสังคม (Socioeconomic status)

จากการศึกษาในทวีปแอฟริกา เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีสถานะทางสังคมต่ำ (Low socioeconomic status) กับผู้ที่มีสถานะทางสังคมสูง (High socioeconomic status) พบว่าผู้ที่มีสถานะทางสังคมต่ำ จะมีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคได้บ่อยกว่า อาศัยอยู่ในที่จำกัด แออัดกว่า การระบายอากาศแยกว่า มีความรู้ต่ำกว่า มีความตระหนักรู้ในสุขภาพต่ำกว่า และ ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ดีมีคุณภาพได้มากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่ามีภาวะขาดสารอาหาร การสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ และการสูบบุหรี่ ซึ่งพบมากกว่าในผู้ป่วยที่มีสถานะทางสังคมต่ำ

สำหรับการติดเชื้อเอชไอวียังไม่สามารถสรุปได้ว่าเกี่ยวข้องกับสถานะทางสังคม แม้จะพบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจะสูงในประเทศยากจนและปานกลาง (Low & Middle income country) และลดลงในประเทศที่ร่ำรวย (High income country) ก็ตาม แต่หากพิจารณาในระดับประชากรพบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีไม่สัมพันธ์กับสถานะทางสังคม

ภาวะติดเชื้อเอชไอวีพบมากในประเทศที่ร่ำรวยมากกว่าประเทศที่ยากจน แต่เมื่อพิจารณาภายในแต่ละประเทศ โดยเฉพาะในเพศชายจะพบว่า การดื่มในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือ การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ จะพบว่าสัมพันธ์กับผู้ที่มีระดับสถานะทางสังคมที่ต่ำมากกว่าผู้ที่มีระดับสถานะทางสังคมสูง

สำหรับโรคเบาหวานความสัมพันธ์กับสถานะทางสังคมค่อนข้างจะซับซ้อน พบว่าประเทศที่มีมีฐานะปานกลางและร่ำรวย (Middle & High income country) จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าประเทศยากจน (Low income country) แต่เมื่อพิจารณาถึงสถานะทางสังคมพบว่าโรคเบาหวานพบมากกว่าในผู้ที่มีสถานะทางสังคมต่ำ

2.5.2.2 ความแตกต่างของเพศ (Sexual differentiation)

ในประเทศส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 2:1 แต่ในบางประเทศ เช่น อัฟกานิสถาน และอิรัก มีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:2 สาเหตุที่เพศชายเป็นมากกว่าเพศหญิงนั้นมีรายงานว่า เป็นเพราะผู้หญิงไปใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขน้อยกว่าเพศชาย

นอกจากนี้อาจมีสาเหตุจากฮอร์โมนเพศหญิงซึ่งอาจทำให้เพศหญิงเป็นวัณโรคน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจาก มีรายงานพบว่า มีอุบัติการณ์ของวัณโรคในเพศหญิงสูงขึ้นขณะตั้งครรภ์หรือภายหลังตั้งครรภ์ไม่นาน นอกจากนี้ยังอาจเป็นเพศชายสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิงทำให้เสี่ยงเป็นวัณโรคมากกว่า

การติดเชื้อเอช ไอ วี เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีโอกาสเป็นวัณโรคสูงขึ้น ในบางประเทศที่เพศหญิงมีอัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี สูงขึ้น สัดส่วนระหว่างเพศชายและหญิงก็ลดลงตามไปด้วย ดังนั้นสัดส่วนทางเพศระหว่างเพศชายและเพศหญิงจึงขึ้นกับสถานะทางสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน

2.5.2.3 ความเป็นเมือง และความยากจน (Urbanization and poverty)

ความเป็นเมืองทำให้โอกาสการติดเชื้อวัณโรคสูงขึ้น เนื่องจากมีประชาชนอยู่อย่างหนาแน่น การระบายอากาศที่ไม่ดี เนื่องจากการย้ายเข้ามาเพื่อทำงานในเขตเมือง นอกจากนี้ยังอาจทำให้ได้รักษาไม่ครบตามที่กำหนด ตลอดจนข้อมูลของผู้ป่วยและการส่งต่อเพื่อรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีมักพบในเขตเมืองมากกว่าชนบท เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า ภาวะอ้วน โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และโรคติดเชื้อ เช่น โรคเอดส์ ก็พบมากในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท ซึ่งล้วนเป็นความเสี่ยงที่ทำให้พบวัณโรคในเขตเมืองสูงกว่าในเขตชนบท

ระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมืองมีความซับซ้อน เนื่องจากมีผู้ให้บริการจำนวนมาก ทั้งภาครัฐและเอกชน และความแตกต่างของผู้ให้บริการตั้งแต่ผู้ทรงคุณวุฒิจนถึงหมอพื้นบ้าน ทำให้ภาคการประสานข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีทางเลือกในการใช้บริการในการรักษาการเจ็บป่วยได้หลากหลายตามความต้องการ ทำให้มักพบว่าเกิดการล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาโรคเกิดขึ้น ในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบทที่ผู้ป่วยมีทางเลือกน้อยกว่า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนและอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ขาดโอกาสการเข้าถึงบริการ

2.6 แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 2558 ⁽¹⁷⁾

เพื่อการควบคุมวัณโรคในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผลที่ยั่งยืน มีความจำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงานอย่างเข้มข้น มีคุณภาพและต่อเนื่อง ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ มากมาย รวมทั้งความร่วมมือจากชุมชน รวมทั้งการดำเนินงานและการศึกษาวิจัยและพัฒนาจากองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้สอดคล้องกับการควบคุมวัณโรคระดับสากลตามการเสนอขององค์การอนามัยโลกและการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 2558 (Millennium Development Goals 2015) ⁽¹⁾ ประเทศไทย โดยสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 2558 ขึ้น โดยเสร็จสมบูรณ์เมื่อพฤษภาคม 2554 ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมคุณภาพการดำเนินงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

พัฒนาคุณภาพการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ตามกลยุทธ์การควบคุมวัณโรคที่องค์การอนามัยโลกและพันธมิตรหยุดยั้งวัณโรคทั่วโลกยอมรับ (The Stop TB Strategy) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. เสริมสร้างการยอมรับเชิงนโยบายในทุกระดับ โดยมีการเชื่อมโยงพันธมิตรระดับชาติและระดับสากล เพื่อให้มีการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว
2. ค้นหาผู้ป่วยด้วยการตรวจหาเชื้อทางห้องปฏิบัติการที่มีระบบประกันคุณภาพที่ได้มาตรฐาน การตรวจวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Direct smear microscopy) เป็น

พื้นฐาน ส่วนการเพาะเชื้อ (Culture) ในสถานที่พร้อมดำเนินการ

3. ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยระบบมาตรฐาน รวมทั้งมีการดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจนครบการรักษา ด้วยระบบมาตรฐานระยะสั้น เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ และเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยาในอนาคต โดยเน้นหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered approach)

4. มีระบบบริหารจัดการยาวัณโรค ทั้งการจัดซื้อ จัดหาที่มีคุณภาพ การขนส่ง การบริหารคลังยาเพื่อไม่ให้เกิดการขาดแคลนยา

5. นิเทศ ควบคุม ติดตามประเมินผล โดยใช้แบบฟอร์มต่างๆ ที่เก็บข้อมูลเดียวกัน รวบรวมข้อมูลที่ต้องการ เชื่อถือได้ และทันเวลา และประเมินผลการดำเนินการในทุกระดับ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งรัดดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอชไอวี วัณโรคดื้อยา วัณโรคในเรือนจำและกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ

1. การผสมผสานงานวัณโรคและเอชไอวี

โรคเอดส์เป็นโรคที่ทำให้มีการติดเชื้อวัณโรคได้ง่ายขึ้น ในปี พ.ศ. 2534 – 2535 มีการสำรวจประชากรผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่าติดเชื้อวัณโรคมากถึง 1 ใน 3 ดังนั้นการควบคุมวัณโรคอย่างเดียวยังไม่มีการควบคุมดูแลโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ จึงไม่เพียงพอในการลดจำนวนผู้ป่วยและผลกระทบจากวัณโรคได้ ดังนั้น กลยุทธ์การผสมผสานงานวัณโรคและงานเอดส์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง กลวิธีที่สำคัญได้แก่

1.1 จัดตั้งองค์กรประสานความร่วมมือระหว่างแผนงานวัณโรคและเอดส์ทุกระดับ

1.2 การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค

1.3 บูรณาการแผนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคและเอดส์

1.4 ดำเนินการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมวัณโรคและเอดส์

1.5 การจัดระบบการเร่งรัดค้นหาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.6 การให้ยาไอโซไนอาซิด (INH: Isoniasid) เพื่อรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

1.7 การจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคใน

สถานพยาบาลหรือสถานที่แออัด

- 1.8 การให้การปรึกษาและบริการเจาะเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค
- 1.9 การจัดการบริการในรูปแบบคลินิกรักษวัณโรค
- 1.10 การให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส
- 1.11 ให้การดูแลและรักษาต่อเนื่องทางด้านสังคมและจิตใจ

2. การควบคุมและดูแลผู้ป่วยวัณโรคคอตีบ

จากการเฝ้าระวังการคอตีบของผู้ป่วยวัณโรคพบว่ามีอัตราเพิ่มมากขึ้นจากครั้งแรกปี พ.ศ. 2540 อัตราคอตีบหลายขนาดในผู้ป่วยรายใหม่อยู่ที่ ร้อยละ 2.01 ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2545 ร้อยละ 0.93 และครั้งที่ 3 ร้อยละ 1.65 แต่ในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ พื้นที่ชายแดน มีอัตราการคอตีบสูงถึงร้อยละ 5-7 ดังนั้นการควบคุมป้องกันผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนาดจึงมีความสำคัญ การพัฒนาเครือข่ายด้านชันสูตรเพื่อให้มีศักยภาพในการวินิจฉัยโรคทั้งในรายทั่วไปและรายที่สงสัยคอตีบ ทำให้ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. การควบคุมวัณโรคในเรือนจำ

ผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำมีอัตราอุบัติการณ์มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยปกติ ทั้งนี้พบว่าอัตราความสำเร็จในการรักษายังไม่บรรลุเป้าหมายที่ 85% โดยมีผลสำเร็จอยู่เพียง 74% เหตุผลเนื่องจากอัตราการไอนอก (ผู้ต้องขังพ้นโทษก่อนรักษาครบและไม่ไปรักษาต่อ) สูงถึงร้อยละ 14 และอัตราเสียชีวิตขณะรักษาวัณโรคอยู่ที่ร้อยละ 8 โดยมาตรการสำคัญได้แก่ การตรวจสุขภาพและคัดกรองวัณโรคผู้ต้องขังแรกจับและคัดกรองตรวจหาวัณโรคอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และจัดระบบติดตามผู้ต้องขังที่พ้นโทษก่อนการรักษาวัณโรคครบกำหนด ให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4. การควบคุมวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงพิเศษ

4.1 การควบคุมในแรงงานข้ามชาติ

ในปัจจุบันปัญหาวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในเขตอุตสาหกรรม และชายแดนไทย - พม่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน มีปัญหาการขาดยาสูง รักษาไม่ต่อเนื่องและมีปัญหาการคอตีบตามมา สามารถแก้ไขได้พัฒนาโดยการพัฒนาการเข้าถึงบริการมาตรฐานและการวินิจฉัย เฝ้าระวังการค้นหาผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนา

รูปแบบการให้ความรู้เรื่องวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังภูมิภานาของตนเอง

4.2 การควบคุมวัณโรคในเด็ก

เนื่องจากวัณโรคในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ให้วินิจฉัยได้ยากและยุ่งยากกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ ดังนั้นแนวทางในการควบคุม ได้แก่ การปรับปรุงคู่มือแนวทางการดำเนินงานวัณโรคในเด็ก ควบคุมไปกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เร่งรัดการค้นหาและให้การดูแลมาตรฐานเช่นเดียวกับผู้ป่วยผู้ใหญ่

ยุทธศาสตร์ที่ 3 เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสาธารณสุขเพื่อการควบคุมวัณโรค

1. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ทรัพยากรบุคคลมีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งเพื่อการควบคุมวัณโรค การพัฒนาศักยภาพบุคคลไม่ใช่เพียงการฝึกอบรม แต่หมายรวมถึงการบริหารจัดการ และการพัฒนาโครงสร้างและระบบของแผนงานควบคุมวัณโรคให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถควบคุมวัณโรคได้ตามแผนกลยุทธ์ The Stop TB Strategy

2. การเสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานวัณโรคภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการป่วยและการติดเชื้อวัณโรคในประชากรไทย โดยการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการชันสูตรวัณโรค และการพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการวางแผนและกำกับติดตาม ดังนี้

2.1 การบริหารจัดการวัณโรคแบบครบวงจร โดยการสนับสนุนการเพาะเชื้อวัณโรคและทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคดื้อยาแก่กรรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมป้องกันโรคและเครือข่ายห้องปฏิบัติการที่ได้รับการสนับสนุน

2.2 ชุดสิทธิประโยชน์ของการดูแลรักษาวัณโรค ปี 2554 โดยสนับสนุนยาต้านวัณโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การติดตามการกินยาด้วยวิธี DOT (Direct Observed Treatment) และการคัดกรองในรายที่สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค

2.3 การพัฒนาระบบสารสนเทศผู้ป่วยวัณโรค โดยโปรแกรมจัดการฐานข้อมูล เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการงบประมาณ ผลงานและสถานการณ์โรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน

ประเทศไทยมีหน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมาก ทั้งภาครัฐภายใต้กระทรวงต่างๆ และโรงพยาบาลเอกชนกว่า 300 แห่ง แต่ปัจจุบันปัญหาที่พบคือ ส่วนหนึ่งยังไม่ได้ดำเนินงานตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติ ทำให้ไม่มีระบบการขึ้นทะเบียน และรายงาน นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานองค์กรระหว่างประเทศที่เข้ามามีบทบาทช่วยเหลืองานควบคุมวัณโรค ด้วยปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ประเทศไทยไม่สามารถบอกขนาดของปัญหาได้อย่างชัดเจน ดังนั้นจึงมีกลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ได้แก่

1. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในด้านวิชาการ คู่มือการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพบุคลากร และพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย
2. มาตรฐานสากลการดูแลรักษาวัณโรค โดยให้เป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนองค์กร โรงพยาบาลเอกชนปฏิบัติตาม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาการสื่อสารสาธารณะและการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชน

1. การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ

ควรเปลี่ยนวิธีการสื่อสารของสื่อต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด และการปฏิบัติของประชาชน ประชาชนจะได้มีความรู้และตระหนักถึงปัญหาของการควบคุมวัณโรค และช่วยกันแก้ไขเพื่อให้ชุมชนปลอดจากวัณโรค

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการรวบรวมสมาชิกในชุมชนและผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ เข้ามาเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการสอดคล้องดูแล และค้นหาผู้ป่วยให้กลับสู่การรักษา

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับงานวัณโรคโดยการสร้างต้นแบบและขยายออกไป

ควรส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้ป่วยวัณโรค เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย ผู้ที่เคยป่วย

ได้แลกเปลี่ยนให้กำลังใจกัน ช่วยเหลือกัน การค้นหาผู้ป่วยในชุมชน สร้างความเข้าใจต่อเรื่องวัณโรคในชุมชน เพื่อลดการรังเกียจในชุมชน และกระตุ้นให้ทำงานเป็นเครือข่ายด้านวัณโรคมามากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการควบคุมวัณโรคอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการควบคุมวัณโรค

การศึกษาวิจัย เพื่อค้นหารูปแบบและเทคโนโลยีที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสาธารณสุขไทย มีความสำคัญมากและจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการควบคุมวัณโรคในพื้นที่เฉพาะ และสถานการณ์ที่แตกต่างกัน หรือ กำกับ ติดตามแผน ดังนั้นจึงควรดำเนินการวิจัยในหัวข้อต่อไปนี้

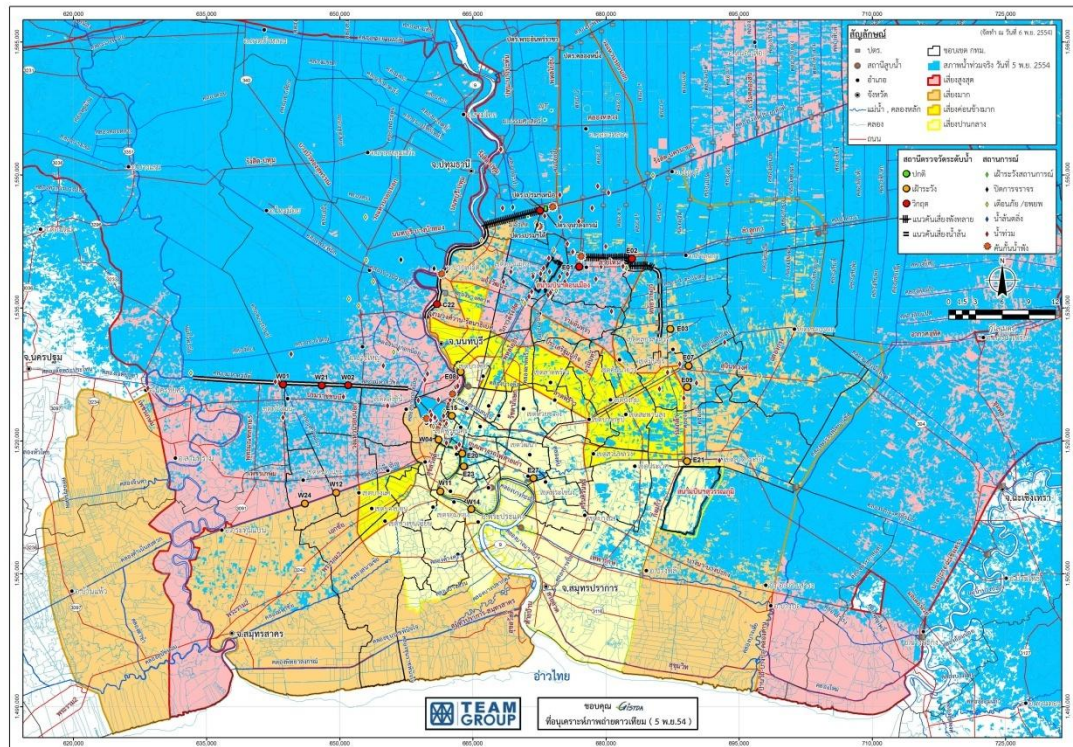
1. ด้านระบาดวิทยา (Epidemiology) เช่น ศึกษาสภาพสถานการณ์ปัจจุบันของวัณโรคในแต่ละระดับ การสำรวจความชุก อุบัติการณ์การป่วย หรือ การติดเชื้อวัณโรค การเฝ้าระวังการดื้อยาของวัณโรค
2. ด้านพัฒนารูปแบบและระบบสาธารณสุข (Model development and public health system) เช่น ผลกระทบจากปฏิรูประบบสุขภาพต่อการควบคุมวัณโรค รูปแบบการพัฒนาศูนย์วัณโรคในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รวมทั้งประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ของการดูแลผู้ป่วย การส่งต่อรักษา และบทบาทของคลินิก เป็นต้น
3. ด้านการวิจัยทางคลินิกและห้องปฏิบัติการ (Clinical and laboratory research) เช่น การพัฒนาเครือข่ายของบริการชั้นสูงตรวจวัณโรค ความไวของการตรวจหาเชื้อดื้อยา การวิจัยวัณโรคในกลุ่มติดเชื้อเอชไอวี
4. ด้านสังคมวิทยา (Social science) เช่น ปัญหาการมีปมด้อย และกลัวการได้รับความรังเกียจจากสังคม การเข้าสู่ระบบของการรักษาของกลุ่มประชากรด้อยโอกาส รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดบริการดูแลวัณโรคในกลุ่มประชากรเฉพาะ เป็นต้น

2.7 ผลกระทบของภาวะอุทกภัยทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดปทุมธานี

มหาอุทกภัยครั้งใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์ของประเทศไทย ในปี 2554 ซึ่งเป็นภาวะสืบเนื่องมาจากพายุโซนร้อน “นกเตน” (NOCK-TEN) ที่เกิดขึ้นจากบริเวณชายฝั่งด้านตะวันตกของเกาะไหหลำ ประเทศจีน ได้พัดเข้าสู่อ่าวตังเกี๋ย ประเทศเวียดนาม ประเทศลาว และเข้าสู่ภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย ในช่วงตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม 2554 เป็นต้นมา จนนำไปสู่ความเดือดร้อนในพื้นที่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันออกของประเทศ ส่งผลกระทบรวมกว่า 23 จังหวัด

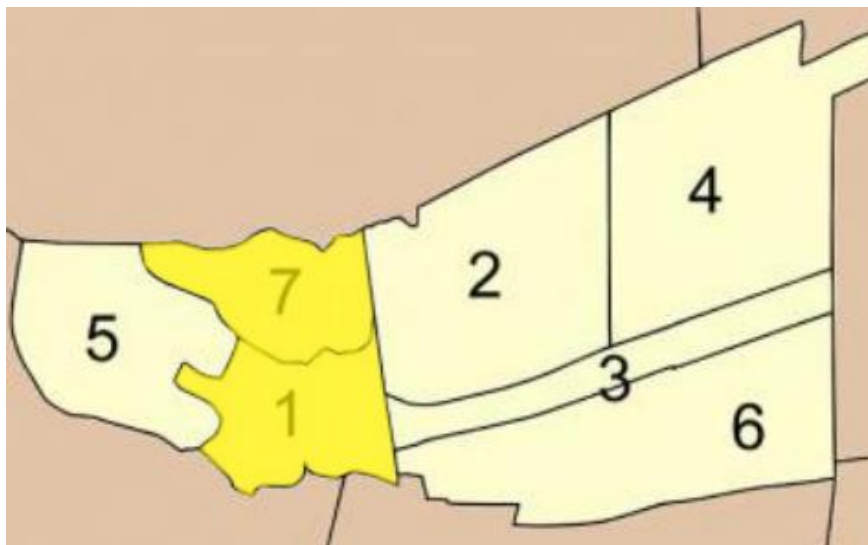
ขณะที่เดือนสิงหาคมได้รับอิทธิพลจากมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ และร่องความกดอากาศต่ำกำลังค่อนข้างแรงพัดผ่านประเทศตอนบน ทำให้มีฝนตกชุกจนเกิดน้ำท่วมต่อเนื่อง จากนั้นก็ได้รับอิทธิพลจากพายุโซนร้อน “ไห่ถาง” (HAITANG) ที่อ่อนกำลังลงเข้าปกคลุมภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ พร้อมกับที่ได้ฝุ่น “เนสาด” (NESAT) ที่เข้าสู่ประเทศไทย ตอนบนจนมีฝนตกหนักถึงหนักมากเป็นระยะๆ จึงเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน จนได้สร้างความเสียหายต่อประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศเป็นจำนวนมากโดยล่าสุด มีผู้เสียชีวิตแล้วเกือบ 300 ราย มีผู้ได้รับผลกระทบรวมกว่า 2 ล้านคน⁽¹⁸⁾



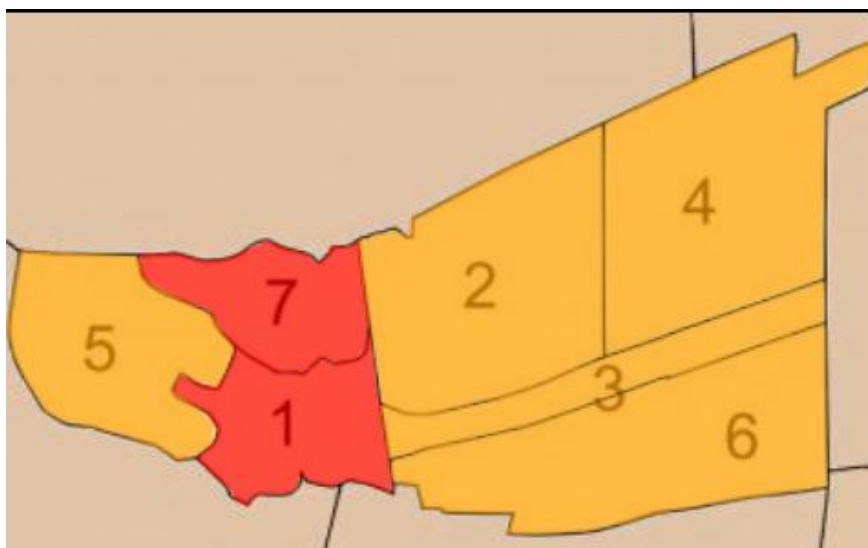
ภาพที่ 2.10 แสดงแผนที่น้ำท่วม วันที่ 6 พฤศจิกายน 2554 จาก TEAM group⁽¹⁹⁾

โดยจังหวัดปทุมธานีได้รับผลกระทบชัดเจนในช่วงต้นเดือนตุลาคม 2555 โดยในช่วงกลางเดือนวันที่ 17 ตุลาคม 2554 น้ำได้เข้าท่วมนิคมอุตสาหกรรมนวนคร และบริเวณโดยรอบของตลาดไท ถัดมา 4 วัน ในวันที่ 21 ตุลาคม 2555 น้ำได้เข้าท่วมนิคมอุตสาหกรรมบางกระดี ซึ่งเป็นนิคมอุตสาหกรรมแห่งที่ 2 ของจังหวัดปทุมธานี หลังจากนั้น 1 วัน น้ำได้เข้าท่วม

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต โดยทางมหาวิทยาลัยพยายามกู้กระสอบทรายที่ถูกทำลาย แต่ไม่สามารถป้องกันได้จึงต้องปล่อยให้น้ำท่วมเข้าเต็มพื้นที่ โดยตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคม 2554 น้ำได้เข้าท่วมเต็มพื้นที่ในจังหวัดปทุมธานี โดยมีบางส่วนที่ได้รับผลกระทบ แต่ไม่ท่วมถนน และบ้านเรือนที่ยกพื้นสูง คือ อำเภอหนองเสือ ตั้งแต่ประมาณ คลอง 13 เป็นต้นไป โดยระดับน้ำได้ลดลงในช่วงกลางเดือนพฤศจิกายน 2554 และ เข้าสู่ภาวะปกติในช่วงตอนเดือนธันวาคม 2554 (18)

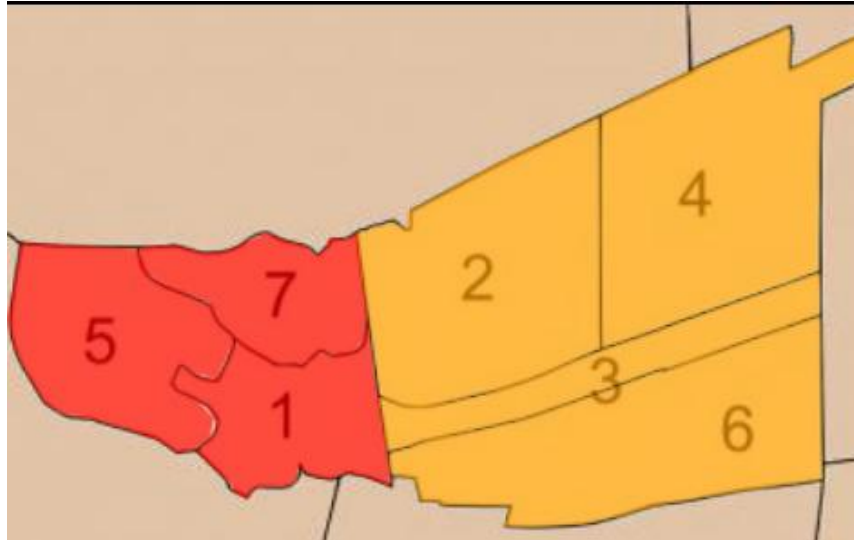


ภาพที่ 2.11 แผนที่จังหวัดปทุมธานี แสดงผลกระทบที่ได้รับจากน้ำท่วม วันที่ 6 กันยายน 2555

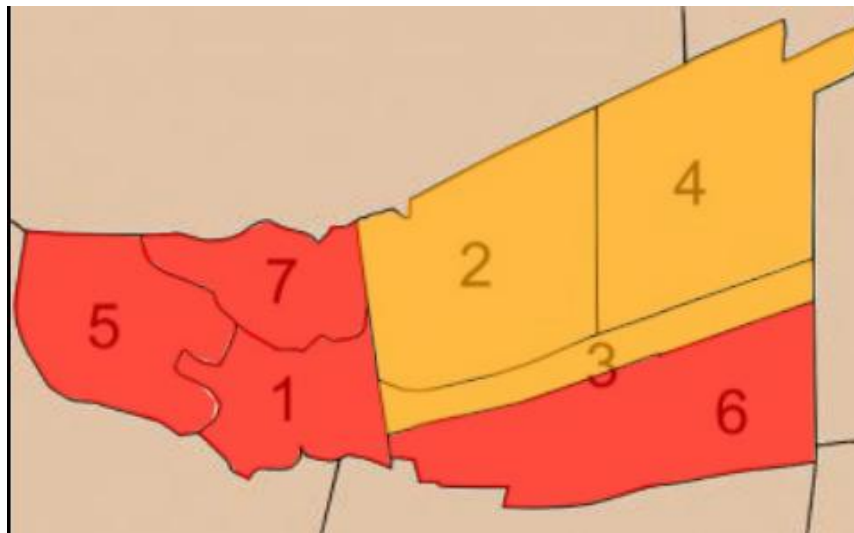


ภาพที่ 2.12 แผนที่จังหวัดปทุมธานี แสดงผลกระทบที่ได้รับจากน้ำท่วม วันที่ 13 ตุลาคม 2555

■ วิกฤต ■ เดือดร้อน ■ มีผลกระทบ ■ เล็กน้อย ■ พื้นฟู



ภาพที่ 2.13 แผนที่จังหวัดปทุมธานี แสดงผลกระทบที่ได้รับจากน้ำท่วม วันที่ 23 ตุลาคม 2555



ภาพที่ 2.14 แผนที่จังหวัดปทุมธานี แสดงผลกระทบจากน้ำท่วม วันที่ 1 พฤศจิกายน 2555

■ วิกฤต
 ■ เดือดร้อน
 ■ มีผลกระทบ
 ■ เดือนภัย
 ■ ฟื่นฟู

1. อำเภอเมืองปทุมธานี 2. อำเภอลองหลวง 3. อำเภอชัยบุรี
 4. อำเภอหนองเสือ 5. อำเภอลาดหลุมแก้ว 6. อำเภอลำลูกกา 7. อำเภอสามโคก

ที่มา : <http://pathumthani.thaiflood.com/> ⁽²⁰⁾

2.8 ศักยภาพและการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการ ทั้ง 8 แห่ง

จาก ตารางที่ 2.6 ได้จากการทบทวนของผู้ช่วยวิจัยทั้ง 8 โรงพยาบาล พบว่า มีศักยภาพ และ การจัดบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ใกล้เคียงกัน โดยในส่วนของระดับนโยบายทุกโรงพยาบาลมีการปฏิบัติตามนโยบายในการควบคุมวัณโรคตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติทุกแห่ง มี คณะกรรมการ หรือ คณะทำงานที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค ทุกแห่ง เช่นเดียวกับมีการแต่งตั้ง Mr. TB และ คลินิกวัณโรค อย่างน้อย 1 วัน ต่อ สัปดาห์ ในทุกโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

สำหรับการวินิจฉัยโรค พบว่าเกือบทุกแห่ง สามารถให้การวินิจฉัยวัณโรค ได้โดยไม่ต้องมาที่คลินิกวัณโรค แต่โรงพยาบาล 1 แห่งที่จำเป็นต้องมาให้การวินิจฉัยวัณโรคที่คลินิก ทำให้ อาจเสี่ยงต่อการทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคได้

นอกจากนี้ การตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกสามารถทำได้ทุกโรงพยาบาล โดยสามารถ ให้บริการตรวจได้ 24 ชั่วโมง 4 แห่ง และ ได้เฉพาะในเวลาราชการ 4 แห่ง การตรวจเสมหะสามารถ ตรวจได้ 24 ชั่วโมง 1 แห่ง และ อีก 7 แห่ง สามารถตรวจได้เฉพาะในเวลาราชการเท่านั้น

การตรวจของแพทย์นอกเวลาราชการพบว่า มี 1 แห่งที่แพทย์ให้การปรึกษากับผู้ป่วยเอง ทุกราย และ อีก 7 แห่ง แพทย์ไม่ได้ตรวจผู้ป่วยเองทุกราย แต่จะรับปรึกษาผู้ป่วยเป็นรายๆ ที่มีความ จำเป็น และ มีความรุนแรง

ส่วนการรักษาส่วนใหญ่สามารถจ่ายยาวัณโรคให้ผู้ป่วยหลังจากได้รับการวินิจฉัยได้ ทุกวัน ยกเว้น โรงพยาบาลที่ 7 และ 8 ที่ไม่สามารถจ่ายยาวัณโรคได้ ในวันหยุดราชการ ทำให้อาจมี ความเสี่ยงที่จะเกิดความล่าช้าในการรักษาได้

โดยสรุปทุกโรงพยาบาลมีแนวทางในการดำเนินงานตามแผนงานควบคุมวัณโรค แห่งชาติ⁽¹⁷⁾ แต่ลักษณะการให้บริการมีรายละเอียดที่แต่ต่างกันเล็กน้อย แต่อาจก่อให้เกิดความล่าช้า ในการวินิจฉัย และ รักษาวัณโรคได้

2.9 งานวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรต้นที่เกี่ยวข้อง

2.9.1 บริบทพื้นที่ ชนิดของผู้ป่วยและขอบเขตการศึกษา

ปัจจัยความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด ได้มีการทำการศึกษาทั้งในทวีปอเมริกาเหนือ⁽²¹⁻²³⁾ อเมริกาใต้⁽²⁴⁾ ยุโรป⁽²⁵⁾ แอฟริกา^(11, 26-28) เอเชียรวมถึงประเทศไทย^(10, 29-34)

บริบทพื้นที่ที่ทำการศึกษามีความแตกต่างและหลากหลาย ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย⁽³¹⁾ คลินิกวัณโรคและโรงพยาบาลภาครัฐ 1 แห่ง^(11, 21, 26, 28, 30, 35) โรงพยาบาลและสถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง^(27, 32) เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลประวัติผู้ป่วยวัณโรค^(22-25, 29, 34, 36) และพื้นที่เฉพาะ ได้แก่ พื้นที่ภูเขาสูงในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย⁽¹⁰⁾ และ ค่ายอพยพชาวพม่า จังหวัดสมุทรปราการ ประเทศไทย⁽³³⁾

งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อ^(10, 11, 22-24, 26, 31-33, 35, 36) โดยส่วนน้อยศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกประเภท^(21, 27-30, 34) และมีเพียง 1 การศึกษาที่ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท (Pulmonary TB and extrapulmonary TB)⁽²⁵⁾ ซึ่งทำการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้เท่ากับ 344 ราย (Mean) 218 ราย (Median) สูงสุด 1,105 รายในประเทศบราซิล⁽²⁴⁾ และ ต่ำสุด 83 รายในประเทศนอร์เวย์⁽²⁵⁾

ขอบเขตของการวิจัยสามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม

1. ศึกษาเฉพาะความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างเดียว^(21, 28, 30, 33, 35)
2. ศึกษาทั้งความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด^(10, 11, 22, 23, 25-27, 29, 31, 32, 34, 36) โดยอาจจะคำนวณหรือไม่คำนวณความล่าช้าในการควบคุมโรควัณโรคปอดทั้งหมด
3. ศึกษาเฉพาะความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ⁽²⁴⁾

2.9.2 ความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด

ข้อมูลในภาพรวม

จากงานวิจัยพบว่าเกณฑ์ในการตัดสินใจมีความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เกณฑ์ความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลในแต่ละปัจจัยเสี่ยง ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่^(22, 23, 25, 27, 29, 31, 32, 34)
2. เกณฑ์ความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยใช้ค่ากำหนดมาตรฐาน ได้แก่ มากกว่า 60 วัน⁽²¹⁾ มากกว่า 30 วัน^(11, 28, 30, 33, 35, 36) และมากกว่า 21 วัน⁽¹⁰⁾ ซึ่งขึ้นกับบริบทและปัจจัยทางด้านความพร้อมของระบบสุขภาพในแต่ละพื้นที่
3. เกณฑ์ความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Median) เป็นตัวกำหนด⁽²⁶⁾

ความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด มีค่าค่อนข้างแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 48.85 วัน (Mean) และ 30 วัน (Median) ระยะเวลาเฉลี่ยที่สั้นที่สุด คือ 7 วัน จากการศึกษาของ Chiang CY, Chang CT, Chang RE, Li CT และ Huang RM⁽³⁴⁾ [27] ในประเทศไต้หวัน และระยะเวลาเฉลี่ยยาวที่สุด คือ 161.7 วัน จากการศึกษาของ Wandwalo ER และ Morkve O⁽¹¹⁾ ในประเทศแทนซาเนีย

ขนาดของปัญหาความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด (ร้อยละ) ในแต่ละการศึกษา (เฉพาะการวิจัยที่ใช้เกณฑ์ความล่าช้าโดยใช้ค่ามาตรฐาน) พบว่ามีมากที่สุด คือ ร้อยละ 84.8 ซึ่งทำการศึกษาในประเทศแทนซาเนียในปี ค.ศ. 2000⁽¹¹⁾ รองลงมาได้แก่ ร้อยละ 71.34 จากการศึกษาพื้นที่ค่ายอพยพชาวพม่าในประเทศไทย ปี ค.ศ. 2005⁽³³⁾ ร้อยละ 61.8 จากการศึกษาในประเทศไนจีเรีย ปี ค.ศ. 2010⁽²⁸⁾ ร้อยละ 48 จากการศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย ปี ค.ศ. 2005⁽²⁶⁾ ร้อยละ 35 ในประเทศแซมเบีย ปี ค.ศ. 2002⁽³⁵⁾ ร้อยละ 31.3 ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ค.ศ. 2009⁽³⁰⁾

ร้อยละ 29 ในประเทศอินเดีย ปี ค.ศ. 2002⁽³⁶⁾ และน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 20 ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1998⁽²¹⁾

ดังนั้นจะเห็นว่าประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจน จะมีแนวโน้มของปัญหาความ
ความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งในด้านระยะเวลา
และขนาดปัญหาที่มากกว่าประเทศพัฒนาแล้วและประเทศร่ำรวย

ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจาก ผู้ป่วยวัณโรคปอด

1. ปัจจัยนำ (predisposing factor)

ความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอดพบว่ามี
สัมพันธกับอายุแต่ค่อนข้างแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วจะอยู่ในกลุ่ม
ผู้สูงอายุ ดังเช่นการศึกษาของ ASCH S, LEAKE B, ANDERSON R และ GELBERG L ⁽²¹⁾ ที่
ทำการศึกษาในนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยอายุ 55-64 ปีจะมารับการรักษาช้ากว่า
กลุ่มอายุอื่น หรือ อายุมากกว่า 65 ปี ที่ทำการศึกษาในประเทศไต้หวัน โดย Chiang CY, Chang CT,
Chang RE, Li CT และ Huang RM ⁽³⁴⁾ ส่วนในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาช่วงอายุจะต่ำลงมาอยู่ช่วงวัย
ทำงาน เช่น อายุมากกว่า 45 ปี ในการศึกษาของ Wandwalo ER และ Morkve O ประเทศแทนซาเนีย
⁽¹¹⁾ อายุมากกว่า 40 ปี ในการศึกษาของ Godfrey-Faussett P, Kaunda H, Kamanga J, Van Beers S,
Van Cleeff M, Kumwenda-Phiri R, et al ประเทศแซมเบีย ⁽³⁵⁾ หรือ 31-60 ปี ในการศึกษาของ
Rojpibulstit M, Kanjanakiritamrong J และ Chongsuvivatwong V จังหวัดสงขลา ประเทศไทย ⁽²⁹⁾
เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่ไม่อาจให้เหตุผลที่ชัดเจนว่าเหตุใดอายุจึงมี
ความสัมพันธ์ แต่สันนิฐานว่าเกี่ยวข้องกับภาระงานในกลุ่มวัยทำงาน และการไม่มีคนดูแล จึงไม่อาจ
ไปตรวจรักษาได้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ

เพศหญิงพบว่าเกี่ยวข้องกับความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจาก
ผู้ป่วยวัณโรคปอด ในการศึกษาของ A.A. FATIREGUN และ C.C. EJECKAM ประเทศไนจีเรีย
⁽²⁸⁾ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.8) เป็นเพศหญิง และมีความเสี่ยงในความล่าช้ามากกว่าเพศ
ชายถึง 5.3 เท่า โดยอาจเกิดจากความสามารถในการตัดสินใจในการไปรักษา และภาระงานบ้าน อีก
การศึกษาที่พบความสัมพันธ์กับเพศหญิง คือ การศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย โดย Wondimu T และ
คณะ ⁽²⁷⁾ พบว่าอาจเกิดจากสถานะทางสังคมทำให้เข้าถึงบริการได้ยากกว่าเพศชาย แต่อย่างไรก็ตาม
ทั้งสองการศึกษาค่อนข้างตรงข้ามกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ไม่พบว่าความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมการ
แสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับเพศ

สำหรับการประกอบอาชีพ พบว่าการว่างงานมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของ
พฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด ในการศึกษาของ ASCH S และคณะ ⁽²¹⁾

แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในการศึกษาอื่นๆ แต่อย่างไรก็ดี พบว่ามีความสัมพันธ์ของการล่าช้าจากผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับรายได้ ดังเช่นในการศึกษาของ Ngamvithayapong J และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าความล่าช้าของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการต้องหยิบยืมเงินเพื่อเดินทางมารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอยู่ในพื้นที่บนภูเขาสูงการเดินทางลำบากและห่างไกล

เชื้อชาติพบว่ามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วย การศึกษาของ Ngamvithayapong J และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นชนกลุ่มน้อยชาวเขาจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่เป็นชาวไทยพื้นราบ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Golub JE, Bur S, Cronin WA, Gange S, Baruch N, Comstock GW และคณะ⁽²³⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นคนผิวขาวเดินทางมารับบริการช้ากว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยผิวขาว แต่ก็พบว่าอีกหลายการศึกษาที่เหลือไม่พบว่าเกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ

ระดับการศึกษาเกี่ยวข้องของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด จากการศึกษานในประเทศแทนซาเนีย ของ Wandwalo ER และ Morkve O⁽¹¹⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาจากรับการรักษาล่าช้ากว่า ส่วนการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.2005⁽²³⁾ ก็พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมจะมารับบริการล่าช้ากว่ากลุ่มที่เรียนสูงกว่า นอกจากนี้พบว่าผู้ที่พูดภาษาอังกฤษไม่ได้ ในการศึกษาของ Sherman LF และคณะ⁽²²⁾ ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าจากผู้ป่วย

โรคประจำตัวและหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า ได้แก่ การดื่มสุราเรื้อรัง จากการศึกษานในประเทศอินเดีย โดย Rajeswari R, Chandrasekaran V, Suhadev M, Sivasubramaniam S, Sudha G, Renu G⁽³⁶⁾ โดยไม่ได้อธิบายว่าน่าจะเป็นเพราะเหตุใด และก็มีการศึกษาพบว่าไม่เกี่ยวข้องการดื่มสุรา⁽³⁴⁾ มีการศึกษาที่ไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับโรคประจำตัว^(10, 22, 24, 26) นอกจากนี้ไม่พบว่าการรู้ตัวติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์สัมพันธ์กับความล่าช้าจากผู้ป่วยแต่อย่างใด^(10, 24, 26) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยจากโรคประจำตัวที่ทำให้มารักษาล่าช้า

อาการของวันโรคปอดที่ไม่ชัดเจนอาจทำให้ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้าเช่นกัน จากการศึกษาของ กัมปนาท ฉายชูวงศ์ และ พรนภา สุกรเวทย์ศิริ ในคลินิกวันโรค ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์⁽³⁰⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ได้แก่ ไม่มีไข้อ่อนเพลีย จะเสี่ยงต่อการมารับบริการล่าช้า ถึง 11.48 เท่าของกลุ่มที่มีอาการอื่นๆ

สำหรับประเภทของวันโรคที่ผู้ป่วยเป็นหลังได้รับการวินิจฉัย พบว่าในกลุ่มวันโรคปอดพบว่าความล่าช้าจากผู้ป่วยไม่เกี่ยวข้องการมีเสมหะพบเชื้อหรือไม่พบเชื้อ แต่พบความล่าช้าในผู้ป่วยที่เป็นวันโรคนอกปอด (Extrapulmonary TB) จากการศึกษานในประเทศนอร์เวย์⁽²⁵⁾

ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวันโรคพบว่ามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด ดังเช่นการศึกษาในประเทศแทนซาเนีย⁽¹¹⁾ และใน ค่ายอพยพชาวพม่า จังหวัดสมุทรสาคร ประเทศไทย⁽³³⁾

ผู้ป่วยอีกกลุ่มที่มารับบริการล่าช้าได้แก่ ผู้ป่วยที่มีทัศนคติในด้านลบเกี่ยวกับวันโรค จากการศึกษานี้ในประเทศไนจีเรีย ของ A.A. FATIREGUN และคณะ⁽²⁸⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติด้านลบ กับวันโรคมีความเสี่ยงในการมารับบริการล่าช้าถึง 7.6 เท่า ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเป็นเพราะกลัวจะถูก กล่าวหาว่าเป็นโรคเอดส์ เนื่องจากทั้ง 2 โรคนี้มักเกิดร่วมกัน

สำหรับพฤติกรรมแสวงหาบริการพบว่ามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วย ในการศึกษา ของ C.K. Liam และคณะ⁽³¹⁾ ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศมาเลเซีย พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีพื้นบ้านจะมารับการรักษาช้ากว่ากลุ่มอื่นๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yimer S⁽²⁶⁾ และคณะที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลรัฐบาล ประเทศ เอธิโอเปียก็พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยตัวเอง ก็มีความล่าช้ากว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่นกัน นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่รักษาครั้งแรกที่คลินิกเอกชน จาก การศึกษาของ Godfrey-Faussett P⁽³⁵⁾ และคณะ จะมีความล่าช้ากว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

นอกจากนี้บุคคลหรือเจ้าหน้าที่ ที่ผู้ป่วยไปปรึกษาเนื่องจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ก็มีผล โดยพบว่าเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ (Non-qualified medical personnel) เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยวันโรค ดังเช่นการศึกษาในประเทศอินเดีย⁽³⁶⁾ เอธิโอเปีย⁽²⁶⁾ และประเทศไทย⁽²⁹⁾

การรับรู้ของผู้ป่วยมีส่วนสัมพันธ์กับความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการ สุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีคิดว่าสามารถรักษาโรคได้เอง เนื่องจากผู้ป่วยมี อาการไม่รุนแรง^(21, 31) จะมารับการรักษาช้ากว่า และ ผู้ป่วยที่คิดว่าไม่จำเป็นต้องมารักษาเนื่องจาก เคยมีอาการคล้ายคลึงกันมาก่อนและหายแล้ว จากการศึกษาในจังหวัดสงขลา⁽²⁹⁾ ก็จะมารับบริการล่าช้าเช่นกัน

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factor)

การเข้าถึงบริการ (Service accessibility)

สถานที่พักอาศัย เป็นปัจจัยเอื้อที่มีผลกับความล่าช้าของผู้ป่วยวันโรคในการมารับ บริการสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานที่พักอาศัยอยู่ห่างไกลจากสถานบริการจะมารับบริการช้ากว่า ผู้ป่วยที่มีบ้านพักอยู่ใกล้สถานบริการ ซึ่งแต่ละการศึกษามีระยะทางในการกำหนดว่าไกลจากสถาน บริการต่างกัน โดยในเขตชนบทของประเทศแทนซาเนีย⁽¹¹⁾ และแซมเบีย⁽³⁵⁾ กำหนดว่าไกลจาก สถานพยาบาลไว้ที่มากกว่า 10 กิโลเมตร ในอินเดีย⁽³⁶⁾ กำหนดไว้ที่ 2 กิโลเมตร และไม่ได้ระบุ

ระยะทางแต่แบ่งเป็นเขตเมืองและชนบท (ภายในเมืองที่ศึกษาและนอกเมืองที่ศึกษา) ได้แก่ การศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย⁽²⁷⁾ และประเทศไนจีเรีย⁽²⁸⁾ โดยไม่พบว่าการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือ เขตเมืองมีความล่าช้าจากผู้ป่วยวัน โรคเนื่องจากสถานที่พักอาศัยอยู่ไกลจากสถานบริการ

สิทธิการรักษาพยาบาลมีการศึกษาในประเทศไทย ที่ทำการศึกษาในพื้นที่ค่ายอพยพชาวพม่า จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าผู้ป่วยวัน โรคที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลจะมารับบริการซ้ำกลุ่มกลุ่มที่จดทะเบียนแรงงานต่างด้าว⁽³³⁾

การทราบถึงข้อมูลและความสามารถในการให้บริการของสถานบริการ เป็นปัจจัยเอื้อที่มีผลกับความล่าช้าของผู้ป่วยวัน โรคในการมารับบริการสุขภาพ พบว่า จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²¹⁾ ผู้ป่วยวัน โรคที่ไม่ทราบว่ารักษาโรคตัวเองป่วยที่ไหน เป็นกลุ่มที่มารับบริการล่าช้า การศึกษาในเชียงราย⁽¹⁰⁾ ก็พบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมาโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (โรงพยาบาลประจำจังหวัด) มาก่อนเป็นกลุ่มที่มารับบริการล่าช้ากว่า

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factor)

การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ก็มีผลเกี่ยวข้องกับการมารับบริการล่าช้าของผู้ป่วยวัน โรค โดยการศึกษาของกัมปนาท ฉายชูวงศ์ และ พรณภา ศุภรเวชศิริ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะเสี่ยงต่อการมารับบริการล่าช้าถึง 3.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง⁽³⁰⁾

2.9.3 ความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ

ข้อมูลในภาพรวม

จากงานวิจัยพบว่าเกณฑ์ในการตัดสินใจมีความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพในการควบคุมวัน โรค แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เกณฑ์ความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลในแต่ละปัจจัยเสี่ยงว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่^(22, 23, 25, 27, 29, 31, 32, 34)

2. เกณฑ์ความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพโดยใช้ค่ากำหนดมาตรฐาน ได้แก่ มากกว่า 7 วัน^(10, 36) มากกว่า 10 วัน⁽¹¹⁾ และมากกว่า 60 วัน⁽²⁴⁾ ซึ่งขึ้นกับบริบทและปัจจัยทางด้านการพร้อมระบบสุขภาพในแต่ละพื้นที่

3. เกณฑ์ความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Median) เป็นตัวกำหนด

(26)

ความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพมีค่าค่อนข้างแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 27.11 วัน (Mean) และ 23 วัน (Median) ระยะเวลาเฉลี่ยที่สั้นที่สุด คือ 8 วัน จากการศึกษาของ Ngamvithayapong J และ คณะ⁽¹⁰⁾ ในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย และระยะเวลาเฉลี่ยยาวที่สุด คือ 49 วัน จากการศึกษาของ C.K. Liam และคณะ⁽³¹⁾ ในประเทศมาเลเซีย

ขนาดของปัญหาความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ) ในแต่ละการศึกษา (เฉพาะการวิจัยที่ใช้เกณฑ์ความล่าช้าโดยใช้ค่ามาตรฐาน) พบว่ามีมากที่สุด คือ ร้อยละ 69 ซึ่งทำการศึกษาในประเทศอินเดีย ปี ค.ศ. 2002⁽³⁶⁾ รองลงมาได้แก่ ร้อยละ 66.2 จากการศึกษาในประเทศแทนซาเนีย ปี ค.ศ. 2000⁽¹¹⁾ และร้อยละ 62 จากการศึกษาในประเทศบราซิล ปี ค.ศ. 2005⁽²⁴⁾

ดังนั้นจะเห็นว่าการวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่ ศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจน ซึ่งจะมีแนวโน้มของปัญหาความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพทั้งในด้านระยะเวลาและขนาดปัญหาที่รุนแรง

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาต่างๆ ไม่แยกแยะระหว่างความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพว่าเกิดจากการขั้นตอนการวินิจฉัย หรือ ขั้นตอนของการรักษา (หลังจากวินิจฉัยจนกระทั่งเริ่มให้ยา)

ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factor) จากผู้ป่วย

เพศเกี่ยวข้องกับความล่าช้าจากบริการสุขภาพ พบว่าในเพศหญิง มีการศึกษาของ Long NH และคณะ ประเทศเวียดนาม⁽³²⁾ พบว่าเพศหญิงมีผลทำให้แพทย์ให้การวินิจฉัยช้าลง แต่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้อย่างชัดเจน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ngamvithayapong J และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าเกี่ยวข้องกับเพศหญิงเช่นเดียว สาเหตุอาจเกิดจากแพทย์มักจะคิดว่าเพศชายมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นวัณโรคปอดมากกว่าเพศหญิง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ด้วย Multivariate ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ในส่วนของผู้ป่วย พบว่าการศึกษาจากประเทศเอธิโอเปีย โดย Wondimu T และคณะ⁽²⁷⁾ มีความล่าช้าจากบริการสุขภาพมากกว่าเพศหญิง โดยอาจเกิดจากเพศชายในประเทศเอธิโอเปีย มีศักยภาพในการเข้าถึงบริการมากกว่าเพศหญิง ทำให้อาจไปรับบริการในหลายๆ ที่การเริ่มการรักษาด้วยยาวัณโรคจึงช้ากว่าเพศหญิง

การว่างงานมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ โดยจากการศึกษาในประเทศบราซิล โดย Dos Santos MAPS, Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Lucena-Silva NLCL, Braga C, Campelo ARL, et al พบว่าผู้ป่วยโรคปอดที่ไม่มีงานทำจะมีความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีงานทำ แต่ไม่อธิบายสาเหตุที่อาจเป็นไปได้⁽¹¹⁾

บุคคลผู้ไร้ที่อยู่ก็พบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพ โดยการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ของ Sherman LF และคณะ⁽²²⁾ พบว่ามีความเสี่ยงต่อความล่าช้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีที่อยู่เป็นหลังแหล่งถึง 7.1 เท่า เนื่องจากในขั้นตอนการวินิจฉัยต้องมีหลายขั้นตอนทำให้ผู้ป่วยโรคที่เป็นบุคคลไร้ที่อยู่ไม่สามารถเข้ารับบริการได้ครบขั้นตอน และมักจะปฏิเสธการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการรักษาตามเวลาที่เหมาะสม

ในประเทศแถบยุโรปและสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยที่เป็นคนผิวขาวมีความเสี่ยงที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคช้ากว่ากลุ่มคนผิวดำ หรือ ชาวเอเชีย เนื่องจากในประเทศกลุ่มนี้มีมีอัตราวัณโรคที่ต่ำ ดังเช่น การศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Golub JE และ คณะ⁽²³⁾ พบว่าผู้ป่วยที่พูดภาษาอังกฤษได้จะมีความเสี่ยงที่จะได้รับการวินิจฉัยช้ากว่า 2.5 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ โดย Farah M และคณะ⁽²⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นชาวนอร์เวย์มีโอกาสเสี่ยงที่จะวินิจฉัยล่าช้า 3.125 เท่า กว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นชาวต่างชาติ

ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการไม่รุนแรงทำให้มีความล่าช้าในการวินิจฉัยของระบบบริการสาธารณสุข จากการศึกษาของ Sherman LF และคณะ ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²²⁾ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการไอทำให้แพทย์วินิจฉัยได้ล่าช้ากว่ากลุ่มที่มีอาการไอถึง 2.9 เท่า เนื่องจากไม่เข้ากับอาการของวัณโรคปอด ซึ่งโดยปกติจะมีอาการไอ⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาในอินเดีย โดย Rajeswari R และคณะ⁽³⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการไอที่ไม่เด่นชัด จะมีโอกาสที่แพทย์จะวินิจฉัยล่าช้า 2.4 เท่า Chiang CY และคณะ⁽³⁴⁾ ที่ทำการศึกษาในประเทศไต้หวัน พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการไอเป็นเลือด ก็มีโอกาสรักษาที่จะวินิจฉัยล่าช้าได้เช่นกัน นอกจากนี้การศึกษาในการศึกษาจากสหรัฐอเมริกาอีกการศึกษาหนึ่ง โดย Golub JE และ คณะ⁽²³⁾ พบว่าผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยในครั้งแรกว่าเป็นติดเชื้อทางเดินหายใจ ก็พบว่าเสี่ยงที่จะทำให้วินิจฉัยล่าช้า ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมารับบริการเร็ว อาการของวัณโรคจึงไม่เด่นชัด

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพมีผลกับความล่าช้าจากจากระบบบริการสุขภาพ โดยพบว่าสถานที่ที่ผู้ป่วยไปรับบริการครั้งแรกหลังจากมีอาการป่วยนั้น มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอด จากการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของมาเลเซีย โดย C.K. Liam⁽³¹⁾ พบความล่าช้าในการวินิจฉัยเนื่องจากผู้ป่วยไปรับบริการครั้งแรกที่คลินิกเอกชนเปรียบเทียบกับสถานบริการกลุ่มอื่นๆ ที่ผู้ป่วยไปรับบริการ เช่นเดียวกับการศึกษาของประเทศ

อินเดีย⁽³⁶⁾ ใต้หวัน⁽³⁴⁾ และสหรัฐอเมริกา⁽²³⁾ ก็พบว่าผู้ป่วยที่ไปใช้บริการที่คลินิกเอกชนล่าช้ากว่ากลุ่มอื่นเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากศักยภาพของคลินิกเอกชนที่ไม่มีเครื่องถ่ายเอกซเรย์รังสีทรวงอก ทำให้การวินิจฉัยล่าช้า นอกจากนี้มีบางการศึกษาจากอินเดีย⁽³⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยที่เลือกปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ที่ไม่ใช่แพทย์) ทำให้มีความล่าช้าในการวินิจฉัย และการศึกษาจากประเทศแทนซาเนีย⁽¹¹⁾ พบว่าผู้ที่เลือกไปปรึกษาโดยวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านก็ทำให้มีความล่าช้าจากระบบบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกัน

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factor)

การเข้าถึงบริการที่ไม่สะดวกของโรงพยาบาลที่ทำการรักษาจะมีผลทำให้เกิดความล่าช้าของการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด โดยการศึกษา ในประเทศแทนซาเนีย⁽¹¹⁾ และเอธิโอเปีย⁽²⁷⁾ พบว่าโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชนบทเข้าถึงลำบากจะเสี่ยงที่จะเกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษามากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดีย⁽³⁶⁾ ที่ว่าผู้ป่วยที่อาศัยในพื้นที่ห่างจากจุดการตรวจเสมหะเกิน 2 กิโลเมตรแล้วนั้น จะทำให้เสี่ยงที่จะเกิดความล่าช้ามากกว่า นอกจากนี้ในประเทศบราซิล⁽²⁴⁾ ก็พบว่า การวินิจฉัยวัณโรคปอดในบางพื้นที่เกิดความล่าช้าขึ้น อาจเนื่องจากการเดินทางเข้าไปรับบริการตรวจวินิจฉัยที่ไม่สะดวกเช่นกัน

ในประเทศไทย ปี ค.ศ. 2006⁽²⁹⁾ จากการศึกษาของ Rojpiulstit M และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) มีความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องมาจากนโยบายการในการรับบริการที่ Primary Care Unit (PCU) แต่ PCU ไม่มีอุปกรณ์เครื่องมือในการวินิจฉัยวัณโรค ดังนั้นจึงต้องส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งอาจเกิดความล่าช้าขึ้นในขั้นตอนการส่งต่อเพื่อรักษา

3. ปัจจัยด้านอื่นๆ

ขั้นตอนการเข้ารับบริการทางการแพทย์ทำให้มีความล่าช้าในระบบบริการสุขภาพในด้านการวินิจฉัยและรักษาวัณโรค โดยจากการศึกษาในประเทศมาเลเซีย ที่ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย⁽³¹⁾ พบว่าจำนวนครั้งที่ต้องพบแพทย์ที่มากขึ้น จะทำให้การวินิจฉัยล่าช้ามากขึ้นตามไปด้วย

การตรวจถ่ายภาพรังสีทรวงอกในครั้งแรกที่มีการตรวจหรือไม่ มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในด้านการวินิจฉัย โดยจากการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²¹⁾ และ ใต้หวัน⁽³⁴⁾ พบสอดคล้องกัน โดยผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกในครั้งแรก

แรกที่มาตรวจรักษาจะมีความล่าช้าในการวินิจฉัยมากกว่ากลุ่มที่ได้ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก นอกจากนี้จากการศึกษาของทั้ง 2 ประเทศ พบว่าผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเชื้อวัณโรคจากเสมหะเป็นลบ จะมีความล่าช้าในการรักษาว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการตรวจเชื้อวัณโรคจากเสมหะเป็นบวกเฉลี่ย 30 วัน

2.9.4 ความล่าช้าในการควบคุมวัณโรคทั้งหมด

ข้อมูลในภาพรวม

งานวิจัยที่มีการคำนวณความล่าช้าในการควบคุมวัณโรคทั้งหมด จากที่ค้นคว้ามีทั้งหมด 10 รายงาน สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ไม่พบว่ามีปัจจัยที่มีผลกับความล่าช้าทั้งหมด^(23, 25-27, 29, 32)
2. พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าทั้งหมด^(22, 31, 34, 36)

ความล่าช้าทั้งหมดมีค่าแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 72.03 วัน (Mean) และ 72.9 วัน (Median) ระยะเวลาเฉลี่ยที่สั้นที่สุด คือ 57 วัน จากการศึกษาของ Sherman LF และคณะ⁽²²⁾ นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา และระยะเวลาเฉลี่ยยาวที่สุด คือ 90 วัน จากการศึกษาของ Wondimu T และ คณะ⁽²⁷⁾ ในประเทศเอธิโอเปีย

2.9.5 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 2.7 สรุปตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหา
บริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	การศึกษาที่สนับสนุน
ปัจจัยนำ (predisposing factor)	
1. อายุ	(11, 21, 34, 35)
2. เพศหญิง	(27, 28)
3. อาชีพ (ว่างงาน)	(10, 21)
4. เชื้อชาติ	(10, 23)
5. ระดับการศึกษาต่ำ	(11, 22, 23)
6. โรคประจำตัว / พฤติกรรมสุขภาพ	(36)
7. อาการของวัณโรคปอดไม่รุนแรง	(30)
8. ประเภทของวัณโรค	(25)
9. ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	(11, 33)
10.ทัศนคติด้านลบเกี่ยวกับวัณโรค	(28)
11. พฤติกรรมแสวงหาสุขภาพ	(26, 29, 31, 35, 36)
12. การรับรู้เรื่องอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	(21, 29, 31)
ปัจจัยเอื้อ (Enabling factor)	
1. สถานที่พักอาศัยห่างไกล	(11, 27, 28, 30, 36)
2. สิทธิการรักษาพยาบาล	(33)
3. การรับทราบข้อมูลและความสามารถ	(10, 21)
การให้บริการของสถานบริการ	
ปัจจัยเสริม (Reinforcing factor)	
1. ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม	(30)

ตารางที่ 2.8 สรุปตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	การศึกษาที่สนับสนุน
ปัจจัยนำ (predisposing factor)	
1. เพศ	(10, 27, 32)
2. อาชีพ (ว่างงาน)	(11)
3. ไม่มีที่อยู่อาศัย	(21)
4. เชื้อชาติ	(23, 25)
5. อาการของวัณโรคปอดไม่รุนแรง	(22, 23, 34, 36)
6. พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพ	(11, 23, 26, 31, 34, 36)
ปัจจัยเอื้อ (Enabling factor)	
1. สถานที่พักอาศัยห่างไกล	(11, 24, 27, 36)
2. สิทธิการรักษาพยาบาล	(29)
ปัจจัยอื่นๆ	
1. ขั้นตอนการเข้ารับบริการ	(31)
2. ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย	(21, 34)
3. ผลการตรวจเสมหะ (AFB)	(21, 34)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross sectional study) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวันโรคปอดของโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี

3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยวันโรคปอดทุกรายที่ได้รับขึ้นทะเบียนและรับยารักษาวันโรคไม่เกิน 2 เดือน ที่โรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลชัยบุรี โรงพยาบาลประชาธิปไตย โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โรงพยาบาลสามโคก โรงพยาบาลหนองเสือ โรงพยาบาลลำลูกกา และโรงพยาบาลคลองหลวง

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยวันโรคปอดทุกราย ไม่จำกัดเพศและอายุ ที่ได้รับขึ้นทะเบียนและรับยารักษาวันโรคไม่เกิน 2 เดือน ที่โรงพยาบาลของรัฐบาลทั้งหมด 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลชัยบุรี โรงพยาบาลประชาธิปไตย โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โรงพยาบาลสามโคก โรงพยาบาลหนองเสือ โรงพยาบาลลำลูกกา และโรงพยาบาลคลองหลวง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นวันโรคปอดมาก่อน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลอื่นนอกเหนือจาก 8 โรงพยาบาลที่ศึกษา
3. ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้เอง
4. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการและอาการแสดงของวันโรคปอด
5. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.3 ขนาดตัวอย่าง

ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายที่ได้รับขึ้นทะเบียนและรับยารักษาวัณโรคไม่เกิน 2 เดือน ที่โรงพยาบาลของรัฐบาลทั้งหมด 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลชัยบุรี โรงพยาบาลประชาธิปไตย โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โรงพยาบาลสามโคก โรงพยาบาลหนองเสือ โรงพยาบาลลำลูกกา และโรงพยาบาลคลองหลวง โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ มกราคม – มีนาคม 2555

เหตุผลที่ไม่ได้มีการคำนวณขนาดตัวอย่างเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการวิจัยที่ผ่านมาไม่พบว่ามีพื้นที่การศึกษาใด ที่มีบริบทใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ผู้วิจัยกำลังดำเนินการในจังหวัดปทุมธานี โดยการศึกษาในแถบประเทศสหรัฐอเมริกา และยุโรปเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ต่ำ ส่วนในพื้นที่ทวีปแอฟริกาก็เป็นพื้นที่ที่ระบบบริการสาธารณสุขยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ การศึกษาในทวีปเอเชีย แม้จะมีการศึกษาที่ใกล้เคียงเช่นในการศึกษาของประเทศไต้หวัน⁽³⁴⁾ แต่ไม่ได้ระบุถึงสัดส่วนของความล่าช้า ส่วนการศึกษาในประเทศไทยที่มีเป็นการศึกษาในพื้นที่เฉพาะ เช่น ภูเขาสูง⁽¹⁰⁾ ค่าอพยพของแรงงานต่างด้าว⁽³³⁾ และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่⁽³⁰⁾ ดังนั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดเข้าเกณฑ์การศึกษาและไม่ได้อยู่ในเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ในระยะเวลาที่กำหนดข้างต้น

ขนาดตัวอย่างจึงได้คาดการณ์จากสถิติ ค่าเฉลี่ยย้อนหลังของผู้ป่วยวัณโรคปอดจากรายงานของฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี⁽⁶⁾ ย้อนหลัง 5 ปี ในช่วงเดือนธันวาคม ถึง มีนาคม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 – 2553 มีผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท เฉลี่ย 87 ราย ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดประมาณร้อยละ 81 ดังนั้นจะมีกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 ราย

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยปรับปรุงมาจากงานวิจัยอื่นที่ใกล้เคียงกัน โดยปรับปรุงจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. ความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด
2. ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

ประกอบด้วย อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานะภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการจัดการด้านความเป็นอยู่ ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว เช่น อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับครอบครัวสามรุ่น ฯลฯ เป็นต้น

ส่วนที่ 2: ข้อมูลส่วนเกี่ยวกับรายรับ-รายจ่าย และความพอเพียง

ประกอบด้วย รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน รายได้โดยรวมเฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางจากที่พักมาโรงพยาบาลต่อครั้งโดยเฉลี่ย การขาดงาน และรายได้ที่สูญเสียเมื่อต้องมารับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 3: ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางและการรักษาพยาบาล

ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการ ซึ่งจะศึกษาถึงปัจจัยด้านกายภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล การทราบถึงข้อมูล และความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4: ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

ประกอบด้วย โรคประจำตัวและพฤติกรรมสุขภาพ อาการของวันโรคปอด ความรุนแรงของวันโรคปอด และ เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกใช้บริการสุขภาพในที่ต่างๆ

ส่วนที่ 5: ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะน้ำท่วม ปี พ.ศ.2554

ประกอบด้วย ช่วงเวลาที่มีอาการเจ็บป่วย ผลกระทบที่ได้รับกับบ้านพัก และการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 6: การวัดและการประเมิน

ประกอบด้วย การวัดและการประเมินจำนวน 5 ตอน ได้แก่ การประเมินความรู้เกี่ยวกับวันโรค ทักษะคิดต่อวันโรค การรับรู้ของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ประกอบด้วยชุดคำถามถูกผิด จำนวน 3 ตัวเลือก (ประกอบด้วย ถูก ผิด และไม่แน่ใจ) จำนวน 11 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน หากผู้ปวยตอบว่าไม่แน่ใจในการคำนวณคะแนนมีค่าเท่ากับผิด โดยครอบคลุมสาเหตุการเกิดโรค วิธีการติดต่อ อาการของโรค การรักษา และการป้องกัน โดยแบ่งระดับของความรู้เป็น 3 ระดับ คือ สูง กลาง และต่ำ โดยใช้ *Benjamin Bloom's criteria*

ระดับสูง	≥ 10	คะแนน
ระดับปานกลาง	8 - 9	คะแนน
ระดับต่ำ	≤ 7	คะแนน

ทัศนคติต่อวัณโรค ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับวัณโรคปอด จำนวน 5 ข้อความ แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 3 ข้อความ โดยให้ผู้ปวยแสดงระดับความเห็นเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธี Likert scale คือ เห็นด้วย = 3 คะแนน ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน และ ไม่เห็นด้วย = 1 และ ข้อความเชิงลบ จำนวน 2 ข้อความ โดยให้ผู้ปวยแสดงระดับความเห็นเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธี Likert scale คือ เห็นด้วย = 1 คะแนน ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน และ ไม่เห็นด้วย = 3 โดยสามารถแบ่งระดับทัศนคติต่อวัณโรค เป็น 3 ระดับ โดยใช้ Best rating criteria คือ

ระดับสูง	12 - 15	คะแนน
ระดับปานกลาง	9 - 11	คะแนน
ระดับต่ำ	5 - 8	คะแนน

การรับรู้ของผู้ปวย ประกอบด้วยชุดคำถามเกี่ยวกับการประเมินตนเองของผู้ปวยวัณโรค ในด้านโอกาสของการเกิดโรค จำนวน 2 ข้อ ด้านความรุนแรงของโรคนี้อีก จำนวน 2 ข้อ และ ประโยชน์ของการรักษาโรคนี้อีก จำนวน 4 ข้อ รวม 8 ข้อ โดยให้ผู้ปวยแสดงระดับความเห็นเป็น 2 ระดับ ด้วยวิธี Likert scale คือ เห็นด้วย = 2 คะแนน และ ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน และสามารถแบ่งระดับการรับรู้ของผู้ปวย เป็น 3 ระดับ โดยใช้ Best rating criteria คือ

ระดับสูง	14 - 16	คะแนน
ระดับปานกลาง	11 - 13	คะแนน
ระดับต่ำ	8 - 10	คะแนน

และคำถามเกี่ยวกับเหตุผลสำคัญเพียงเหตุผลเดียวที่ทำให้ผู้ปวยมารักษาวัณโรคปอดในครั้งนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม แปลจาก The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire ของ Broadhead และคณะ [35] จำนวน 8 คำถาม โดยให้ผู้ป่วยแสดงระดับความเห็นเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธี Likert scale คือ ทุกครั้ง = 3 คะแนน บางครั้ง = 2 คะแนน และ ไม่เคย = 1 คะแนน และสามารถแบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ โดยใช้ Best rating criteria คือ

ระดับสูง	19 - 24 คะแนน
ระดับปานกลาง	14 - 18 คะแนน
ระดับต่ำ	8 - 13 คะแนน

ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาล ประกอบด้วยชุดคำถามเกี่ยวกับการวัดความพึงพอใจของโรงพยาบาลรัฐที่ให้การรักษาผู้ป่วยในด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคปอดรับรู้ ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 6 ข้อ ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 6 ข้อ และ ความพึงพอใจต่อผลของการให้บริการ จำนวน 3 ข้อ ด้วยวิธี Likert scale โดยให้ผู้ป่วยแสดงระดับความเห็นเป็น 5 ระดับ ด้วยวิธี Likert scale คือ พอใจมาก = 5 คะแนน พอใจ = 4 คะแนน พอใจน้อยจนเกือบจะไม่พอใจ = 3 คะแนน ไม่พอใจ = 2 คะแนน และ ไม่พอใจมาก = 1 คะแนน และสามารถแบ่งระดับความพึงพอใจในแต่ละส่วน เป็น 3 ระดับ โดยใช้ Best rating criteria คือ

ความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ

ระดับสูง	23 - 30 คะแนน
ระดับปานกลาง	14 - 22 คะแนน
ระดับต่ำ	6 - 13 คะแนน

ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ

ระดับสูง	19 - 25 คะแนน
ระดับปานกลาง	12 - 18 คะแนน
ระดับต่ำ	5 - 11 คะแนน

ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก

ระดับสูง	23 - 30 คะแนน
ระดับปานกลาง	14 - 22 คะแนน
ระดับต่ำ	6 - 13 คะแนน

ความพึงพอใจต่อผลของการให้บริการ

ระดับสูง	12 - 15	คะแนน
ระดับปานกลาง	7 - 11	คะแนน
ระดับต่ำ	3 - 6	คะแนน

2. แบบบันทึกการรักษา

ประกอบด้วย ประเภทของผู้ป่วยวันโรค ผลการตรวจเสมหะและภาพถ่ายรังสีทรวงอก วันที่ผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาล โดยให้ระบุวันที่ได้รับกิจกรรมดังต่อไปนี้ ได้แก่ ตรวจโรคทั่วไป ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก เก็บเสมหะครั้งที่ 1 - 3 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวันโรคปอดโดยแพทย์ รับยารักษาวันโรค และผู้ที่ทำการตรวจรักษาผู้ป่วย โดยให้เจ้าหน้าที่แต่ละโรงพยาบาลเป็นผู้บันทึก

3.5 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เพื่อความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทดสอบแบบสอบถาม โดยใช้ร่างแบบสอบถามสัมภาษณ์ผู้ป่วยวันโรคเดิมที่มารับยาเป็นประจำทุกเดือน ที่คลินิกวันโรค โรงพยาบาลธัญบุรี จำนวน 15 คน แล้วสอบถามถึงข้อเสนอแนะ และความคิดที่มีต่อคำพูด หรือประโยคในแบบสอบถาม ที่อาจจะมีคำเฉพาะ หรือ คำที่ไม่เข้าใจอยู่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง หลังจากนั้นจึงดำเนินการแก้ไข แบบสอบถามเพื่อให้มีความง่าย ในการตอบคำถามให้มากที่สุด แล้วจึงทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability test) โดยใช้โปรแกรม Epidata โดยให้มีค่า alpha coefficient เท่ากับ 0.9-0.8

สำหรับความถูกต้องของเนื้อหา (Content validity) หลังจากที่ได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์มากขึ้น แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์จะถูกปรับปรุง และตรวจสอบอีกครั้ง โดยคณะกรรมการสอบสวนนิพนธ์ จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6 ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่จัดทำแบบสอบถามและทดสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะได้ทำการประสานกับฝ่ายควบคุมโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เพื่อประสานกับผู้รับผิดชอบงานวันโรคของทั้ง 8 โรงพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงาน

วิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย และชี้แจงแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ที่รับผิดชอบในแต่ละโรงพยาบาลสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

แบบสอบถามจะให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ให้คำแนะนำหากมีข้อสงสัย ในวันที่ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคได้รับการขึ้นทะเบียนและรับยาโรคที่คลินิกโรค หรือ ในการรับยาแต่ละครั้ง โดยไม่เกินครั้งที่ 2 ในแต่ละโรงพยาบาลทุกรายที่เข้ากับเกณฑ์การวิจัย โดยแต่ละแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลเก็บรวบรวมไว้ที่ โรงพยาบาลของตน และผู้วิจัยจะไปเก็บแบบสอบถามทุก 2 สัปดาห์

แบบสอบถามจะได้รับการแยกเป็นแต่ละโรงพยาบาล และจะลงหมายเลขตามลำดับให้ทุกโรงพยาบาล ตั้งแต่หมายเลข 1 เช่น โรงพยาบาลชัยบุรี 01 เพื่อให้สามารถตรวจสอบข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและสมบูรณ์

3.7 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.7.1 การนำเข้าข้อมูล

จะนำเข้าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้โปรแกรม Epidata หลังจากการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ข้อมูลที่ขาดหาย และการกำหนดรหัสเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้ได้รายงานวิจัยตามวัตถุประสงค์ จะทำการแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และแบบแผนการ ใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าในการรับบริการของผู้ป่วย และความล่าช้าจากระบบบริการทั้งในแง่การวินิจฉัยและการให้การรักษาของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดปทุมธานี ตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยใช้โปรแกรม SPSS คำนวณ Chi-square test, Odds ratio (OR), 95% Confidence interval ของ OR

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross sectional study) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดของโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดทุกราย ทุกเพศ ทุกกลุ่มอายุ ที่ได้รับขึ้นทะเบียนและรับการรักษาโรคไม่เกิน 2 เดือน ที่โรงพยาบาลของรัฐบาลทั้งหมด 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลธัญบุรี โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โรงพยาบาลสามโคก โรงพยาบาลหนองเสือ โรงพยาบาลลำลูกกา และโรงพยาบาลคลองหลวง โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ มกราคม – มีนาคม 2555 รวมทั้งหมด จำนวน 62 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งหมด มีเชื้อชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธ

ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย

- 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- 4.2 ปัจจัยเชื้อ
- 4.3 ปัจจัยเสริม
- 4.4 ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาล
- 4.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ
- 4.6 ประเมินความล่าช้า
- 4.7 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยโรคปอด และความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางที่ 4.1 จำนวน และ ร้อยละของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและ สังคมของผู้ป่วยวัณโรค
ปอดในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
15 – 30	13	21.0
31 – 45	23	37.1
45 – 60	20	32.3
> 60	6	9.6
ค่าเฉลี่ย = 42.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 15.65		
อายุสูงสุด = 92 ต่ำสุด = 15		
เพศ		
ชาย	51	82.3
หญิง	11	17.7
สถานภาพสมรส		
โสด	21	33.9
สมรส (อยู่ด้วยกัน)	28	45.1
หม้าย / หย่าร้าง / สมรส (แยกกันอยู่)	14	21.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	6	9.7
ประถมศึกษา	29	46.8
มัธยมศึกษา	21	33.9
อุดมศึกษา	6	9.7

อาชีพ

ไม่มีอาชีพ	17	25.8
มีอาชีพ	45	74.23
รับจ้างทั่วไป	26	41.9
ธุรกิจส่วนตัว	11	16.1
พนักงานบริษัทเอกชน	10	9.7
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	3.2
อื่นๆ	5	3.2

รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

ไม่มีรายได้	19	30.7
$\leq 5,000$	10	16.1
5,001 – 10,000	26	41.9
$\geq 10,001$	7	11.3

ค่าเฉลี่ย = 6,240 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7,169.1

รายได้สูงสุด = 40,000 ค่าสุด = 0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า อายุของผู้ป่วยก่อนข้างกระจายตัว ตั้งแต่ 15 ถึง 92 ปี โดยกลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 31 – 45 ปี (ร้อยละ 37.1) จำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 9.6) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 82.3) ประมาณเกือบครึ่ง (ร้อยละ 45.1) มีสถานะภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) และประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 33.9) มีสถานะภาพโสด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.8) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 33.9) ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 41.9) ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 16.1) และประมาณ 1 ใน 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 25.8) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 6,240 บาท ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 41.9) ทั้งนี้มีประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 30.1) ไม่มีรายได้

ตารางที่ 4.2 จำนวน และ ร้อยละของผู้ป่วยที่ทราบว่ามีโรคประจำตัวและพฤติกรรมสุขภาพก่อนมีอาการเจ็บป่วยเป็นวัณโรคปอด ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

โรคประจำตัวและพฤติกรรมสุขภาพ		
ก่อนมีอาการเจ็บป่วยเป็นวัณโรคปอด	จำนวน	ร้อยละ
ทราบว่าโรคประจำตัวก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วย		
ไม่ทราบว่าโรคประจำตัว	49	79
ทราบว่าโรคประจำตัว	13	21
เอช ไอ วี / เอ็ดส์	5	8.1
เบาหวาน	5	8.1
ความดันโลหิตสูง	3	4.8
หอบหืด/ ถุงลมโป่งพอง	2	3.2
ลมชัก	1	1.6
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคื่อดื่ม	18	29.0
ดื่มนานๆ ครั้ง	30	48.4
ดื่มเป็นประจำ	14	22.6
สูบบุหรี่ (รวมบุหรี่มือสอง)		
ไม่เคยสูบ	21	33.9
สูบนานๆ ครั้ง	14	22.6
สูบเป็นประจำ	27	43.5

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79) ไม่ทราบว่าโรคประจำตัวก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วยเป็นวัณโรคปอด ส่วนในรายที่ทราบว่าโรคประจำตัวก่อนมีอาการเจ็บป่วยนั้น พบว่าเป็นโรค เอช ไอ วี/เอ็ดส์ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด/ ถุงลมโป่งพอง และ ลมชัก

ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 เคยสูบบุหรี่ ก่อนจะมีอาการป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด เช่นเดียวกับ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็พบว่าผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนจะมีอาการป่วย แต่สำหรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น มีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ดื่มเป็นประจำ

ตารางที่ 4.3 จำนวน และ ร้อยละของอาการของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีก่อนมาตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

อาการของวัณโรคปอดก่อนมาตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
ไอ	62	100
น้ำหนักลด	47	75.8
อ่อนเพลีย	44	71.0
หอบเหนื่อย	40	64.5
เจ็บหน้าอก	26	41.9
ไข้	23	37.1
ไอเป็นเลือด	19	30.6
เบื่ออาหาร	3	4.8
อื่นๆ (หนาวสั่น / เหงื่อออกมาก)	2	3.2

จากตารางที่ 4.3 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายมีอาการไอ ก่อนมารับการตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง ประมาณ 3 ใน 4 มีอาการน้ำหนักลด และ อ่อนเพลียร่วมด้วย ในขณะที่ประมาณ 2 ใน 3 มีอาการเจ็บหน้าอก ไข้ และ ไอเป็นเลือดตามลำดับ ส่วนอาการที่พบน้อยได้แก่ เบื่ออาหาร หนาวสั่น และเหงื่อออกมาก

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยวัณโรคที่ตอบถูกในรายข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ของวัณโรค จำนวน 62 ราย ในจังหวัดปทุมธานี

ข้อความ	จำนวนที่ตอบถูก	ร้อยละ
การเก็บเสมหะสามารถให้การวินิจฉัยวัณโรคได้	59	95.2
วัณโรคปอดสามารถติดกันโดยการไอจาม	58	93.5
อาการของวัณโรคปอดจะมีไข้ ไอ หรือ ไอเป็นเลือด น้ำหนักลด	58	93.5
ปอดเป็นอวัยวะที่พบว่าเป็นวัณโรคได้บ่อยที่สุด	56	90.3
การรักษาวัณโรคส่วนใหญ่ใช้เวลารักษานาน 6 เดือน	51	82.3
วัณโรคส่วนใหญ่สามารถหายได้เอง	49	79.0
การสูบบุหรี่ไม่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมากขึ้น	48	77.4
ภาพถ่ายรังสีทรวงอกเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยวัณโรคปอด	46	74.2
ถ้ามีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันเกิน 3 สัปดาห์ ควรสงสัยว่าเป็นวัณโรค	45	72.6

อาการที่น่าสงสัยที่สุดของวัณโรคปอด คือ ไอเป็นเลือด	44	71.0
วัณโรคปอดสามารถติดต่อจากคนสู่คนโดยการสัมผัส	34	54.8

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้ของวัณโรค ของผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	13	21.0
ปานกลาง	22	35.5
สูง	27	43.5

ตาราง 4 .6 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยวัณโรคที่ตอบสนองทัศนคติต่อข้อความของวัณโรค จำนวน 62 ราย ในจังหวัดปทุมธานี

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลทั่วไปสามารถเป็นวัณโรคได้หากได้รับเชื้อเข้าไปและร่างกายไม่แข็งแรง	0	0	1	1.6	61	98.4
การรักษาโดยการรับประทานยาวัณโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถปฏิบัติได้ง่าย	0	0	2	3.2	60	96.8
วัณโรคปอดหากรักษาแล้ว ก็สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ ในสังคมได้ตามปกติ	2	3.2	5	8.1	55	88.7
วัณโรคเป็นโรคเฉพาะของคนยากจน	3	4.8	5	8.1	54	87.1
การวินิจฉัยวัณโรคยุ่งยาก ไม่สะดวก มีหลายขั้นตอน และอาจต้องเจาะเลือด	21	33.9	11	17.7	30	48.4

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละ ระดับทัศนคติของผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดปทุมธานี 62 ราย

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	0	0
ปานกลาง	6	9.7
สูง	56	90.3

ตาราง 4.8 จำนวนและร้อยละ การรับรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี 62 คน

ข้อความ	จำนวนที่รับรู้	ร้อยละ
การรับรู้ด้านโอกาสของการเกิดโรค		
ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้ทำการรักษาสามารถแพร่เชื้อให้กับผู้ใกล้ชิดได้	59	95.2
วัณโรคเป็นโรคที่แพร่เชื้อทางเดินหายใจและติดต่อได้ง่าย	53	85.5
การรับรู้ด้านความรุนแรงของโรค		
วัณโรคเป็นโรคติดต่อทำให้เป็นที่รังเกียจแก่คนอื่นๆในสังคม	57	91.9
เมื่อเป็นวัณโรคแล้ว อาจทำให้ถูกเลิกจ้าง	30	48.4
การรับรู้ด้านประโยชน์ของการรักษา		
การรักษาวัณโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะทำให้วัณโรคหายได้รวดเร็วขึ้น	59	95.2
การรักษาด้วยยาที่ทันเวลาจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากวัณโรคได้	60	96.8
การรักษาวัณโรคที่ล่าช้าทำให้เชื้อแพร่กระจายไปยังคนอื่นได้มากขึ้น	59	95.2
การรักษาวัณโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะทำให้วัณโรคหายได้รวดเร็วขึ้น	59	95.2

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละ ระดับรับรู้ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 ราย

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	1	1.6
ปานกลาง	1	1.6
สูง	60	96.8

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 62 คน มารับการศึกษา

ข้อความ	จำนวนที่ตอบ	ร้อยละ
เหตุผลสำคัญที่มารับการรักษา		
ต้องการหายจากอาการป่วย	37	59.7
มีอาการรุนแรงมากขึ้น	11	17.7
กลัวเสียชีวิต	9	14.5
คิดว่าเป็นวัณโรค	3	4.8
มีคนแนะนำให้นำมาตรวจ	2	3.2

จากตารางที่ 4.4 และ 4.5 พบว่า ข้อความส่วนใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรคปอดตอบถูก มีเพียงข้อความเดียวที่ตอบถูกน้อย คือ “วัณโรคปอดสามารถติดต่อจากคนสู่คนโดยการสัมผัส” ที่ตอบถูกเพียง ร้อยละ 54.8 เท่านั้น ส่วนระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยพบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.5) มีระดับความรู้สูง

จากตารางที่ 4.6 และ 4.7 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่ มีแนวโน้มที่จะแสดงทัศนคติที่ดีต่อข้อความเกี่ยวกับวัณโรค ดังที่แสดงในตาราง และ ระดับทัศนคติส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.3) อยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 4.8 และ 4.9 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.8) มีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 4.10 พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดมารับการรักษา (ร้อยละ 59.7) คือ ต้องการหายจากอาการป่วย ประมาณ 1 ใน 3 มีอาการมากขึ้นและกลัวเสียชีวิต มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่คิดว่าเป็นวัณโรค และ มีคนแนะนำให้มาตรวจ

ตาราง 4.11 จำนวนและร้อยละ รูปแบบการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 62 ราย

สถานที่ที่ผู้ป่วยเลือกไปรับบริการเป็นแห่งแรก เมื่อมีอาการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลรัฐบาล 1 ใน 8 แห่ง	38	61.3
โรงพยาบาลเอกชน	8	12.9
ร้านขายยา	6	9.7
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	3	4.8
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล / สถานีอนามัย	3	4.8
คลินิกเอกชน	3	4.8
หมอพื้นบ้าน	1	1.6

ตาราง 4.12 จำนวนและร้อยละ เหตุผลของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มาใช้และไม่ใช้บริการของโรงพยาบาลรัฐ 8 แห่ง ในจังหวัดปทุมธานี

เหตุผล	มาตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐ (จำนวน 62 ราย)		ไปตรวจที่แห่งอื่น (จำนวน 24 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตามสิทธิการรักษา	34	54.8	2	8.3
ใกล้ที่พัก	12	19.4	10	41.7
มีผู้แนะนำ	7	11.3	2	8.3
สะดวกรวดเร็ว	5	8.1	7	29.2
ให้ความเชื่อมั่น	2	3.2	1	4.2
บริการดี	2	3.2	1	4.2
ความคุ้นเคย	0	0	1	4.2

จากตารางที่ 4.11 และ 4.12 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เมื่อรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเลือกมาใช้บริการครั้งแรกที่โรงพยาบาลของรัฐ ทั้ง 8 แห่ง (ร้อยละ 61.3) รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 12.9) และ ร้านขายยา (ร้อยละ 9.7) ตามลำดับ มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 4.8) ที่ไปใช้บริการครั้งแรกที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล / สถานีอนามัย

เหตุผลส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐประมาณครึ่งหนึ่ง เพราะ ใช้บริการตามสิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 54.8) ใกล้ที่พัก (ร้อยละ 19.4) และ มีผู้แนะนำ (ร้อยละ 11.3) ตามลำดับ แต่สำหรับผู้ป่วยโรคที่ไปใช้บริการที่อื่น นอกจากโรงพยาบาลของรัฐ เกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.7) ให้เหตุผลว่า เพราะใกล้ที่พัก รองลงมา 1 ใน 3 เพราะ มีความสะดวกรวดเร็ว (ร้อยละ 29.2)

4.2 ปัจจัยอื่น

ตารางที่ 4.13 จำนวน และ ร้อยละ ของลักษณะการเข้าถึงบริการด้านกายภาพของผู้ป่วยโรค
จังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ลักษณะการเข้าถึงบริการด้านกายภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่อยู่อาศัยปัจจุบัน		
ชัยบุรี	20	32.3
เมืองปทุมธานี	9	14.5
คลองหลวง	9	14.5
ลำลูกกา	7	11.3
ลาดหลุมแก้ว	6	9.7
หนองเสือ	4	6.5
สามโคก	2	3.2
อื่นๆ (กทม.= 3, นนทบุรี = 2)	5	8.1
ระยะทางในการเดินทาง		
< 5 กิโลเมตร	17	27.4
5 – 10 กิโลเมตร	24	38.7
> 10 กิโลเมตร	21	33.9
ค่าเฉลี่ย = 15.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 24.36		
มัธยฐาน = 10 ระยะทางสูงสุด = 140 ต่ำสุด = 1		
ระยะเวลาในการเดินทาง		
< 30 นาที	29	46.8
≥ 30 นาที	33	53.2

ค่าเฉลี่ย = 33.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 29.52

มัธยฐาน = 30 ระยะเวลาสูงสุด = 180 ต่ำสุด = 5

วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล

รถยนต์ส่วนตัว	18	29.0
รถรับจ้าง / แท็กซี่	18	29.0
มอเตอร์ไซด์ส่วนตัว	15	24.3
รถโดยสารสาธารณะ	11	17.7

ความความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล

สะดวก	55	88.7
ไม่สะดวก	7	11.3

จากตารางที่ 4.13 พบว่า อำเภอที่ผู้ป่วยวัณโรคอาศัยอยู่ในปัจจุบันมากที่สุด คือ อำเภอ รัษฎบุรี (ร้อยละ 32.3) รองลงมา คือ อำเภอเมืองและคลองหลวงจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 14.5) ส่วนที่เหลือ อีกประมาณร้อยละ 40 กระจายอยู่ในอำเภอต่างๆ ในจังหวัดปทุมธานี และ จังหวัดใกล้เคียง

ระยะทางเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาล เท่ากับ 15.39 กิโลเมตร ระยะทางไกลที่สุดถึง 140 กิโลเมตร ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทาง เท่ากับ 33.79 นาที ระยะเวลาที่นานที่สุดในการเดินทางมาโรงพยาบาล คือ 180 นาที

สำหรับวิธีการเดินทาง ได้แก่ รถยนต์ส่วนตัว รถรับจ้าง/แท็กซี่ มอเตอร์ไซด์ส่วนตัว และ รถโดยสารสาธารณะ พบว่ามีค่อนข้างใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.7) ระบุว่าการเดินทางมาโรงพยาบาลมีความสะดวก

ตารางที่ 4.14 จำนวน และ ร้อยละของผลกระทบจากภาวะน้ำท่วมต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการป่วย		
ก่อนภาวะน้ำท่วม	29	46.8
ระหว่างภาวะน้ำท่วม	19	30.6
หลังภาวะน้ำท่วม	14	22.6

ผลกระทบต่อนักพักของผู้ป่วย	10	16.1
ไม่ได้รับผลกระทบ	52	83.9
ได้รับผลกระทบ	24	38.7
บ้านถูกน้ำท่วมจนไม่สามารถอาศัยอยู่ได้	19	30.6
บ้านถูกน้ำท่วมบางส่วนแต่ยังพออยู่อาศัยได้	9	14.5
บ้านไม่ถูกน้ำท่วม แต่ไม่สามารถเดินทาง สัญจรได้ตามปกติ		
ที่พักระหว่างน้ำท่วม		
ที่พักปัจจุบัน	31	50.0
ที่พักอื่นในจังหวัดปทุมธานี	12	19.4
ที่พักอื่นในต่างจังหวัด	19	30.6
กรุงเทพมหานคร	5	8.1
ชลบุรี	3	4.8
อื่นๆ	11	17.7
การมารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐระหว่างน้ำท่วม		
มารับการรักษาได้	19	30.6
มารับการรักษาไม่ได้ แต่ไปรักษาที่อื่น	26	42.0
โรงพยาบาลรัฐแห่งอื่นนอกจังหวัด	14	22.6
ร้านขายยา	5	8.1
คลินิก	3	4.8
โรงพยาบาลรัฐแห่งอื่นในจังหวัด	2	3.2
หน่วยแพทย์เคลื่อนที่	1	1.6
อื่นๆ	2	3.2
ไม่ได้ไปรักษาที่อื่น	17	27.4

จากตารางที่ 4.14 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.8) จะมีอาการป่วยก่อนน้ำท่วม กว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับผลกระทบจากน้ำท่วม ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนมากบ้านถูกน้ำท่วม (ร้อยละ 68.7) สำหรับการพักอาศัยระหว่างน้ำท่วม ประมาณ 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี โดยครึ่งหนึ่งอาศัยในที่พักปัจจุบัน และมี 1 ใน 3 ที่ไปพักอาศัยนอกจังหวัดระหว่างน้ำท่วม

นอกจากนี้พบว่าในระหว่างน้ำท่วมมีเพียง 1 ใน 3 ที่สามารถมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐได้ อีกประมาณ 1 ใน 3 ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพแห่งอื่น และที่เหลืออีก 1 ใน 3 ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด

ตารางที่ 4.15 จำนวน และ ร้อยละ ของสิทธิการรักษาพยาบาลและการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรทองในเขตจังหวัดปทุมธานี	45	72.6
บัตรทองนอกเขตจังหวัดปทุมธานี	6	9.7
ประกันสังคมโรงพยาบาลรัฐบาล	6	9.7
ประกันสังคมโรงพยาบาลเอกชน	2	3.2
ไม่มีสิทธิการรักษาใดๆ	2	3.2
เบิกได้ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.6
ผู้แนะนำให้มาตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐ		
ไม่มีผู้แนะนำ	31	50.0
มีผู้แนะนำ	31	50.0
ครอบครัว	18	29.0
เจ้าหน้าที่ รพ.สต/ สถานีอนามัย	5	8.1
แพทย์เฉพาะทาง	4	6.5
แพทย์ที่คลินิก	3	4.8
ผู้ป่วยวัณโรคเก่า	3	4.8
เพื่อนร่วมงาน	2	3.2
นายจ้าง/ หัวหน้างาน	1	1.6
เคยรับทราบบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐ		
ไม่เคยทราบ	43	69.4
เคยทราบ	19	30.6
การเก็บเสมหะตรวจวัณโรค	11	17.7
ปรึกษา / ชักประวัติ	7	11.3

ตรวจร่างกาย	7	11.3
รับยารักษาวัณโรค	7	11.3
ภาพถ่ายรังสีทรวงอก	6	9.7
อื่นๆ	2	3.2
ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรควัณโรคมามาก่อนป่วยหรือไม่		
ไม่เคยทราบ	45	72.6
เคยทราบ	17	27.4
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	6	9.7
ผู้ป่วยวัณโรคเก่า	6	9.7
คนรู้จัก	3	4.8
โทรทัศน์	2	3.2
หนังสือพิมพ์	1	1.6
อื่นๆ	2	3.2

จากตารางที่ 4.15 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.6) มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพในเขตจังหวัดปทุมธานี โดยครึ่งหนึ่งมีผู้แนะนำให้มาตรวจ ซึ่งในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่ง ครอบครัวเป็นผู้แนะนำให้มาตรวจรักษา ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าโรงพยาบาลมีบริการทางการแพทย์เกี่ยวกับวัณโรคปอด (ร้อยละ 69.4) และ ไม่เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคปอดมาก่อน (ร้อยละ 72.6)

ตารางที่ 4.16 จำนวน และ ร้อยละ ของการเข้าถึงการบริการด้านการเงินของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดปทุมธานี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	(N = 47)	
≤ 15,000	24	51.1
15,001 – 30,000	17	36.2
30,001 – 45,000	3	6.4
≥ 45,001	3	6.4
ค่าเฉลี่ย = 17,595.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 20,645.99		
มัธยฐาน = 11,000 อายุสูงสุด = 120,000 ต่ำสุด = 0		

ความเพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัว			(N = 61)
เพียงพอ และเหลือเก็บ	13	21.3	
เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ	21	34.4	
ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน	12	19.7	
ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	15	24.6	
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล			(N = 61)
< 50 บาท/ครั้ง	22	36.1	
50 – 100 บาท/ครั้ง	19	31.1	
> 100 บาท/ครั้ง	20	32.8	
ค่าเฉลี่ย = 137.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 180.94			
มัธยฐาน = 100 ค่าใช้จ่ายสูงสุด = 1,000 ต่ำสุด = 0			
ต้องลางานเพื่อมาตรวจรักษา			(N = 62)
ต้องลางาน	15	24.2	
ไม่ต้องลางาน	47	75.8	
รายได้ที่ต้องสูญเสียเมื่อมาตรวจรักษา			(N = 61)
ไม่สูญเสียรายได้	36	59.0	
สูญเสียรายได้	25	41.0	
< 100 บาท / วัน	1	1.6	
100 – 300 บาท/วัน	12	19.7	
> 300 บาท/วัน	12	19.7	
ค่าเฉลี่ย = 636.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1,547.27			
มัธยฐาน = 300 รายได้ที่ต้องสูญเสียสูงสุด = 8,000 ต่ำสุด = 55			

จากตารางที่ 4.16 พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 17,595.74 บาท โดยประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอต่อรายจ่ายในแต่ละเดือน

ในเรื่องของการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล พบว่ามีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 137.54 บาท สูงสุด 1,000 บาท เกือบครึ่ง (ร้อยละ 41) ต้องสูญเสียรายได้เมื่อมาตรวจรักษา โดยเฉลี่ยวันละ 636.20 บาท สูงสุดถึง 8,000 บาท แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.8) ไม่ต้องลางานเพื่อมาตรวจรักษา

ตารางที่ 4.17 จำนวน และ ร้อยละ ของการจัดการด้านความเป็นอยู่ และ จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 62 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
อาศัยกับครอบครัว	48	77.4
ครอบครัวขยาย	25	40.3
ครอบครัวเดี่ยว	23	37.1
อาศัยคนเดียว	8	12.9
อาศัยอยู่กับเพื่อน	4	6.5
อื่นๆ	2	3.2
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยด้วยกัน		
1 คน	6	9.7
2-4 คน	33	53.2
มากกว่า 4 คน	23	37.1
ค่ามัธยฐาน = 3 สูงสุด = 12 ต่ำสุด = 1		

จากตารางที่ 4.17 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.4) อาศัยกับครอบครัว โดยครึ่งหนึ่งอาศัยกับครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2-4 คน และประมาณ 1 ใน 3 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 4 คน

4.3 ปัจจัยเสริม

ตารางที่ 4.18 จำนวน และ ร้อยละของความถี่ของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ข้อความ	ไม่เคย		บางครั้ง		ทุกครั้ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฉันมีคนที่จะช่วยดูแลเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับฉัน	5	8.1	33	53.2	24	38.7
ฉันได้รับรักและความเอื้ออาทร	4	6.5	25	40.3	33	53.2
เวลาฉันมีปัญหาไม่ว่าเรื่องงานหรือครอบครัว ฉันมีคนที่จะพูดคุย	3	4.8	25	40.3	34	54.8
ฉันมีคนที่ฉันไว้วางใจที่จะปรึกษาเรื่องส่วนตัวได้	1	1.6	26	41.9	35	56.5
ฉันมีคนที่ช่วยฉันได้ หากฉันมีปัญหาด้านการเงิน	9	14.5	29	46.8	24	38.7
ฉันมักจะได้รับการเชิญชวนให้ร่วมงานสังคม	10	16.1	37	59.7	15	24.2
ฉันมีคนคอยให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต	8	12.9	34	54.8	20	32.3
ฉันมีคนคอยช่วยเหลือฉันเวลาเจ็บป่วยหรือเวลาฉันต้องการความช่วยเหลือ	6	9.7	32	51.6	24	38.7

ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละของแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 62 ราย

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
สูง	32	51.6
ปานกลาง	26	41.9
ต่ำ	4	6.5

ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละของบุคคลที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ระหว่างการเจ็บป่วย จำนวน 62 ราย

บุคคลที่มาตรวจพร้อมผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
มีคนเดียว	25	40.3
คู่สมรส	14	22.6
ลูกหลาน	10	16.1
พ่อแม่	6	9.7
พี่น้อง	4	6.5
เพื่อน / คนรู้จัก	3	4.8

จากตารางที่ 4.18 และ 4.19 พบว่าผู้ป่วยครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.6) มีระดับของแรงสนับสนุนระดับสูง ทั้งนี้จากตารางที่ 4.20 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มาตรวจรับการรักษาเพียงคนเดียว (ร้อยละ 40.3) และมาตรวจพร้อมกับคนในครอบครัวรวมทั้งหมด ร้อยละ 54.9 (คู่สมรส ลูกหลาน พ่อแม่ และพี่น้อง)

4.4 ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาล

ตารางที่ 4.21 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการของผู้ป่วยโรคปอด จำนวน 62 คน

ความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ	พอใจมาก		พอใจ		พอใจน้อยจนเกือบไม่พอใจ		ไม่พอใจ		ไม่พอใจมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การติดต่อขอรับบริการหรือข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการ	18	29.0	38	61.3	5	8.1	1	1.6	0	0
ลำดับขั้นตอนการให้บริการ	14	22.6	38	61.3	6	9.7	3	4.8	1	1.6
การให้บริการตามลำดับ	19	30.8	6	9.7	0	0	0	0	0	0
ระยะเวลาในการรอรับบริการ	14	22.6	35	56.5	6	9.7	4	6.5	3	4.8
ความรวดเร็วในการให้บริการ	12	19.4	32	51.6	13	21.0	4	6.5	1	1.6
ความครบถ้วน ถูกต้อง ของการให้บริการ	18	29.0	35	56.5	6	9.7	3	4.8	0	0

ตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจต่อความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 62 คน

ความพึงพอใจต่อความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ	พอใจมาก		พอใจ		พอใจน้อยจนเกือบไม่พอใจ		ไม่พอใจ		ไม่พอใจมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ความสามารถ	21	33.9	41	66.1	0	0	0	0	0	0
ความเต็มใจและความพร้อมในการให้บริการอย่างสุภาพ	23	37.1	36	58.1	3	4.8	0	0	0	0
ความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่	37	59.7	25	40.3	0	0	0	0	0	0
ความเหมาะสมในการแต่งกาย บุคลิกของผู้ให้บริการ	31	50.0	29	46.8	2	3.2	0	0	0	0
การให้บริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ มีความเสมอภาค	31	50.0	31	50.0	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 4.23 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้ป่วยโรคไต จำนวน 62 คน

ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก	พอใจมาก		พอใจ		พอใจน้อยจนเกือบไม่พอใจ		ไม่พอใจ		ไม่พอใจมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ป้าย / สัญลักษณ์ / ประชาสัมพันธ์ บอกจุดบริการ	19	30.6	36	58.1	7	11.3	0	0	0	0
ความเพียงพอของจุด / ช่องการให้บริการ	14	22.6	49	67.7	6	9.7	0	0	0	0
ความเพียงพอของอุปกรณ์สำหรับผู้รับบริการ	11	17.7	41	66.1	8	12.9	2	3.2	0	0
การเปิดรับฟังข้อคิดเห็นต่อการให้บริการ	12	19.4	37	59.7	13	21.0	0	0	0	0
ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก	14	22.6	41	66.1	4	6.5	3	4.8	0	0
ความสะอาดของสถานที่ให้บริการในภาพรวม	16	25.8	37	59.7	8	12.9	1	0	0	0

ตารางที่ 4.24 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้วิจัยโรคปอด จำนวน 62 คน

ความพึงพอใจ	พอใจมาก		พอใจ		พอใจน้อยจนเกือบไม่พอใจ		ไม่พอใจ		ไม่พอใจมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับบริการที่ตรงตามต้องการ	23	37.1	35	56.5	3	4.8	1	1.6	0	0
ได้รับบริการที่คุ้มค่า คุ่มประโยชน์	22	35.5	38	61.3	2	3.2	0	0	0	0
ผลการบริการโดยรวม	24	38.7	34	54.8	3	4.8	1	1.6	0	0

ตารางที่ 4.25 สรุปจำนวนและร้อยละของความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของผู้วิจัยโรคปอด จำนวน 62 คน

ความพึงพอใจ	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ	46	74.2	15	24.2	1	1.6
เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ	62	100	0	0	0	0
สิ่งอำนวยความสะดวก	51	82.2	11	17.7	0	0
ผลการให้บริการ	59	95.2	3	4.8	0	0

จากตารางที่ 4.25 พบว่า ผู้ป่วยวันโรคปอดมีความพึงพอใจในด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาได้แก่ ความพึงพอใจต่อผลการให้บริการโดยรวม (ร้อยละ 95.2) สิ่งอำนวยความสะดวก (ร้อยละ 82.2) และกระบวนการให้บริการ (ร้อยละ 74.2) ตามลำดับ

4.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพจำนวน 62 ราย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ	จำนวน (N =62)	ร้อยละ
ชนิดของวันโรคปอด		
เสมหะพบเชื้อ	29	46.8
เสมหะไม่พบเชื้อ	33	53.2
ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 1		
บวก	22	35.5
ลบ	44	64.5
ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 2		
บวก	24	38.7
ลบ	38	61.3
ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 3 (N = 61)		
บวก	26	42.6
ลบ	35	57.4
ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก		
ผิดปกติเข้าได้กับวันโรคปอด (เปราะ/เป็นโพรง)	60	96.8
ปกติ	2	3.2
ขนาดของโรงพยาบาล		
โรงพยาบาลชุมชน	49	79.0
โรงพยาบาลทั่วไป	13	21.0

ผู้ทำการตรวจรักษาครั้งแรก

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	49	79.0
อายุรแพทย์	6	9.7
แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น	5	8.1
พยาบาลวิชาชีพ	2	3.2

การถ่ายภาพรังสีทรวงอก

ได้ทำตั้งแต่ครั้งแรกที่มาปรึกษา	50	80.6
ไม่ได้ทำตั้งแต่ครั้งแรกที่มาปรึกษา	12	19.4
ค่าเฉลี่ย = 2.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.06		
มัธยฐาน = 0 ระยะเวลาสูงสุด = 44 ต่ำสุด = 0		

การเก็บตรวจเสมหะ

ได้ทำตั้งแต่ครั้งแรกที่มาปรึกษา	26	41.9
ไม่ได้ทำตั้งแต่ครั้งแรกที่มาปรึกษา	36	58.1
ค่าเฉลี่ย = 3.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.61		
มัธยฐาน = 1 ระยะเวลาสูงสุด = 50 ต่ำสุด = 0		

ผู้ที่ทำการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	44	71.0
อายุรแพทย์	18	29.0

การรับยาวัณโรค

ได้รับยาวันที่ได้รับการวินิจฉัย	57	91.9
ไม่ได้รับยาวันที่วินิจฉัย	5	8.1

จากตารางที่ 4.26 พบว่าจากการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดปทุมธานี เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อเกือบครึ่งหนึ่ง (29 คน ร้อยละ 46.8) ผลตรวจเสมหะเป็นบวกครั้งแรก 22 ราย (ร้อยละ 75.9) นอกจากนี้พบว่าผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีที่เป็นปกติ 2 ราย (ร้อยละ 3.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกตั้งแต่ครั้งแรก (ร้อยละ 80.6) แต่สำหรับการตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรค ได้รับการตรวจเมื่อมาตรวจที่โรงพยาบาลครั้งแรกเพียง ร้อยละ 41.9 เท่านั้น

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 79) ส่วนใหญ่ได้ตรวจกับแพทย์เวชปฏิบัติ (ร้อยละ 79) มีเพียง 2 ราย (ร้อยละ 3.2) ที่ตรวจกับพยาบาลเวชปฏิบัติ และ ผู้ป่วย

ทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวันโรคปอดโดยแพทย์ และ เกือบทุกราย (ร้อยละ 91.9) ได้รับยาทันทีในวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวันโรคปอด

4.6 ประเมินความล่าช้า

ตารางที่ 4.27 จำนวนและร้อยละของประเภทความล่าช้าในการควบคุมวันโรคปอด ของโรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดปทุมธานี

ความล่าช้า	เกณฑ์ ล่าช้า	ล่าช้า		สูงสุด (วัน)	ต่ำสุด (วัน)	เฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
		จำนวน	ร้อยละ			
พฤติกรรมกรรมการแสวงหา บริการสุขภาพ	> 28 วัน	34	54.8	265	2	38.78 ± 44.35
การวินิจฉัยวันโรคปอด	> 7 วัน	16	25.8	59	0	7.53 ± 12.37
การรักษาวันโรคปอด	> 3 วัน	1	1.6	6	0	0.26 ± 1.01
การวินิจฉัยและรักษา วันโรคปอด	> 10 วัน	13	21.0	62	0	7.98 ± 12.90
การควบคุมวันโรคปอด ทั้งหมด	> 38 วัน	24	38.7	267	2	46.74 ± 46.77

จากตารางที่ 4.27 พบว่า ความล่าช้าในการควบคุมวันโรคปอด ของจังหวัดปทุมธานี มีความล่าช้าจากพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพมากที่สุด ถึงร้อยละ 54.8 เฉลี่ย 38.78 วัน ระยะเวลาที่นานที่สุดถึงสูงสุดถึง 265 วัน รองลงมาคือความล่าช้าในการวินิจฉัย โดยพบความล่าช้าอยู่ที่ร้อยละ 25.8 เฉลี่ย 7.53 วัน ล่าช้ามากที่สุดถึง 59 วัน และ ล่าช้าน้อยที่สุดคือ การรักษาวันโรคปอด ซึ่งพบเพียงรายเดียว คือ 6 วัน ยังไม่ได้รับยาหลังการวินิจฉัย

ส่วนความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งรวมขั้นตอนการวินิจฉัยและรักษาโรคนั้น มีความล่าช้าอยู่ที่ ร้อยละ 21.0 เฉลี่ย 7.98 วัน ล่าช้าสูงสุด 62 วัน และ ความล่าช้าในการควบคุมวันโรคทั้งหมด อยู่ที่ร้อยละ 38.7 เฉลี่ย 46.74 วัน นานที่สุดคือ 267 วัน

4.7 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการ สุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด และความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ

4.7.1 ความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด

4.7.1.1 ปัจจัยปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางที่ 4.28 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพที่มีความล่าช้าและไม่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพ	ล่าช้า จำนวน (%)	ไม่ล่าช้า จำนวน (%)	p-value	OR (95% CI)
อายุ (ปี)				
15 – 30	4 (11.8)	9 (32.1)	0.03*	
31 – 45	11 (32.4)	12 (42.9)		
> 45	19 (55.9)	7 (25.0)		
เพศ				
ชาย	27 (79.4)	24 (85.7)	0.518	0.64 (0.50-1.39)
หญิง	7 (20.6)	4 (14.3)		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10 (29.4)	6 (21.4)	0.475	1.53 (0.48-4.90)
ประกอบอาชีพ	24 (70.6)	22 (78.6)		
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	21 (61.8)	15 (53.6)	0.515	1.40 (0.51-3.86)
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	13 (38.2)	13 (46.4)		
สถานภาพสมรส				
ไม่โสด	29 (85.3)	12 (42.9)	0.000 [±]	7.73 (2.31-25.90)
โสด	5 (14.7)	16 (57.1)		

รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน

≤ 5,000 บาท	15 (44.1)	18 (64.3)		
>5,000 บาท	19 (55.9)	10 (35.7)	0.113	0.44 (0.16-1.23)

ทราบว่ามีโรคประจำตัวก่อนที่จะมี**อาการเจ็บป่วย**

ไม่ทราบว่ามีโรคประจำตัว	26 (76.5)	23 (82.1)		
ทราบว่ามีโรคประจำตัว	8 (23.5)	5 (17.9)	0.585	0.71 (0.20-2.47)

ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ไม่เคยดื่ม	10 (29.4)	8 (28.6)		
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	24 (70.6)	20 (71.4)	0.942	1.04 (0.35-3.14)

สูบบุหรี่ (รวมบุหรี่มือตนเอง)

ไม่เคยสูบ	12 (35.3)	9 (32.1)		
สูบบุหรี่	22 (64.7)	19 (67.9)	0.794	1.15 (0.40-3.32)

อาการของวัณโรคปอด**น้ำหนักลด**

ไม่มี	6 (17.6)	9 (32.1)		
มี	28 (82.4)	19 (67.9)	0.185	0.45 (0.14-1.48)

อ่อนเพลีย

ไม่มี	8 (23.5)	10 (35.7)		
มี	26 (76.5)	18 (64.3)	0.293	0.55 (0.18-1.68)

หอบเหนื่อย

ไม่มี	11 (32.4)	11 (39.3)		
มี	23 (67.6)	17 (60.7)	0.570	0.74 (0.26-2.10)

เจ็บหน้าอก

ไม่มี	19 (55.9)	17 (60.7)		
มี	15 (44.1)	11 (39.3)	0.701	0.82 (0.30-2.27)

ไอ

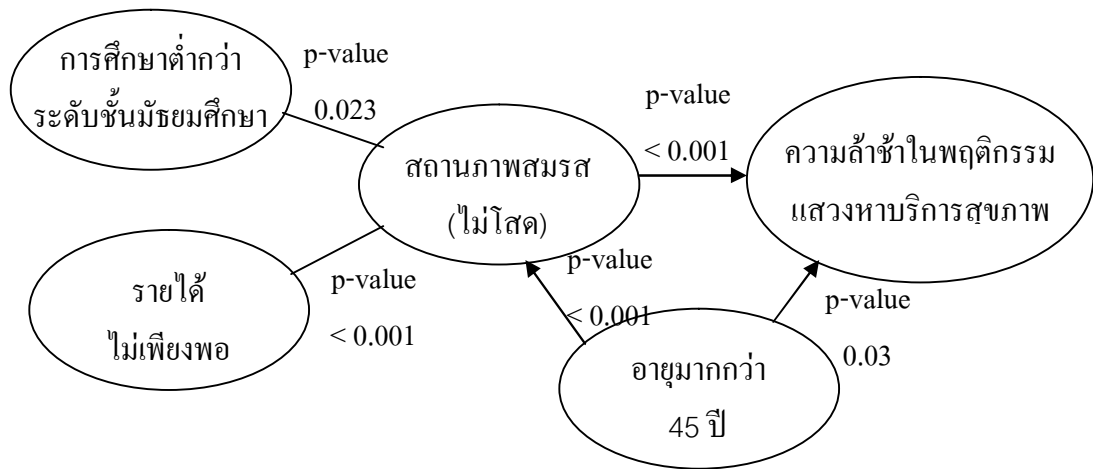
ไม่มี	15 (44.1)	8 (28.6)		
มี	19 (55.9)	20 (71.4)	0.207	1.97 (0.68-5.72)

ไอเป็นเลือด				
ไม่มี	21 (61.8)	22 (78.6)		
มี	13 (38.2)	6 (21.4)	0.153	2.27 (0.73-7.08)
เบื่ออาหาร				
ไม่มี	8 (61.8)	13 (78.6)		
มี	26 (38.2)	15 (21.4)	0.058	0.36 (0.12-1.05)
ระดับความรู้				
ต่ำ และ ปานกลาง	19 (55.9)	16 (57.1)		
สูง	15 (44.1)	12 (42.9)	0.921	0.95 (0.35-2.61)
เหตุผลสำคัญที่ทำให้มารักษา				
ต้องการหายจากอาการป่วย	18 (52.9)	19 (67.9)		
มีอาการรุนแรงมากขึ้น	7 (20.6)	4 (14.3)		
อื่นๆ (กลัวเสียชีวิต, คิดว่าเป็น)	9 (26.5)	5 (17.9)	0.491	
วันโรค, มีคนแนะนำให้มาตรวจ				
สถานที่ที่ผู้ป่วยเลือกไปรับบริการ				
เป็นแห่งแรก เมื่อมีอาการเจ็บป่วย				
สถานบริการสุขภาพแห่งอื่นๆ	13 (38.2)	11 (39.3)		
โรงพยาบาลรัฐบาล 1 ใน 8 แห่ง	21 (61.8)	17 (60.7)	0.933	0.96 (0.34-2.67)

± p-value < 0.001 * p-value < 0.05

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าและไม่ล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด (ตารางที่ 4.28) พบว่ามี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย (p-value 0.03) และ สถานภาพสมรส (p-value < 0.001) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จะมีแนวโน้มที่จะมารับบริการล่าช้ากว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีอายุน้อยกว่า ส่วนในกรณีของสถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพไม่โสด (สมรส / หย่าร้าง / หม้าย) จะมีโอกาสที่จะมารับบริการล่าช้ากว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีสถานะโสดถึง 7.73 เท่า

แต่จากวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันตาม รูปที่ 4.1



รูปที่ 4.1 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี

จากรูปที่ 4.1 พบว่า สถานภาพสมรสไม่โสด มีความสัมพันธ์กับ ระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา และ รายได้ไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุที่มากกว่า 45 ปี มีความสัมพันธ์ทั้งกับ สถานภาพสมรส (ไม่โสด) และ ความล่าช้าในพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพด้วย ดังนั้น เป็นที่น่าพิจารณาว่าอายุเป็นตัวกวน (confounding factor) หรือไม่ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่มอายุจะได้ว่า

ตารางที่ 4.29 ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพกับ สถานภาพสมรส และ มีการควบคุมอิทธิพลของอายุ

อายุ	สถานภาพสมรส	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	p-value	OR (95% CI)
		จำนวน (%)	จำนวน (%)		
≤ 45 ปี	ไม่โสด	11 (73.3)	6 (28.6)	0.008	6.88 (1.56 – 30.36)
	โสด	4 (26.7)	15 (71.4)		
> 45 ปี	ไม่โสด	18 (94.7)	6 (85.7)	0.444	3.00 (0.16 - 55.72)
	โสด	1 (5.3)	1 (14.3)		
รวม	ไม่โสด	29 (85.3)	12 (42.9)	0.000	7.73 (2.31-25.90)
	โสด	5 (14.7)	16 (57.1)		

จากตาราง 4.29 พบว่า Crude OR มีค่าเท่ากับ 7.73 เท่า และ OR ในกลุ่มอายุ ≤ 45 ปี มีค่าเท่ากับ 6.88 เท่า และ OR ในกลุ่มอายุ > 45 ปี มีค่าเท่ากับ 3 เท่า และ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเป็นเช่นนี้จะพบว่า อายุ เป็นตัวกวน (Confounding factor)

ดังนั้น ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่นัยสำคัญ มีเพียงปัจจัยเดียว คือ สถานภาพสมรส (ไม่โสด) เท่านั้น

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นก่อนป่วย พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) อาการต่างๆ ของโรควัณโรคปอด ระดับความรู้ เหตุผลสำคัญที่ทำให้มาได้รับการรักษา และสถานที่ที่ผู้ป่วยเลือกไปรับบริการเป็นแห่งแรก เมื่อมีอาการเจ็บป่วย พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แต่ไม่สามารถคำนวณทางสถิติได้ ได้แก่ ระดับทัศนคติ และระดับการรับรู้ เนื่องจากผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีระดับทัศนคติ และ ระดับการรับรู้ในระดับสูง

4.7.1.2 ปัจจัยเชื้อ

ตารางที่ 4.30 ปัจจัยเชื้อกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่มีความล่าช้าและไม่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	p-value	OR (95% CI)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
ระยะทางในการเดินทาง				
< 5 กิโลเมตร	8 (23.5)	10 (35.7)	0.293	0.55 (0.18-1.68)
≥5 กิโลเมตร	26 (76.5)	8 (64.3)		
ระยะเวลาในการเดินทาง				
< 30 นาที	16 (47.1)	13 (46.4)	0.961	1.03 (0.38-2.80)
≥ 30 นาที	18 (52.9)	15 (53.6)		

วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล

รถยนต์ส่วนตัว	10 (29.4)	8 (28.6)	
รถรับจ้าง / แท็กซี่	11 (32.4)	7 (25.0)	
มอเตอร์ไซด์ส่วนตัว	6 (17.6)	9 (32.1)	0.579
รถโดยสารสาธารณะ	7 (20.6)	4 (14.3)	

ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการป่วย

ก่อนภาวะน้ำท่วม	18 (52.9)	11 (39.3)	
ระหว่างภาวะน้ำท่วม	9 (26.5)	10 (35.7)	
หลังภาวะน้ำท่วม	7 (20.6)	7 (25.0)	0.556

ผลกระทบต่อที่พักของผู้ป่วย

ไม่ได้รับผลกระทบ	5 (14.7)	5 (17.9)	
ได้รับผลกระทบ	29 (85.3)	23 (82.1)	
บ้านถูกน้ำท่วมจนไม่	13 (44.8)	11 (47.8)	
สามารถอาศัยอยู่ได้			
บ้านถูกน้ำท่วมบางส่วน	12 (41.4)	7 (30.4)	
แต่ยังพออยู่อาศัยได้			
บ้านไม่ถูกน้ำท่วม แต่ไม่	4 (13.8)	5 (21.7)	0.633

สามารถเดินทางสัญจรได้**ตามปกติ****ที่พักระหว่างภาวะน้ำท่วม**

ที่พักปัจจุบัน	18 (52.9)	13 (46.4)	
ที่พักอื่นในจังหวัดปทุมธานี	7 (20.6)	5 (17.9)	
ที่พักอื่นในต่างจังหวัด	9 (26.5)	10 (35.7)	0.734

การมารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ**ระหว่างน้ำท่วม**

มารับการรักษาไม่ได้	21 (61.8)	22 (78.6)	
มารับการรักษาได้	13 (38.2)	6 (21.4)	0.153 0.44 (0.14-1.37)

สิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิการรักษาอื่นๆ	10 (29.4)	7 (25.0)	
บัตรทองในจังหวัดปทุมธานี	24 (70.6)	21 (75.0)	0.698 1.25 (0.40-3.87)

ผู้แนะนำให้มาตรวจที่

โรงพยาบาลของรัฐ

ไม่มีผู้แนะนำ	16 (47.1)	15 (53.6)		
มีผู้แนะนำ	18 (52.9)	13 (46.4)	0.610	0.77 (0.28-2.1)

เคยรับทราบบริการทาง

การแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐ

ไม่เคยทราบ	10 (29.4)	9 (32.1)		
เคยทราบ	24 (70.6)	19 (67.9)	0.816	0.88 (0.30-2.60)

ทราบข้อมูลของวัณโรคมาก่อน

ป่วยหรือไม่

ไม่เคยทราบ	8 (23.5)	9 (32.1)		
เคยทราบ	26 (76.5)	19 (67.9)	0.449	0.65 (0.21-1.99)

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อ

เดือน (บาท) (N = 47)

≤ 15,000	13 (46.4)	11 (57.9)		
>15,000	15 (53.6)	8 (42.1)	0.440	0.63 (0.19-2.04)

ความเพียงพอกับรายจ่าย

(N = 61)

เพียงพอ และเหลือเก็บ	3 (8.8)	10 (35.7)		
เพียงพอ แต่เหลือเก็บ	15 (44.1)	7 (25.0)		
ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน	7 (20.6)	5 (17.9)		
ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	9 (26.5)	6 (21.4)	0.069	

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมา

โรงพยาบาล (N = 61)

< 50 บาท/ครั้ง	12 (35.3)	10 (37.0)		
50 – 100 บาท/ครั้ง	10 (29.4)	9 (33.3)		
> 100 บาท/ครั้ง	12 (35.3)	8 (29.6)	0.889	

ต้องการงานเพื่อมาตรวจรักษา

ต้องการงาน	8 (23.5)	7 (25.0)		
ไม่ต้องการงาน	26 (76.5)	21 (75.0)	0.893	0.92 (0.29-2.96)

รายได้ที่ต้องสูญเสียเมื่อมาตรวจ

รักษา (N = 61)

สูญเสียรายได้	15 (44.1)	10 (37.0)		
ไม่สูญเสียรายได้	19 (55.9)	17 (63.0)	0.576	1.34 (0.48-3.77)

ลักษณะครอบครัว

อาศัยกับครอบครัว	27 (79.4)	21 (75.0)		
ไม่ได้อาศัยกับครอบครัว	7 (20.6)	7 (25.0)	0.679	1.29 (0.39-4.24)

จำนวนสมาชิกในครอบครัว

1 – 4 คน	24 (70.6)	15 (53.6)		
มากกว่า 4 คน	10 (29.4)	13 (46.4)	0.167	2.08 (0.73-5.923)

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่มีความล่าช้าและไม่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี (ตารางที่ 4.30) ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่มีผลต่อความล่าช้าในพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งทางด้านการคมนาคม การเดินทางมาโรงพยาบาล ระยะเวลาการเดินทาง วิธีการเดินทาง ผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างน้ำท่วม ในปี 2554

นอกจากนี้พบว่าสิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัณโรคที่ผู้ป่วยเคยทราบมาก่อน บุคคลที่แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษา ตลอดจนปัจจัยทางการเงินของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการด้านความเป็นอยู่ และ จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรค ก็ไม่มีผลกับความล่าช้าในพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยเช่นกัน

4.7.1.3 ปัจจัยเสริม

ตารางที่ 4.31 ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพที่มีความล่าช้าและไม่ล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	p-value	OR (95% CI)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ปานกลาง และต่ำ	16 (47.1)	14 (50.0)	0.818	0.89 (0.38-2.42)
สูง	18 (52.9)	14 (50.0)		
บุคคลที่มาตรวจพร้อมผู้ป่วย				
มาคนเดียว	14 (41.2)	11 (39.3)	0.880	1.08 (0.39-3.00)
มากับบุคคลอื่น	20 (58.8)	17 (60.7)		

จากตารางที่ 4.31 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพที่มีความล่าช้า พบว่า ไม่มีปัจจัยเสริมใดที่ได้จากการบทวนวรรณกรรม มีผลต่อความล่าช้าต่อพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม และ บุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย (บุคคลที่มาตรวจพร้อมผู้ป่วย)

4.7.2 ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพ

4.7.2.1 ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด

4.7.2.1.1 ปัจจัยปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางที่ 4.32 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	p-value	OR (95% CI)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
อายุ (ปี)				
15 – 30	4 (25.0)	9 (19.6)	0.509	
31 – 45	4 (25.0)	19 (41.3)		
> 45	8 (50.0)	18 (39.1)		
เพศ				
ชาย	12 (75.0)	39 (84.8)	0.378	0.54 (0.13 – 2.16)
หญิง	4 (25.0)	7 (15.2)		
สถานภาพสมรส				
ไม่โสด	6 (37.5)	15 (32.5)	0.722	1.24 (0.38 – 4.01)
โสด	10 (62.5)	31 (67.4)		
รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน				
≤ 5,000 บาท	11 (68.8)	22 (47.8)	0.149	2.40 (0.72 – 8.01)
>5,000 บาท	6 (31.3)	20 (52.2)		
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่เคยดื่ม	6 (37.5)	12 (26.1)	0.386	1.70 (0.51 – 5.69)
เคยดื่ม	10 (62.5)	34 (73.9)		

สูบบุหรี่ (รวมบุหรี่มือตนเอง)

ไม่เคยสูบ	9 (56.3)	12 (26.1)		
เคยสูบ	7 (43.8)	34 (73.9)	0.028*	3.64 (1.11– 11.94)

อาการของวัณโรคปอด**น้ำหนักลด**

ไม่มี	4 (25.0)	11 (23.9)		
มี	12 (75.0)	35 (76.1)	0.930	1.06 (0.28-3.97)

อ่อนเพลีย

ไม่มี	8 (50.0)	10 (21.7)		
มี	8 (50.0)	36 (78.3)	0.032*	3.60 (1.08-12.01)

หอบเหนื่อย

ไม่มี	8 (50.0)	14 (30.4)		
มี	8 (50.0)	32 (69.6)	0.159	2.286 (0.71-7.32)

เจ็บหน้าอก

ไม่มี	11 (68.8)	25 (54.3)		
มี	5 (31.3)	21 (45.7)	0.315	1.85 (0.55-6.17)

ไข้

ไม่มี	19 (55.9)	20 (71.4)		
มี	15 (44.1)	8 (28.6)	0.207	1.94 (0.62-5.75)

ไอเป็นเลือด

ไม่มี	12 (75.0)	31 (67.4)		
มี	4 (25.0)	15 (32.6)	0.570	1.45 (0.40-5.27)

เบื่ออาหาร

ไม่มี	8 (50.0)	13 (28.3)		
มี	8 (50.0)	33 (71.7)	0.114	2.54 (0.79-8.19)

ระดับความรู้

ต่ำ และ ปานกลาง	7 (43.8)	28 (60.9)		
สูง	9 (56.3)	18 (39.1)	0.234	2.54 (0.79-8.19)

สถานที่ที่ผู้ป่วยเลือกไปรับบริการ

เป็นแห่งแรก เมื่อมีอาการเจ็บป่วย

สถานบริการสุขภาพแห่งอื่นๆ	8 (50.0)	16 (34.8)		
โรงพยาบาลรัฐบาล 1 ใน 8 แห่ง	8 (50.0)	30 (65.2)	0.282	1.88 (0.59-5.94)

± p-value < 0.001 * p-value < 0.05

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ตารางที่ 4.32 พบว่ามี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสูบบุหรี่ (p-value 0.028) และอาการอ่อนเพลีย (p-value 0.032) โดยพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ จะมีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีประวัติสูบบุหรี่ ประมาณ 3.64 เท่า ส่วนในกรณีของอาการอ่อนเพลีย พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีอาการอ่อนเพลีย จะมีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาการอ่อนเพลีย 3.6 เท่า

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นก่อนป่วย พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) อาการอื่นๆ ของโรควัณโรคปอด ระดับความรู้ และสถานที่ที่ผู้ป่วยเลือกไปรับบริการเป็นแห่งแรก เมื่อมีอาการเจ็บป่วย พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แต่ไม่สามารถคำนวณทางสถิติได้ ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา เหตุผลสำคัญที่ทำให้มารับการรักษา ระดับทัศนคติ และระดับการรับรู้

4.7.2.1.2 ปัจจัยเอื้อ

ตารางที่ 4.33 ปัจจัยเอื้อกับกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ใน
จังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	p-value	OR (95% CI)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
ระยะทางในการเดินทาง				
< 5 กิโลเมตร	6 (37.5)	12 (26.1)	0.386	1.70 (0.51-5.69)
≥5 กิโลเมตร	10 (62.5)	34 (73.9)		
ระยะเวลาในการเดินทาง				
< 30 นาที	2 (12.5)	14 (30.4)	0.326	1.70 (0.51-5.69)
≥ 30 นาที	11 (68.8)	23 (50.0)		
ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการป่วย				
ก่อนภาวะน้ำท่วม	4 (25.0)	25 (54.3)	0.039*	
ระหว่างภาวะน้ำท่วม	5 (31.3)	14 (30.4)		
หลังภาวะน้ำท่วม	7 (43.8)	7 (15.2)		
ผลกระทบต่อที่พักของผู้ป่วย				
ได้รับผลกระทบ	13 (81.3)	39 (84.8)	0.741	0.78 (0.18-3.45)
ไม่ได้รับผลกระทบ	3 (18.8)	7 (15.2)		
ที่พักระหว่างภาวะน้ำท่วม				
ที่พักปัจจุบัน	5 (31.3)	26 (56.5)	0.036*	
ที่พักอื่นในจังหวัดปทุมธานี	2 (12.5)	10 (21.7)		
ที่พักอื่นในต่างจังหวัด	9 (56.3)	10 (21.7)		
การมารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ				
ระหว่างน้ำท่วม				
มารับการรักษาไม่ได้	15 (93.7)	28 (60.9)	0.014*	9.64 (1.17-79.47)
มารับการรักษาได้	1 (6.3)	18 (39.1)		

สิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิการรักษาอื่นๆ	4 (25.0)	13 (28.3)		
บัตรทองในจังหวัดปทุมธานี	12 (75.0)	33 (71.7)	0.801	0.85 (0.33-2.36)

ผู้แนะนำให้มาตรวจที่**โรงพยาบาลของรัฐ**

ไม่มีผู้แนะนำ	8 (50.0)	23 (50.0)		
มีผู้แนะนำ	8 (50.0)	23 (50.0)	1.000	1.00 (0.32-3.12)

เคยรับทราบบริการทาง**การแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐ**

ไม่เคยทราบ	10 (62.5)	33 (71.7)		
เคยทราบ	6 (37.5)	13 (28.3)	0.490	0.66 (0.20-2.18)

ทราบข้อมูลของวันโรคมามาก่อน**ป่วยหรือไม่**

ไม่เคยทราบ	12 (75.0)	33 (71.7)		
เคยทราบ	4 (25.0)	13 (28.3)	0.801	1.18 (0.32-4.34)

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อ**เดือน (บาท) (N = 47)**

≤ 15,000	6 (46.2)	18 (52.9)		
>15,000	7 (53.8)	16 (47.1)	0.677	0.76 (0.21-2.75)

ความเพียงพอกับรายจ่าย**(N = 61)**

เพียงพอ	10 (62.5)	24 (53.3)		
ไม่เพียงพอ	6 (37.5)	21 (46.7)	0.526	1.46 (0.45-4.70)

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมา**โรงพยาบาล (N = 61)**

< 50 บาท/ครั้ง	7 (46.7)	15 (32.6)		
50 – 100 บาท/ครั้ง	1 (6.7)	18 (39.1)		
> 100 บาท/ครั้ง	7 (46.7)	13 (28.3)	0.060	

ต้องการงานเพื่อมาตรวจรักษา

ต้องการงาน	5 (31.3)	10 (25.0)		
ไม่ต้องการงาน	11 (68.8)	36 (78.3)	0.444	1.64 (0.46-5.82)

รายได้ที่ต้องสูญเสียเมื่อมาตรวจ

รักษา (N = 61)

สูญเสียรายได้	8 (53.3)	17 (37.0)		
ไม่สูญเสียรายได้	7 (46.7)	29 (63.0)	0.263	1.95 (0.60-6.33)

การจัดการด้านความเป็นอยู่

อาศัยกับครอบครัว	12 (75.0)	36 (78.3)		
ไม่ได้อาศัยกับครอบครัว	4 (25.0)	10 (21.7)	0.788	0.83 (0.22-3.15)

จำนวนสมาชิกในครอบครัว

มากกว่า 4 คน	10 (62.5)	13 (28.3)		
1 – 4 คน	6 (37.5)	33 (71.7)	0.015*	4.23 (1.28-14.03)

* p-value < 0.05

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด (ตารางที่ 4.33) พบว่ามี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกับภาวะน้ำท่วม (p-value 0.039) สถานที่พักระหว่างภาวะน้ำท่วม (p-value 0.036) ความสามารถรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง (p-value 0.014) และ จำนวนสมาชิกในครอบครัว (p-value 0.015) ซึ่ง 3 ปัจจัยแรกเกี่ยวข้องกับภาวะน้ำท่วมใหญ่ เมื่อปลายปี 2554 ของจังหวัดปทุมธานี

สำหรับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการพบว่าแตกต่างกัน โดยที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาการหลังจากภาวะน้ำท่วม พบว่ามีแนวโน้มที่จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่ากลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยก่อนและระหว่างภาวะน้ำท่วม และ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยแล้วไม่สามารถรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐได้จะมีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดช้ากว่ากลุ่มที่สามารถมารับการรักษาได้ 9.64 เท่า ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ต้องไปพักอาศัยที่นอกจังหวัดระหว่างน้ำท่วมก็มีแนวโน้มที่จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่าเช่นกัน

อีกปัจจัยเอื้อที่มีผลกับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอด คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันมากกว่า 4 คน จะมีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยโรคช้ากว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า 4.23 เท่า

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การเดินทางมาโรงพยาบาล ระยะเวลาการเดินทาง สิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัณโรคที่ผู้ป่วยเคยทราบมาก่อน บุคคลที่แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษา ตลอดจนปัจจัยทางการเงินของผู้ป่วยและครอบครัว และการจัดการด้านความเป็นอยู่พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แต่ไม่สามารถคำนวณทางสถิติได้ คือ วิธีการเดินทางของผู้ป่วยในการเดินทางมาโรงพยาบาล

4.7.2.1.3 ปัจจัยเสริม

ตารางที่ 4.34 ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอดในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	p-value	OR (95% CI)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ปานกลาง และต่ำ (≤ 18)	7 (43.8)	23 (50.0)	0.667	0.78 (0.25-2.44)
สูง (19 – 24)	9 (56.3)	23 (50.0)		
บุคคลที่มาตรวจพร้อมผู้ป่วย				
มาคนเดียว	7 (43.8)	18 (39.1)	0.746	1.21 (0.38-3.83)
มากับบุคคลอื่น	9 (56.3)	28 (60.9)		

จากตารางที่ 4.34 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด พบว่า ไม่มีปัจจัยเสริมใดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มีผลต่อความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม และ บุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย (บุคคลที่มาตรวจพร้อมผู้ป่วย)

4.7.2.1.4 ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาล

ตารางที่ 4.35 ระดับความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลกับความลำช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ความพึงพอใจ	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	p-value	OR (95% CI)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
กระบวนการขั้นตอนการให้บริการ				
ปานกลาง และต่ำ	7 (43.8)	9 (19.6)	0.057	3.20 (0.94-10.91)
สูง	9 (56.3)	37 (80.4)		
สิ่งอำนวยความสะดวก				
ปานกลาง และต่ำ	2 (12.5)	9 (19.6)	0.524	0.59 (0.11-3.06)
สูง	14 (87.5)	37 (80.4)		

จากตารางที่ 4.35 พบว่าระดับความพึงพอใจต่อโรงพยาบาล ในขั้นตอนกระบวนการให้บริการ และ สิ่งอำนวยความสะดวกในโรงพยาบาล ไม่มีผลต่อความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยโรคปอด ส่วนความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ และ ผลการให้บริการ ไม่สามารถคำนวณทางสถิติได้เนื่องจากส่วนใหญ่เกือบ ร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในระดับสูง

4.7.2.1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4.36 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 62 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	p-value	OR (95% CI)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
ชนิดของวัณโรคปอด				
เสมหะไม่พบเชื้อ	12 (75.0)	21 (45.7)	0.043*	3.57 (1.01-12.74)
เสมหะพบเชื้อ	4 (25.0)	25 (54.3)		
ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 1				
ลบ	14 (87.5)	20 (43.5)	0.026*	5.36 (1.10-26.46)
บวก	2 (12.5)	26 (56.5)		
ขนาดของโรงพยาบาล				
โรงพยาบาลชุมชน	10 (62.5)	39 (84.8)	0.059	0.30 (0.08-1.09)
โรงพยาบาลทั่วไป	6 (37.5)	7 (15.2)		
การถ่ายภาพรังสีทรวงอก				
ได้ทำตั้งแต่ครั้งแรก	6 (37.5)	6 (13.0)	0.033*	4.00 (1.06-15.08)
ไม่ได้ทำตั้งแต่ครั้งแรก	10 (62.5)	40 (87.0)		
การเก็บตรวจเสมหะ				
ได้ทำตั้งแต่ครั้งแรก	11 (68.8)	25 (54.3)	0.315	1.85 (0.55-6.17)
ไม่ได้ทำตั้งแต่ครั้งแรก	5 (31.3)	21 (45.7)		
ผู้ที่ให้วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด				
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	9 (56.3)	35 (76.1)	0.132	0.40 (0.12-1.34)
อายุรแพทย์	7 (43.8)	11 (23.9)		

* p-value < 0.05

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด (ตารางที่ 4.36) พบว่ามี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

ชนิดของวัน โรคปอด (p-value <0.043) ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 1 (p-value <0.026) และ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (p-value <0.033) ตั้งแต่มารับบริการครั้งแรก

พบว่าในผู้ป่วยวัน โรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อมีโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่าผู้ป่วยวัน โรคปอดเสมหะพบเชื้อ 3.57 เท่า รวมถึงผลการตรวจเสมหะเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรคครั้งที่ 1 โดยหากมีผลเป็นลบ จะมีโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่า ผลเป็นบวกในครั้งที่ 1 คิดเป็น 5.36 เท่า นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาแต่ไม่ได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกในครั้งแรก มีโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่ากลุ่มที่ได้รับการตรวจ 4 เท่า

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ได้จากทบทวนวรรณกรรม แต่ไม่สามารถวิเคราะห์สถิติได้ ได้แก่ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผู้ทำการตรวจรักษาครั้งแรก เนื่องจากส่วนไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

4.7.2.2 ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณ

โรคปอด

ตารางที่ 4.37 ความสัมพันธ์ระหว่างความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 62 คน ในจังหวัดปทุมธานี

ความล่าช้า	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	p-value
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด			
ล่าช้า (> 7 วัน)	13 (100.0)	3 (6.1)	0.000 [±]
ไม่ล่าช้า (≤ 7 วัน)	0 (0.0)	46 (93.9)	
ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการรักษาวัณโรคปอด			
ล่าช้า (> 3 วัน)	0 (0.0)	1 (2.0)	0.604
ไม่ล่าช้า (≤ 3 วัน)	13 (100.0)	48 (98)	

[±] p-value < 0.001

จากตารางที่ 3.37 พบว่าความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวันโรคปอด (p-value <0.01) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวันโรคปอดล่าช้าทั้งหมดจะมีความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพด้วย

4.7.3 ความล่าช้าในการควบคุมวันโรคปอดทั้งหมด

ตารางที่ 3.38 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวันโรคปอด กับความล่าช้าในการควบคุมวันโรคปอดทั้งหมด ของผู้ป่วยวันโรคปอดจำนวน 62 คน ในจังหวัดปทุมธานี

ความล่าช้า	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	p-value	OR (95% CI)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด				
ล่าช้า (> 28 วัน)	24 (100.0)	10 (26.3)	0.000 [±]	
ไม่ล่าช้า (≤ 28 วัน)	0 (0.0)	28 (17.2)		
ระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวันโรคปอด				
ล่าช้า (> 7 วัน)	7 (29.2)	6 (15.8)	0.208	2.20 (0.64 -7.58)
ไม่ล่าช้า (≤ 7 วัน)	17 (70.8)	32 (84.2)		
ระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวันโรคปอด				
ล่าช้า (> 7 วัน)	8 (33.3)	8 (21.1)	0.282	1.88 (0.59-5.94)
ไม่ล่าช้า (≤ 7 วัน)	16 (66.7)	30 (78.9)		
ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการรักษาวันโรคปอด				
ล่าช้า (> 3 วัน)	0 (0.0)	1 (2.6)		
ไม่ล่าช้า (≤ 3 วัน)	24 (100.0)	37 (97.4)		

[±] p-value < 0.001

จากตารางที่ 3.38 พบว่าความล่าช้าของการควบคุมวัณโรคทั้งหมด มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด ($p\text{-value} < 0.01$) โดยผู้ป่วยที่มารับบริการล่าช้าทั้งหมด จะมีความล่าช้าในการควบคุมวัณโรคปอดด้วย

4.7.4 สรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด และความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ

ความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด

ปัจจัยจากผู้ป่วย : สถานภาพสมรสไม่สอดคล้อง

ปัจจัยเอื้อ : ไม่พบความสัมพันธ์

ปัจจัยเสริม : ไม่พบความสัมพันธ์

ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด

ปัจจัยจากผู้ป่วย : ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่มีอาการอ่อนเพลีย

ปัจจัยเอื้อ : มีอาการเจ็บป่วยหลังจากภาวะน้ำท่วม อาศัยอยู่นอกจังหวัดปทุมธานี ระหว่างภาวะน้ำท่วม การไม่สามารถมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดปทุมธานี ระหว่างภาวะน้ำท่วมได้ และ จำนวนสมาชิกในครอบครัว มากกว่า 4 คน

ปัจจัยเสริม : ไม่พบความสัมพันธ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ : วัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 1 เป็นลบ และ ไม่ได้ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ตั้งแต่มารับบริการครั้งแรก

ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการรักษาวัณโรคปอด

ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ได้เนื่องจากขนาดตัวอย่างมีขนาดไม่เพียงพอ

ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด

สัมพันธ์กับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด

ความล่าช้าในการควบคุมวัณโรคทั้งหมด

สัมพันธ์กับความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด

บทที่ 5

การอภิปรายผล

วันโรคเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข สำหรับ จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ.2553 การค้นหาผู้ป่วยวันโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของจังหวัดปทุมธานี เท่ากับ 29.43% ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ 70 %⁽⁶⁾ ประกอบกับจังหวัดปทุมธานี มีการขยายตัวความเป็นเมืองที่อย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ในจังหวัดปทุมธานีมีความล่าช้าของพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวันโรคปอดหรือไม่

ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการศึกษาโดยใช้รูปแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross sectional study) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัย และรักษาวันโรคปอดของโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี โดยจะทำการอภิปรายผล อิงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในบทที่ 1 บทนำ ดังนี้

1. ความล่าช้าของพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด และความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวันโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐทั้ง 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าของพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด
3. ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวันโรคปอด

5.1 ความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอด และ ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐทั้ง 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี

5.1.1 ความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ความล่าช้าจากพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด คือ ระยะเวลา (วัน) ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่ามีอาการของวัณโรคปอดจนกระทั่งผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งแรกที่สถานบริการสาธารณสุข หากมีระยะเวลาเกิน 28 วันถือว่าล่าช้า ในการศึกษาพบว่ามีความล่าช้าในการมารับบริการถึง ร้อยละ 54 ระยะเวลาเฉลี่ย 38.78 วัน นานที่สุด 265 วัน สั้นที่สุด 2 วัน

หากเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 48.85 วัน ซึ่งในการศึกษาอยู่ที่ประมาณ 38-39 วัน จึงถือว่ามีความล่าช้าที่สั้นกว่า แต่หากกับเปรียบเทียบประเทศเอเชียที่ใกล้เคียงบางประเทศ เช่น ประเทศไต้หวัน จากการศึกษาศึกษาของ Chiang CY, Chang CT, Chang RE, Li CT และ Huang RM⁽³⁴⁾ ระยะเวลาเฉลี่ยที่สั้นที่สุดจะอยู่ที่ 7 วัน แสดงให้เห็นว่าปัญหาความล่าช้าจากพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานียังมีปัญหาอยู่ในระดับที่สูง

สำหรับขนาดของปัญหาพบว่ามีส่วนผู้ที่มารับบริการล่าช้า ร้อยละ 54 ซึ่งใกล้เคียงกับปัญหาของประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไนจีเรีย⁽²⁸⁾ ที่มีความล่าช้าอยู่ที่ ร้อยละ 61.5 และประเทศเอธิโอเปีย⁽²⁶⁾ ที่ร้อยละ 48 และหากเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกา⁽²¹⁾ ที่มีเป็นประเทศพัฒนาแล้วมีความล่าช้า เพียง ร้อยละ 20 สำหรับจังหวัดปทุมจึงยังถือว่าเป็นมีขนาดของปัญหาที่อยู่สูง และ ควรที่จะได้รับการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

5.1.2 ความล่าช้าของระบบสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด

ความล่าช้าของระบบสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด คือ ระยะเวลา (วัน) ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาครั้งแรกด้วยอาการของวัณโรคปอดที่สถานบริการสาธารณสุข จนกระทั่งได้รับได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด หากมีระยะเวลาเกิน 7 วันถือว่าล่าช้า ในการศึกษาพบว่ามีความล่าช้าในการวินิจฉัยโรควัณโรคปอด ร้อยละ 25.8 ระยะเวลาเฉลี่ย 7.53 วัน นานที่สุด 59 วัน สั้นที่สุด 0 วัน (หมายถึงได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่มาตรวจครั้งแรก)

ความล่าช้าของระบบสุขภาพในการรักษาวัณโรคปอด คือ ระยะเวลา (วัน) ตั้งแต่ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด จนกระทั่งได้รับยารักษาวัณโรคปอด หากมีระยะเวลาเกิน 3 วันถือว่าล่าช้า ในการศึกษาพบว่ามีค่าความล่าช้าในการวินิจฉัยโรควัณโรคปอด ร้อยละ 1.6 ระยะเวลาเฉลี่ย 0.26 วัน นานที่สุด 6 วัน สั้นที่สุด 0 วัน (หมายถึงได้รับการรักษาทันทีหลังได้รับการวินิจฉัย)

ความล่าช้าจากระบบบริการสาธารณสุขในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด คือ ระยะเวลา (วัน) ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาครั้งแรกด้วยอาการของวัณโรคปอดที่สถานบริการสาธารณสุข จนกระทั่งได้รับยารักษาวัณโรคปอด หากมีระยะเวลาเกิน 10 วันถือว่าล่าช้า ในการศึกษาพบว่ามีค่าความล่าช้า ร้อยละ 21.0 ระยะเวลาเฉลี่ย 7.98 วัน นานที่สุด 62 วัน สั้นที่สุด 0 วัน (หมายถึงได้รับการวินิจฉัยและรักษาทันทีหลังจากที่มารับการตรวจครั้งแรก)

เปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้แยกเป็นการวินิจฉัยและรักษา แต่พูดในภาพรวมทั้งหมด ตั้งแต่มารับการรักษา จนได้รับยารักษาวัณโรค โดยพบว่าค่าเฉลี่ยจากการทบทวนวรรณกรรมอยู่ที่ 27.11 วัน ซึ่งของจังหวัดปทุมธานีสั้นกว่า และใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทย ที่จังหวัดเชียงราย ระยะเวลา 8 วัน⁽¹⁰⁾ ที่เป็นการศึกษาในชาวเขาที่อยู่ห่างไกลบนภูเขา จึงเป็นที่น่าสังเกตว่ามีปัญหาในระบบการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานี หรือไม่

หากพิจารณาขนาดของปัญหา พบว่าจังหวัดปทุมธานี มีความล่าช้าอยู่ที่ ร้อยละ 21.0 แต่จะข้อมูลที่มีจะเป็นเฉพาะประเทศแถบทวีปแอฟริกาที่มีความล่าช้ากว่า ร้อยละ 62-69^(11, 24, 36) แสดงให้เห็นมีขนาดปัญหาน้อยกว่า แต่อย่างไรก็ตามยังต้องปรับปรุงในแง่ของกระบวนการทำงาน เพื่อให้วินิจฉัยและรักษาได้รวดเร็วขึ้น

5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด

5.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คือ สถานภาพสมรสไม่โสด ($p\text{-value} < 0.001$) เท่านั้น โดยผู้ป่วยที่ไม่โสด (สมรส/หม้าย/

หย่าร้าง) มีความเสี่ยงที่จะมารับบริการล่าช้ากว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด ถึง 7.73 เท่า ซึ่งไม่พบจากการศึกษาใดในการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้จากรูปที่ 4.1 (ในบทที่ 4 ผลการวิจัย) อาจจะทำให้อธิบายได้ว่าเหตุที่สถานภาพสมรส (ไม่โสด) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วย เพราะ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีรายได้ไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจากจะต้องเลี้ยงดูคนในครอบครัว และ อาจเป็นเพราะการศึกษาค่อนข้างต่ำ จึงไม่สามารถประกอบอาชีพที่มีรายได้เพียงพอกับการใช้จ่ายในครอบครัวได้

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้านอื่นๆ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของเพศมีบางการศึกษาระบุว่าเพศหญิงจะมีความล่าช้าในการมารับบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย ^(27, 28) แต่ผลการศึกษาค่อนข้างเหมือนกับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ เพศไม่ผลกับพฤติกรรมแสวงหาบริการล่าช้าของผู้ป่วยโรค เช่นเดียวกับการว่างงาน ที่การศึกษาส่วนใหญ่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ ยกเว้น การศึกษาของ ASCH S และคณะ ⁽²¹⁾ ที่พบว่า การว่างงานมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยโรคปอด

ระดับการศึกษาสูงสุดในการศึกษานี้ ก็ไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับความล่าช้า ซึ่งตรงข้ามกับบางการศึกษา ในประเทศแทนซาเนียที่ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา จะมารับบริการล่าช้ากว่า ⁽¹¹⁾ และในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ผู้ป่วยระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ที่มารับบริการล่าช้า ⁽²³⁾

รายได้ของผู้ป่วยไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับการมารับบริการล่าช้าเช่นเดียวกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เช่นเดียวกับในส่วนของโรคประจำตัวที่พบว่ามีไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า ^(10, 22, 24, 26) แต่มีบางการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ ⁽³⁶⁾ และก็มีบางการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ ⁽³⁴⁾

สำหรับอาการของผู้ป่วยโรคก็ไม่พบความสัมพันธ์กับความล่าช้าเช่นเดียวกับการศึกษาส่วนใหญ่ แต่ตรงข้ามกับการศึกษาในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประเทศไทย ว่าผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงจะมารับบริการล่าช้า ⁽³⁰⁾ ในส่วนของความรู้โรค ในบางการศึกษาพบว่ามี ความสัมพันธ์กับผู้ที่มีความรู้ต่ำ ^(27, 33) แต่สำหรับการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่ามีสัมพันธ์ เช่นเดียวกับการศึกษาส่วนใหญ่อื่นๆ

นอกจากนี้พฤติกรรมแสวงหาบริการก็ไม่มีผลเช่นเดียวกัน ไม่ว่าผู้ป่วยจะไปตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่งหรือไม่ ตรงข้ามกับบางการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาครั้งแรกที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการของรัฐ พบว่าจะมีความล่าช้าในการมารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ^(26, 31, 35)

5.2.2 ปัจจัยอื่น

จากผลการวิเคราะห์ของการศึกษา สถานที่อยู่อาศัย หรือ ระยะเวลาในการเดินทางไกล หรือใช้ระยะเวลาในการเดินทางมาก ตลอดจนความสะดวก และวิธีการในการเดินทางนั้น ไม่ได้เป็น ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว เพราะ เนื่องจากการคมนาคมสะดวกสบายจึงไม่มีปัญหานี้ในจังหวัดปทุมธานี

ช่วงระยะเวลาที่ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมก็ไม่มีผลในการมารับบริการล่าช้า ไม่ว่าจะเป็น ผู้ป่วยที่มีอาการก่อน ระหว่าง หรือ หลังจากภาวะน้ำท่วม หรือ ได้รับผลกระทบจากภาวะน้ำท่วม มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้อาจเป็นจากผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษารักษา หรือ ตรวจเบื้องต้นได้ที่คลินิก หรือ โรงพยาบาลที่ไม่ได้รับผลกระทบ ตลอดจนการตรวจรักษากับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในช่วงระหว่าง น้ำท่วมก็มีการให้บริการอย่างทั่วถึง จึงอยู่ที่ว่าผู้ป่วยจะไปรับบริการหรือไม่เท่านั้น

สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์เช่นเดียวกันกับการศึกษาส่วนใหญ่ ยกเว้น การศึกษาในประเทศไทย ที่ทำการศึกษในพื้นที่ค่ายอพยพชาวพม่า จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลจะมารับบริการช้ากลุ่มกลุ่มที่ จดทะเบียนแรงงานต่างด้าว⁽³³⁾ แต่ในการศึกษานี้ไม่มีผู้ป่วยต่างด้าว จึงไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้

การรับรู้ถึงการบริการที่โรงพยาบาลมี หรือ การเคยหรือไม่เคยมาใช้บริการที่ โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง ก็ไม่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการช้า หรือ เร็วขึ้น ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะ การตัดสินใจของผู้ป่วยไม่ได้เกี่ยวข้องกับสถานบริการดีหรือไม่ดี แต่เกิดจากการตัดสินใจมารับการ รักษา เพราะต้องการหายจากการเจ็บป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 59.7)

นอกจากนี้ก็ไม่พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ป่วย จะเพียงพอหรือไม่เพียงพอ ก็ไม่ได้มีผลกับการมารับรักษา ทั้งนี้เป็นเพราะ ผู้ป่วยทุกรายจากการศึกษามีสิทธิการรักษาสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่ยากจนหรือรายได้ไม่เพียงพอก็สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และ รายได้ที่ต้องสูญเสียในการเดินทาง ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะ การเดินทางไม่เสียค่าใช้จ่ายสูง (เฉลี่ย 137.54 ต่อครั้ง) และ ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 75.8 ไม่ต้องลงงานเพื่อ มาโรงพยาบาล

จำนวนผู้อาศัยในครอบครัวพบว่า ไม่มีผลกับการตัดสินใจมารับบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น ผู้ป่วยจะอยู่ในครอบครัวเดี่ยว หรือ ขยายก็ตาม ก็ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการต่างแตกต่างกัน ซึ่ง กำนันผลการศึกษาที่ว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพ ไม่โสด (สมรส/หม้าย/หย่าร้าง) จะมารับบริการล่าช้า ซึ่งไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้อย่างชัดเจน

5.2.3 ปัจจัยเสริม

ไม่พบว่าการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับการมารับบริการล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรค ตรงข้ามกับการศึกษาของกัมปนาท ฉายชูวงษ์ และ พรนภา สุกรเวทย์ศิริ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะเสี่ยงต่อการมารับบริการล่าช้าถึง 3.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง⁽³⁰⁾

5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด

5.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลทำให้เกิดความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด คือ การไม่สูบบุหรี่ (p-value 0.028) และ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย (p-value 0.032) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีในการวิจัยใด

ถึงแม้ผลการศึกษาจะไม่เหมือนกับการวิจัยอื่นๆ ที่ผ่านมา แต่มีลักษณะที่เกี่ยวกับอาการ คือ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมีแนวโน้มที่จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่า กลุ่มที่มีอาการรุนแรง^(22, 23, 34) แต่อย่างไรก็ตามมักจะเป็นอาการสำคัญและนำไปสู่การวินิจฉัยได้ เช่น อาการไอหรือ ไอเป็นเลือด ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีอาการไอ หรือ ไม่ไอเป็นเลือด ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า แต่ในการศึกษานี้เป็นการพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการอ่อนเพลียจะมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยล่าช้า 3.6 เท่า ซึ่งสาเหตุอาจจะเกี่ยวข้องกับการต้องรับตัวไว้ในโรงพยาบาล เนื่องจากอ่อนเพลียหรือไม่ ทำให้ได้รับการวินิจฉัยรวดเร็วขึ้น แต่อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้ไม่ได้มีการออกแบบสอบถามไปครอบคลุมถึงการเข้ารับไว้ในโรงพยาบาล จึงไม่สามารถอธิบายเหตุผลได้อย่างชัดเจน

ส่วนการสูบบุหรี่เป็นไปได้ว่า แพทย์อาจจะมุ่งความสำคัญไปที่คนสูบบุหรี่ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการที่จะเป็นวัณโรค⁽¹⁵⁾ ทำให้คนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ แพทย์ที่ทำการตรวจวินิจฉัยอาจคิดว่ามีโอกาasเป็นวัณโรคน้อย หรือ ไม่น่าจะเป็นวัณโรคทำให้ได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้ากว่า

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้านอื่นๆ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของเพศมีบางการศึกษาระบุว่าเพศหญิงจะมีความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคมากกว่าเพศชาย^(10, 32) แต่ผลการศึกษาค่อนข้างเหมือนกับการศึกษาส่วนใหญ่คือเพศไม่ผลกับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรค

นอกจากนี้รายได้ของผู้ป่วยไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคเช่นเดียวกัน ซึ่งน่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยทุกรายมีสิทธิการรักษาพยาบาล จึงไม่เป็นอุปสรรคในการเข้ารับการวินิจฉัย

5.3.2 ปัจจัยเอื้อ

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเอื้อที่มีผลทำให้เกิดความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกับภาวะน้ำท่วม (p-value 0.039) สถานที่พักระหว่างภาวะน้ำท่วม (p-value 0.036) ความสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง (p-value 0.014) และ จำนวนสมาชิกในครอบครัว (p-value 0.015)

สำหรับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำท่วมนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่า มีการวิจัยใดที่เกี่ยวข้อง หรือ ถ้าหากมีก็อาจจะยังมีการศึกษาในปริมาณที่น้อย จึงทำให้ค้นหาไม่พบ อย่างไรก็ตามสำหรับสาเหตุที่ทำให้การป่วยหลังจากภาวะน้ำท่วมมีความล่าช้าในการวินิจฉัย น่าจะเป็นเพราะผลกระทบจากภาวะน้ำท่วมที่รุนแรงในจังหวัดปทุมธานี ทำให้โรงพยาบาล 6 จาก 8 แห่งน้ำท่วม จนไม่สามารถให้บริการได้ปกติ ส่วนอีก 2 แห่ง แม้ น้ำไม่ท่วมโรงพยาบาล แต่ก็ไม่สามารถให้บริการได้ตามปกติเต็มที่ จึงอาจทำให้การวินิจฉัยได้ทัน ภายในระยะเวลา 7 วัน หลังจากผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาครั้งแรก

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง ที่เป็นโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาอยู่ และ การไปพักอาศัยอยู่นอกจังหวัดปทุมธานีในช่วงระยะเวลาที่มีน้ำท่วม ก็ย่อมเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยวัณโรคล่าช้ากว่าปกติ

ส่วนจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มากกว่า 4 คน ทำให้มีผลต่อความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ไม่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับจากผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่สำหรับสาเหตุที่เกี่ยวข้องหากพิจารณา ก็อาจจะเป็นเพราะ ผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 4 คน เป็นคนที่มีครอบครัวแล้วเป็นส่วนใหญ่ อาจทำให้มีภาระในการรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงไม่สะดวกในการมารับการติดตามผลการวินิจฉัย ทำให้เกิดความล่าช้าขึ้น

สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาล ในการศึกษานี้ก็พบว่าไม่มีความสัมพันธ์เช่นเดียวกันกับการศึกษาส่วนใหญ่ ยกเว้น การศึกษาในประเทศไทย ที่ทำการศึกษาในปี 2006 เขตจังหวัดภาคใต้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่า

สิทธิการรักษาอื่นๆ⁽²⁹⁾ แสดงให้เห็นว่าในจังหวัดปทุมธานีในปัจจุบัน ผู้ป่วยทุกสิทธิได้รับคุณภาพการรักษาเท่าเทียมกัน

นอกจากนี้ก็ไม่พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ป่วย จะเพียงพอหรือไม่เพียงพอ ก็ไม่ได้มีผลกับความล่าช้าในการวินิจฉัย ทั้งนี้เป็นเพราะ ผู้ป่วยทุกรายจากการศึกษามีสิทธิการรักษาสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่ยากจนหรือรายได้ไม่เพียงพอก็สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพในการวินิจฉัยได้อย่างทั่วถึง เช่น เดียวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และ รายได้ที่ต้องสูญเสียในการเดินทาง ทั้งนี้จะเป็นเพราะ การเดินทางไม่เสียค่าใช้จ่ายสูง (เฉลี่ย 137.54 ต่อครั้ง) และ ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 75.8 ไม่ต้องลางานเพื่อมาโรงพยาบาล

5.3.3 ปัจจัยเสริม

เช่นเดียวกับความล่าช้าจากพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะสูง หรือ ต่ำ ไม่มีผลต่อการได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า หรือ ไม่ล่าช้า เนื่องจากมาจากความสะดวกในการมารับบริการที่เข้าถึงได้ง่ายในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี

5.3.4 ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาล

ในภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลในระดับสูง และจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในขั้นตอนของการให้บริการ และสิ่งอำนวยความสะดวก ไม่พบมีผลต่อการได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% แต่หากพิจารณาในระดับนัยสำคัญ 90% จะพบว่า ความพอใจในขั้นตอนของการให้บริการที่ต่ำ และ ปานกลางนั้น จะมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวันโรคปอด โดยอาจเป็นไปได้ว่า ในผู้ป่วยบางรายอาจมีขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยมากกว่าหรือยุ่งยากกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ ทำให้ได้รับการวินิจฉัยเกิน 7 วัน หลังจากผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลครั้งแรก

5.3.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า มี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ชนิดของวันโรคปอด (p-value <0.043) ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 1 (p-value <0.026) และ การถ่ายภาพ

รังสีทรวงอก ($p\text{-value} < 0.033$) ตั้งแต่มารับบริการครั้งแรก ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาเพิ่มเติมนอกจากการซักประวัติ และ การตรวจร่างกายปกติ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

สำหรับวันโรคปอดที่เสมหะเป็นลบ ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 1 ให้ผลลบ และไม่ได้ทำการตรวจภาพถ่ายรังสีในครั้งแรกที่มาตรวจ แล้วมีผลทำให้ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าขึ้น มีผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกัน โดยจากการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา และได้วัน^(21, 34) พบว่าผู้ป่วยวันโรคที่ไม่ได้ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกในครั้งแรกที่มาตรวจรักษาจะมีความล่าช้าในการวินิจฉัยมากกว่ากลุ่มที่ได้ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก นอกจากนี้จากการศึกษาของทั้ง 2 ประเทศ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเชื้อวันโรคจากเสมหะเป็นลบ จะมีความล่าช้าในการรักษาว่าผู้ป่วยวันโรคที่มีผลการตรวจเชื้อวันโรคจากเสมหะเป็นบวก

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ใช้รูปแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross sectional study) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกราย ทุกเพศ ทุกกลุ่มอายุ ที่ได้รับขึ้นทะเบียนและรับการรักษาวัณโรคไม่เกิน 2 เดือน ที่โรงพยาบาลของรัฐบาลทั้งหมด 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลธัญบุรี โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปชัย โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โรงพยาบาลสามโคก โรงพยาบาลหนองเสือ โรงพยาบาลลำลูกกา และโรงพยาบาลคลองหลวง โดยเริ่มเก็บข้อมูลหลังจากได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 31 มกราคม 2555 ตามเอกสารเลขที่ MUPH 2012-016

ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยปรับปรุงมาจากงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกัน โดยปรับปรุงจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. ความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด
2. ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี

6.1 สรุปผลการวิจัย

6.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 42.97 ปี อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 97 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส และ ส่วนใหญ่สำเร็จ

การศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และประมาณ 1 ใน 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 6,240 บาท และ ประมาณ 1 ใน 3 ไม่มีรายได้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเมื่อไรจะมีโรคประจำตัวก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วยเป็นวันโรคปอดประมาณ 2 ใน 3 เคยสูบบุหรี่ และเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนจะมีอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยวันโรคปอดทุกรายมีอาการไอ ก่อนมารับการตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง ประมาณ 3 ใน 4 มีอาการน้ำหนักลด และ อ่อนเพลียร่วมด้วย ในขณะที่ประมาณ 2 ใน 3 มีอาการเจ็บหน้าอก ไข้ และ ไอเป็นเลือดตามลำดับ ส่วนอาการที่พบน้อยได้แก่ เบื่ออาหาร หนาวสั่น และเหงื่อออกมาก

ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งมีความรู้เกี่ยวกับวันโรคระดับสูง และ ผู้ป่วยส่วนมาก (มากกว่าร้อยละ 90) มีทัศนคติที่ดี และการรับรู้อยู่ในระดับที่สูง เหตุผลส่วนใหญ่ที่มารับการรักษา (ร้อยละ 59.7) คือ ต้องการหายจากอาการป่วย ประมาณ 1 ใน 3 มีอาการมากขึ้น และกลัวเสียชีวิต

ผู้ป่วยวันโรคส่วนใหญ่เมื่อรับรู้การเจ็บป่วยเลือกมาใช้บริการครั้งแรกที่โรงพยาบาลของรัฐ ทั้ง 8 แห่ง (ร้อยละ 61.3) รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 12.9) และ ร้านขายยา (ร้อยละ 9.7) ตามลำดับ เหตุผลส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐประมาณครึ่งหนึ่ง เพราะ ใช้บริการตามสิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 54.8) ใกล้ที่พัก (ร้อยละ 19.4) และ มีผู้แนะนำ (ร้อยละ 11.3) ตามลำดับ แต่สำหรับผู้ป่วยวันโรคที่ไปใช้บริการที่อื่น นอกจากโรงพยาบาลของรัฐเกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.7) ให้เหตุผลว่า เพราะใกล้ที่พัก รองลงมา 1 ใน 3 เพราะ มีความสะดวกรวดเร็ว (ร้อยละ 29.2)

6.1.2 ปัจจัยอื่น

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยอาศัยในอำเภอชัยบุรีมากที่สุด รองลงมา คือ อำเภอเมืองและคลองหลวง ระยะทางเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาล เท่ากับ 15.39 กิโลเมตร ระยะทางไกลที่สุด 140 กิโลเมตร ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทาง เท่ากับ 33.79 นาที ระยะเวลาที่นานที่สุดในการเดินทางมาโรงพยาบาล คือ 180 นาที วิธีการเดินทาง พบว่ามีค่อนข้างใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 1 ใน 4 ได้แก่ รถยนต์ส่วนตัว รถรับจ้าง/แท็กซี่ มอเตอร์ไซด์ส่วนตัว และ รถโดยสารสาธารณะโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.7) ระบุว่าการเดินทางมาโรงพยาบาลมีความสะดวก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการป่วยก่อนน้ำท่วม กว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับผลกระทบจากน้ำท่วม ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนมากบ้านถูกน้ำท่วม (ร้อยละ 68.7) โดยสถานที่สำหรับพักอาศัยระหว่างน้ำท่วม ประมาณ 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี โดยครึ่งหนึ่งอาศัยในที่พักปัจจุบัน และมี 1 ใน 3 ที่ไปพักอาศัยนอกจังหวัดระหว่างน้ำท่วม นอกจากนี้พบว่าในระหว่างน้ำท่วม

มีเพียง 1 ใน 3 ที่สามารถมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐได้ อีกประมาณ 1 ใน 3 ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพแห่งอื่น และที่เหลืออีก 1 ใน 3 ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด

ครอบครัวของผู้ป่วยวัน โรคมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 17,595.74 บาท โดยประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท แต่ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอต่อรายจ่ายในแต่ละเดือน มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 137.54 บาท สูงสุด 1,000 บาท เกือบครึ่งต้องสูญเสียรายได้เมื่อมาตรวจรักษา โดยเฉลี่ยวันละ 636.20 บาท สูงสุดถึง 8,000 บาท แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.8) ไม่ต้องลางานเพื่อมาตรวจรักษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.4) อาศัยกับครอบครัว โดยครึ่งหนึ่งอาศัยกับครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2-4 คน และ ประมาณ 1 ใน 3 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 4 คน

6.1.3 ปัจจัยเสริม

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับของแรงสนับสนุนระดับสูง โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มาตรวจรับการรักษาเพียงคนเดียว (ร้อยละ 40.3) และมาตรวจพร้อมกับคนในครอบครัวรวมทั้งหมด ร้อยละ 54.9 (คู่สมรส ลูกหลาน พ่อแม่ และพี่น้อง)

6.1.4 ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัน โรคปอดมีความพึงพอใจในด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการในระดับมากทั้งหมด (ร้อยละ 100) รองลงมาได้แก่ ความพึงพอใจต่อผลการให้บริการโดยรวม (ร้อยละ 95.2) สิ่งอำนวยความสะดวก (ร้อยละ 82.2) และกระบวนการให้บริการ (ร้อยละ 74.2) ตามลำดับ

6.1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัน โรคปอดในจังหวัดปทุมธานี เป็นผู้ป่วยวัน โรคปอดเสมหะ พบเชื้อเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.8) ผลตรวจเสมหะเป็นบวกครั้งแรก 22 ราย (ร้อยละ 75.9) นอกจากนี้พบว่าผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีที่เป็นปกติ 2 ราย (ร้อยละ 3.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกตั้งแต่ครั้งแรก (ร้อยละ 80.6) แต่สำหรับการตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัน โรค ได้รับการตรวจเมื่อมาตรวจที่โรงพยาบาลครั้งแรกเพียง ร้อยละ 41.9 เท่านั้น

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 79) ส่วนใหญ่ได้ตรวจกับแพทย์เวชปฏิบัติ (ร้อยละ 79) มีเพียง 2 ราย (ร้อยละ 3.2) ที่ตรวจกับพยาบาลเวชปฏิบัติ และ ผู้ป่วย

ทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวันโรคปอดโดยแพทย์ และ เกือบทุกราย (ร้อยละ 91.9) ได้รับยาทันทีในวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวันโรคปอด

6.1.6 ประเมินความล่าช้า

ผลการวิจัยพบว่า ความล่าช้าในการควบคุมวันโรคปอดของจังหวัดปทุมธานี มีความล่าช้าจากพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพมากที่สุด ถึงร้อยละ 54.8 เฉลี่ย 38.78 วัน ระยะเวลาที่สูงสุดถึงสูงสุดถึง 265 วัน รองลงมาคือความล่าช้าในการวินิจฉัย โดยพบความล่าช้าอยู่ที่ร้อยละ 25.8 เฉลี่ย 7.53 วัน ล่าช้ามากที่สุดถึง 59 วัน และ ล่าช้าน้อยที่สุดคือ การรักษาวันโรคปอด ซึ่งพบเพียงรายเดียว คือ 6 วัน ยังไม่ได้รับยาหลังการวินิจฉัย

ส่วนความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งรวมขั้นตอนการวินิจฉัยและรักษาโรคนั้น มีความล่าช้าอยู่ที่ ร้อยละ 21.0 เฉลี่ย 7.98 วัน ล่าช้าสูงสุด 62 วัน และ ความล่าช้าในการควบคุมวันโรคทั้งหมด อยู่ที่ร้อยละ 38.7 เฉลี่ย 46.74 วัน นานที่สุดคือ 267 วัน

6.1.7 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด และความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด พบว่า ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 คือ สถานภาพสมรสไม่โสด ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้ป่วยที่ไม่โสด (สมรส/หม้าย/หย่าร้าง) มีความเสี่ยงที่จะมารับบริการล่าช้ากว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด ถึง 7.73 เท่า ซึ่งไม่พบจากการศึกษาใดในการทบทวนวรรณกรรม

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลทำให้เกิดความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวันโรคปอด ได้แก่ การสูบบุหรี่ ($p\text{-value} 0.028$) และอาการอ่อนเพลีย ($p\text{-value} 0.032$) โดยพบว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ จะมีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีประวัติสูบบุหรี่ ประมาณ 3.64 เท่า ส่วนในกรณีของอาการอ่อนเพลีย พบว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่ไม่มีอาการอ่อนเพลีย จะมีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีอาการอ่อนเพลีย 3.6 เท่า โดยจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีในการวิจัยใดที่ผ่านมามีความสัมพันธ์

ปัจจัยเกี่ยวกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด พบว่ามี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกับภาวะน้ำท่วม (p-value 0.039) สถานที่พักระหว่างภาวะน้ำท่วม (p-value 0.036) ความสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง (p-value 0.014) และ จำนวนสมาชิกในครอบครัว (p-value 0.015) ซึ่ง 3 ปัจจัยแรกเกี่ยวข้องกับภาวะน้ำท่วมใหญ่ เมื่อปลายปี 2554 ของจังหวัดปทุมธานี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด พบว่ามี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ชนิดของวัณโรคปอด (p-value <0.043) ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 1 (p-value <0.026) และ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (p-value <0.033) ตั้งแต่มารับบริการครั้งแรก โดยพบว่าในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อมีโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่าผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ 3.57 เท่า รวมถึงผลการตรวจเสมหะเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรคครั้งที่ 1 โดยหากมีผลเป็นลบ จะมีโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่า ผลเป็นบวกในครั้งที่ 1 คิดเป็น 5.36 เท่า นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาแต่ไม่ได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกในครั้งแรก มีโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่ากลุ่มที่ได้รับการตรวจ 4 เท่า

6.2 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

6.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

6.2.1.1 เพื่อลดความล่าช้าจากพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

เนื่องจาก ผู้ป่วยที่มารับบริการล่าช้าเป็นเพราะ มีภาระรับผิดชอบเกี่ยวกับครอบครัว จึงไม่สะดวกมารับการตรวจวินิจฉัย โดยเฉพาะผู้ป่วยในวัยทำงานที่อายุน้อยกว่า 45 ปี และกลุ่มผู้ป่วยที่มีครอบครัวแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความล่าช้าในการมารับบริการดังนี้

1. จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังวัณโรคระดับชุมชน โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นฐานในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในเขตรับผิดชอบ และ ใช้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวัณโรคที่ถูกต้องครบถ้วน เป็นผู้ปฏิบัติงานในการค้นหาเชิงรุกในชุมชน

2. ประสานเชื่อมเครือข่ายระหว่างสถานบริการของภาครัฐ และ เอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยา หมอพื้นบ้าน เป็นต้น ในพื้นที่ ให้มีระบบเฝ้าระวัง

อาการของวันโรค และ แนวทางในการส่งตัวต่อเพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยให้เป็นลักษณะการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Green Channel)

3. รณรงค์เพื่อชี้แนะสาธารณะให้มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรควันโรค อย่างถูกต้อง สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการมารับบริการตรวจรักษาเพื่อวินิจฉัยโรค ตั้งแต่เริ่มต้น และประชาสัมพันธ์ถึงช่องทางในการมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเข้าได้กับวันโรคปอด โดยอาจมีการจัดตั้ง สายด่วนปรึกษาวันโรคขึ้น เพื่อเพิ่มช่องทางในการได้รับข้อมูลได้สะดวกมากขึ้น

4. จัดระบบคัดกรองวันโรคโดยการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นวันโรค ได้แก่ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง และ ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตชุมชนแออัด หรือ ที่มีการพักอาศัยกันอย่างหนาแน่น เช่น หอพัก โรงงานต่างๆ เป็นต้น

5. ในภาวะน้ำท่วมแม้จากผลการวิจัยจะไม่ได้มีผลกับความล่าช้าในการมารับบริการสุขภาพของผู้ป่วยวันโรคปอด เนื่องจากผู้ป่วยสามารถไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการเฝ้าระวังวันโรคปอดโดยอาการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสถานที่ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน เช่น ศูนย์อพยพ เพื่อให้ลดการแพร่กระจาย และหลังจากน้ำท่วมทุเลา ควรจะต้องฟื้นฟูระบบเฝ้าระวังเดิมให้กลับมาดำเนินการได้โดยเร็ว

6. ในระดับเขตและระดับชาติ ควรจะต้องมีนโยบายในการเฝ้าระวังวันโรคที่ชัดเจนทุกพื้นที่เช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีการย้ายถิ่น หรือ ในภาวะน้ำท่วม ผู้ป่วยวันโรคปอดส่วนหนึ่งไม่สามารถอาศัยในที่พักเดิม ได้ จึงต้องไปอยู่ในจังหวัดต่างๆ ที่ไม่ได้รับผลกระทบ หากไม่มีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมากรับบริการล่าช้า และ ก่อการแพร่เชื้อในชุมชนมากขึ้นได้

6.2.1.2 เพื่อลดความล่าช้าจากการวินิจฉัยวันโรคปอด

1. จัดทำแนวทางการมาตรฐานวินิจฉัยวันโรคปอดของจังหวัดปทุมธานี โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ที่แพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาดูแลผู้ป่วยทุกราย ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน ในการวินิจฉัยโรค อาการและอาการแสดง การตรวจเพิ่มเติม และ การส่งส่งตรวจเป็นต้น โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่ต้องตรวจผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ตลอดจนการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ ก็สามารถที่จะเป็นวันโรคปอดได้ เช่นเดียวกับ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยวันโรคที่ไม่จำเป็นต้องมีอาการอ่อนเพลีย และอาจมีเพียงอาการเล็กน้อย คล้ายไข้หวัดก็ได้ โดยมีการทบทวนและฟื้นฟูความรู้อยู่เสมอ

2. การคัดกรองโดยการซักประวัติโดยเจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อให้มีระบบการเตือนให้แพทย์รับทราบถึงโอกาสที่จะเป็นวัณโรคปอดได้ และควรได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกทุกรายเมื่ออาการเข้าได้กับวัณโรค โดยระบบการคัดกรองนี้ควรจะมีควมไวสูง เพื่อให้ตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคได้รวดเร็วขึ้น และ ผู้ป่วยที่มีอาการไอหลังจากการรักษาไปแล้วประมาณ 3-5 วัน หากไม่ดีขึ้น ควรจะได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกทุกราย

3. โรงพยาบาลของรัฐควรจัดช่องทางพิเศษ (Green channel) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับวัณโรคปอด เพื่อให้ได้พบแพทย์โดยเร็ว และได้รับการตรวจเพิ่มเติมที่เหมาะสม เพื่อลดระยะเวลาในการวินิจฉัยโรคให้สั้นลง

4. โรงพยาบาลต้องมีแผนรองรับอุทกภัยที่มีประสิทธิภาพ ไม่ให้โรงพยาบาลได้รับผลกระทบจนไม่สามารถให้บริการได้ เพื่อที่จะสามารถให้บริการตรวจวินิจฉัย และ รักษาวัณโรคได้อย่างต่อเนื่อง โดยอย่างน้อยต้องสามารถถ่ายภาพรังสีทรวงอก และ ตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรคได้ตลอดเวลา

6.2.2 ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้

การวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวนน้อย ทำให้ในบางหัวข้อไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ และเนื่องจากการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาดังกล่าว คือ มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2555 และ ยังเป็นช่วงหลังจากที่มีภาวะน้ำท่วมร่วมด้วย จึงไม่ใช่สภาวะปกติของจังหวัดปทุมธานี ดังนั้นการแปลผลและการนำไปใช้ประโยชน์จึงต้องระมัดระวัง

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยให้ผู้ป่วยกรอกข้อมูลเอง และมีผู้ช่วยผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูล อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ตั้งใจตอบในข้อคำถามทั้งหมด ข้อมูลอาจบิดเบือนไปจากความเป็นจริงได้ และคำถามส่วนมากเป็นคำถามที่ให้ผู้ปวยนึกจากอดีต (Recall) อาจทำให้เกิดอคติในการวิจัยขึ้นได้

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ออกแบบการวิจัยให้มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำการรักษา ทำให้ไม่สามารถเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดความล่าช้าทั้งการมารับบริการสุขภาพ และการวินิจฉัยวัณโรคปอด

ไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นต่างด้าว ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาในการมารับบริการเพื่อวินิจฉัยโรค และ รับการรักษาต่อเนื่อง เพราะปัญหาเรื่องการสื่อสาร และ สิทธิการรักษาพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรับยาต่อเนื่อง

6.2.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรกำหนดระยะเวลาในการศึกษาวิจัยให้ยาวนานขึ้น เพื่อให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากกว่า และ ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมจากผลการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อให้สามารถเข้าใจ และ อธิบายถึงสาเหตุของความล่าช้าได้ละเอียด และ ถูกต้องมากขึ้น

ความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานี
DELAYED IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS,
GOVERNMENT HOSPITAL IN PATHUMTHANI PROVINCE

ศฤงคารเดช เจริญไชย 5338840 PHMP/M

ศ.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ชนินทร์ เจริญกุล M.P.H., พบ.ด, ลักษณา เดิมศิริกุลชัย ปร.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

วัณโรคจัดเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขสำหรับประเทศไทย เนื่องจากถูกจัดเป็น 1 ใน 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรง⁽¹⁾ สำหรับจังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ.2553 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของจังหวัดปทุมธานี เท่ากับ 29.43% ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ 70 %⁽⁶⁾ ประกอบกับจังหวัดปทุมธานีมีการขยายตัวความเป็นเมืองที่อย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ในจังหวัดปทุมธานีมีความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดหรือไม่ การวิจัยนี้จึงดำเนินการเพื่อประเมินและ วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด และความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐทั้ง 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี

ผู้วิจัยได้ออกแบบการศึกษาโดยใช้รูปแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross sectional study) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอดและความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี โดยกลุ่มประชากรตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายที่ได้รับขึ้นทะเบียนและรับยารักษาวัณโรคไม่เกิน 2 เดือน ที่โรงพยาบาลของรัฐ ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสถิติ เนื่องจากการวิจัยที่ผ่านมา ไม่ปรากฏว่ามีพื้นที่การศึกษาใด ที่มีบริบทใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ผู้วิจัยกำลังดำเนินการในจังหวัดปทุมธานี

เพราะฉะนั้นจากค่าเฉลี่ยย้อนหลังของผู้ป่วยวันโรคปอดจากรายงานของฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี⁽⁶⁾ ย้อนหลัง 5 ปี พบว่าจะมีกลุ่มตัวอย่างประมาณ 70 ราย และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งปรับปรุงมาจากงานวิจัยอื่นที่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ มกราคม – มีนาคม 2555 เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นำเข้าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้โปรแกรม Epidata และ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ใน 2 ส่วน คือ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และแบบแผนการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยวันโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าในการรับบริการของผู้ป่วย และความล่าช้าจากระบบบริการทั้งในแง่การวินิจฉัยและการให้การรักษาของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดปทุมธานี ตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยใช้โปรแกรม SPSS คำนวณ Chi-square test, Odds ratio (OR), 95% Confidence interval ของ OR

จากการศึกษาผู้ป่วยวันโรคปอดที่เข้าเกณฑ์การวิจัยทั้งหมด 62 ราย ทั้งหมดมีเชื้อชาติไทย และ นับถือศาสนาพุทธ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 15 ถึง 92 ปี เฉลี่ย 42.97 ปี โดยกลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 31 – 45 ปี (ร้อยละ 37.1) จำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มอายุ มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 9.6) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 82.3) ประมาณเกือบครึ่ง (ร้อยละ 45.1) มีสถานะภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) และประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 33.9) มีสถานะภาพโสด ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.8) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 33.9) ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 41.9) ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 16.1) และประมาณ 1 ใน 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 25.8) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 6,240 บาท ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 41.9) ทั้งนี้มีประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 30.1) ไม่มีรายได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79) ไม่ทราบว่าเมื่อใดจะมีโรคประจำตัวก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วยเป็นวันโรคปอด ในรายที่ทราบว่าเมื่อใดจะมีโรคประจำตัวก่อนมีอาการเจ็บป่วยนั้น พบว่าเป็นโรคเอช ไอ วี/เอดส์ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด/ ถุงลมโป่งพอง และ ลมชัก ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 เคยสูบบุหรี่ ก่อนจะมีอาการป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด เช่นเดียวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็พบว่าผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนจะมีอาการป่วย แต่สำหรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น มีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ดื่มเป็นประจำ ผู้ป่วยวันโรคปอดทุกรายมีอาการไอ ก่อนมารับการตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง ประมาณ 3 ใน 4 มีอาการน้ำหนักลด และ อ่อนเพลียร่วมด้วย ในขณะที่ประมาณ 2 ใน 3 มีอาการเจ็บหน้าอก ไอ และ ไอเป็นเลือดตามลำดับ ส่วนอาการที่พบน้อยได้แก่

เมื่ออาหาร หนาวสั่น และเหงื่อออกมาก ผู้ป่วยวันโรคปอดส่วนมาก (ร้อยละ 43.5) มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 35.5 อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ระดับทัศนคติ และ ระดับการรับรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.3 และ ร้อยละ 96.8 ตามลำดับ) **รูปแบบการแสวงหาบริการสุขภาพ** ผู้ป่วยวันโรคส่วนใหญ่เมื่อรับรู้อาการเจ็บป่วยเลือกมาใช้บริการครั้งแรกที่โรงพยาบาลของรัฐ ทั้ง 8 แห่ง (ร้อยละ 61.3) รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 12.9) และ ร้านขายยา (ร้อยละ 9.7) ตามลำดับ มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 4.8) ที่ไปใช้บริการครั้งแรกที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล / สถานีอนามัย เหตุผลส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐประมาณครึ่งหนึ่ง เพราะ ใช้บริการตามสิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 54.8) ใกล้ที่พัก (ร้อยละ 19.4) และ มีผู้แนะนำ (ร้อยละ 11.3) ตามลำดับ แต่สำหรับผู้ป่วยวันโรคที่ไปใช้บริการที่อื่น นอกจากโรงพยาบาลของรัฐ เกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.7) ให้เหตุผลว่า เพราะใกล้ที่พัก รองลงมา 1 ใน 3 เพราะ มีความสะดวก รวดเร็ว (ร้อยละ 29.2) **ส่วนที่ 2 ปัจจัยอื่น** ผู้ป่วยวันโรคอาศัยอยู่ในอำเภอธัญบุรีมากที่สุด (ร้อยละ 32.3) รองลงมา คือ อำเภอเมืองและคลองหลวงจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 14.5) ส่วนที่เหลือ อีกประมาณร้อยละ 40 กระจายอยู่ในอำเภอต่างๆ ในจังหวัดปทุมธานี และ จังหวัดใกล้เคียง ระยะทางเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาล เท่ากับ 15.39 กิโลเมตร ใกล้ที่สุดมีระยะทาง 140 กิโลเมตร ระยะเวลเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทาง เท่ากับ 33.79 นาที ระยะเวลายาวนานที่สุดในการเดินทางมาโรงพยาบาล คือ 180 นาที พบว่าวิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล มีวิธีค่อนข้างใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 1 ใน 4 ได้แก่ รถยนต์ส่วนตัว รถรับจ้าง/แท็กซี่ มอเตอร์ไซด์ส่วนตัว และ รถโดยสารสาธารณะ ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.7) ระบุว่า การเดินทางมาโรงพยาบาลมีความสะดวก **ในด้านผลกระทบจากภาวะน้ำท่วม** พบว่า ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 46.8) จะมีอาการป่วยก่อนน้ำท่วม กว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับผลกระทบจากน้ำท่วม ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่บ้านถูกน้ำท่วม (ร้อยละ 68.7) สำหรับการพักอาศัยระหว่างน้ำท่วม ประมาณ 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี โดยครึ่งหนึ่งอาศัยในที่พักปัจจุบัน และ มี 1 ใน 3 ที่ไปพักอาศัยนอกจังหวัดระหว่างน้ำท่วม นอกจากนี้ระหว่างน้ำท่วมมีเพียง 1 ใน 3 ที่สามารถมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐได้ อีกประมาณ 1 ใน 3 ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพแห่งอื่น และที่เหลืออีก 1 ใน 3 ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.6) มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพในเขตจังหวัดปทุมธานี โดยครึ่งหนึ่งมีผู้แนะนำให้มาตรวจ ซึ่งในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งครอบครัวเป็นผู้แนะนำให้มาตรวจรักษา ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าโรงพยาบาลมีบริการทางการแพทย์เกี่ยวกับวันโรคปอด (ร้อยละ 69.4) และ ไม่เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับวันโรคปอดมาก่อน (ร้อยละ 72.6) ในด้านเกี่ยวกับเศรษฐฐานะ พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยวันโรคมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 17,595.74 บาท โดยประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท แต่

อย่างไรก็ตามพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอต่อรายจ่ายในแต่ละเดือน และอีกครึ่งหนึ่งไม่เพียงพอ ในเรื่องของการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล พบว่ามีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 137.54 บาท สูงสุด 1,000 บาท เกือบครึ่ง (ร้อยละ 41) ต้องสูญเสียรายได้เมื่อมาตรวจรักษา โดยเฉลี่ยวันละ 636.20 บาท สูงสุดถึง 8,000 บาท แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.8) ไม่ต้องลางานเพื่อมาตรวจรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.4) อาศัยกับครอบครัว โดยครึ่งหนึ่งอาศัยกับครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2-4 คน และประมาณ 1 ใน 3 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 4 คน **ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม** พบว่าผู้ป่วยครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.6) มีระดับของแรงสนับสนุนระดับสูง ส่วนใหญ่มาตรวจรับการรักษาเพียงคนเดียว (ร้อยละ 40.3) และมาตรวจพร้อมกับคนในครอบครัวรวมทั้งหมด ร้อยละ 54.9 (คู่สมรส ลูกหลาน พ่อแม่ และพี่น้อง) **ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาล** พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความพึงพอใจในด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการในระดับมากทั้งหมด (ร้อยละ 100) รองลงมาได้แก่ ความพึงพอใจต่อผลการให้บริการโดยรวม (ร้อยละ 95.2) สิ่งอำนวยความสะดวก (ร้อยละ 82.2) และกระบวนการให้บริการ (ร้อยละ 74.2) ตามลำดับ **ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ** พบว่าจากการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดปทุมธานี เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อเกือบครึ่งหนึ่ง (29 คน ร้อยละ 46.8) ผลตรวจเสมหะเป็นบวกครั้งแรก 22 ราย (ร้อยละ 75.9) ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีที่เป็นปกติ 2 ราย (ร้อยละ 3.2) ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกตั้งแต่ครั้งแรก (ร้อยละ 80.6) แต่สำหรับการตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรคได้รับการตรวจเมื่อมาตรวจที่โรงพยาบาลครั้งแรกเพียง ร้อยละ 41.9 เท่านั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 79) ส่วนใหญ่ได้ตรวจกับแพทย์เวชปฏิบัติ (ร้อยละ 79) มีเพียง 2 ราย (ร้อยละ 3.2) ที่ตรวจกับพยาบาลเวชปฏิบัติ และ ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดโดยแพทย์ และ เกือบทุกราย (ร้อยละ 91.9) ได้รับยาทันทีในวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด **ส่วนที่ 6 การประเมินความล่าช้า** พบว่า ความล่าช้าในการควบคุมวัณโรคปอดของจังหวัดปทุมธานี มีความล่าช้าจากพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพมากที่สุด ถึงร้อยละ 54.8 เฉลี่ย 38.78 วัน ระยะเวลาที่นานที่สุดถึงสูงสุดถึง 265 วัน รองลงมาคือความล่าช้าในการวินิจฉัย โดยพบความล่าช้าอยู่ที่ร้อยละ 25.8 เฉลี่ย 7.53 วัน ล่าช้ามากที่สุดถึง 59 วัน และ ล่าช้าน้อยที่สุดคือ การรักษาวัณโรคปอด ซึ่งพบเพียงรายเดียว คือ ยังไม่ได้รับยาหลังการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด 6 วัน ส่วนความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งรวมขั้นตอนการวินิจฉัยและรักษาโรคนั้น มีความล่าช้าอยู่ที่ ร้อยละ 21.0 เฉลี่ย 7.98 วัน ล่าช้าสูงสุด 62 วัน และ ความล่าช้าในการควบคุมวัณโรคทั้งหมด อยู่ที่ร้อยละ 38.7 เฉลี่ย 46.74 วัน นานที่สุดคือ 267 วัน

ส่วนที่ 7 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด และความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีผลต่อการเกิดความล่าช้าและไม่ล่าช้าของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวันโรคปอด พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพสมรส ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพไม่โสด (สมรส / หย่าร้าง / หม้าย) จะมีโอกาสที่จะมารับบริการล่าช้ากว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีสถานะโสดถึง 7.73 เท่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพที่มีความล่าช้าและไม่ล่าช้าของผู้ป่วยวันโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่มีผลต่อความล่าช้าในพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านการคมนาคม การเดินทางมาโรงพยาบาล ระยะเวลาการเดินทาง วิธีการเดินทาง ผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างน้ำท่วม ในปี 2554 นอกจากนี้พบว่าสิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัน โรคที่ผู้ป่วยเคยทราบมาก่อน บุคคลที่แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษา ตลอดจนปัจจัยทางการเงินของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการด้านความเป็นอยู่ และ จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวันโรค ก็ไม่มีผลกับความล่าช้าในพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยเช่นกัน ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพที่มีความล่าช้า พบว่า ไม่มีปัจจัยเสริมใดที่ได้จากการบทวนวรรณกรรม มีผลต่อความล่าช้าต่อพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวันโรคทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม และ บุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย (บุคคลที่มาตรวจพร้อมผู้ป่วย) เช่นเดียวกันกับปัจจัยอื่น ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวันโรคปอด พบว่ามี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ($p\text{-value} = 0.028$) และไม่มีอาการอ่อนเพลีย ($p\text{-value} = 0.032$) โดยพบว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ จะมีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีประวัติสูบบุหรี่ ประมาณ 3.64 เท่า ส่วนในกรณีของอาการอ่อนเพลีย พบว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่ไม่มีอาการอ่อนเพลีย จะมีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่าผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีอาการอ่อนเพลีย 3.6 เท่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยอื่นกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวันโรคปอด พบว่ามี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกับภาวะน้ำท่วม ($p\text{-value} = 0.039$) สถานที่พักระหว่างภาวะน้ำท่วม ($p\text{-value} = 0.036$) ความสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง ($p\text{-value} = 0.014$) และ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ($p\text{-value} = 0.015$) ซึ่ง 3 ปัจจัยแรกเกี่ยวข้องกับภาวะน้ำท่วมใหญ่ เมื่อปลายปี 2554 ของจังหวัดปทุมธานี สำหรับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการพบว่าแตกต่างกัน โดยที่ผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีอาการหลังจากภาวะน้ำท่วม พบว่ามีแนวโน้มที่จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่ากลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยก่อนและระหว่างภาวะน้ำท่วม และ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยแล้วไม่สามารถมารับ

บริการที่โรงพยาบาลของรัฐได้จะมีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดช้ากว่ากลุ่มที่สามารถมารับการรักษาได้ 9.64 เท่า ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ต้องไปพักอาศัยที่นอกจังหวัดระหว่างน้ำท่วมก็มีแนวโน้มที่จะได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่าเช่นกัน อีกปัจจัยอื่นที่มีผลกับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอด คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันมากกว่า 4 คน จะมีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยโรคช้ากว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า 4.23 เท่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด พบว่า ไม่มีปัจจัยเสริมใดที่ได้จากการบทวนวรรณกรรม มีผลต่อความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม และ บุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย (บุคคลที่มาตรวจพร้อมผู้ป่วย) ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด พบว่าในขั้นตอนกระบวนการให้บริการ และ สิ่งอำนวยความสะดวกในโรงพยาบาล ไม่มีผลต่อความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ส่วนความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ และ ผลการให้บริการ ไม่สามารถคำนวณทางสถิติได้เนื่องจากส่วนใหญ่เกือบ ร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด พบว่ามี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ชนิดของวัณโรคปอด (p-value 0.043) ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 1 (p-value 0.026) และ การไม่ได้ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (p-value 0.033) ตั้งแต่มารับบริการครั้งแรก พบว่าในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อมีโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ 3.57 เท่า รวมถึงผลการตรวจเสมหะเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรคครั้งที่ 1 โดยหากมีผลเป็นลบ จะมีโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่า ผลเป็นบวกในครั้งที่ 1 คิดเป็น 5.36 เท่า นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาแต่ไม่ได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกในครั้งแรก มีโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่ากลุ่มที่ได้รับการตรวจ 4 เท่า

ดังนั้นหากเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมาจะพบว่า ความล่าช้าของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 48.85 วัน ซึ่งในการศึกษาอยู่ที่ประมาณ 38-39 วัน จึงถือว่ามียะเวลาที่สั้นกว่า แต่หากกับเปรียบเทียบประเทศเอเชียที่ใกล้เคียงบางประเทศ เช่น ประเทศไต้หวัน จากการศึกษาของ Chiang CY, Chang CT, Chang RE, Li CT และ Huang RM⁽³⁴⁾ ระยะเวลาเฉลี่ยที่สั้นที่สุดจะอยู่ที่ 7 วัน แสดงให้เห็นว่าปัญหาความล่าช้าจากพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานียังมีปัญหาอยู่ในระดับที่สูง ขนาดของปัญหาพบว่ามีสัดส่วนผู้ที่มารับบริการล่าช้า ร้อยละ 54 ซึ่งใกล้เคียงกับปัญหาของประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไนจีเรีย⁽²⁸⁾ ที่มีความล่าช้าอยู่ที่ ร้อยละ 61.5 และ ประเทศเอธิโอเปีย⁽²⁶⁾ ที่ร้อยละ 48 แต่หากเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกา⁽²¹⁾ ที่มีเป็นประเทศพัฒนาแล้วมี

ความล่าช้า เพียง ร้อยละ 20 สำหรับจังหวัดปทุมธานีจึงยังถือว่าเป็นมีขนาดของปัญหาที่อยู่สูง และ ควรที่จะได้รับการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไป โดยปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อล่าช้าจากพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวันโรคปอด ที่ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 คือ สถานภาพสมรสไม่โสด ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้ป่วยที่ไม่โสด (สมรส/หม้าย/หย่าร้าง) มีความเสี่ยงที่จะมารับบริการล่าช้ากว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด ถึง 7.73 เท่า ซึ่งไม่พบจากการศึกษาใดในการทบทวนวรรณกรรม สาเหตุที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วย อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีรายได้ไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจากจะต้องเลี้ยงดูคนในครอบครัว และ อาจเป็นเพราะการศึกษาค่อนข้างต่ำ จึงไม่สามารถประกอบอาชีพที่มีรายได้เพียงพอกับการใช้จ่ายในครอบครัวได้

ความล่าช้าของระบบสุขภาพในวินิจฉัยและรักษาวันโรคปอด พบว่าค่าเฉลี่ยจากการทบทวนวรรณกรรมอยู่ที่ 27.11 วัน ซึ่งของจังหวัดปทุมธานีสั้นกว่า และใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทย ที่จังหวัดเชียงราย ระยะเวลา 8 วัน⁽¹⁰⁾ ที่เป็นการศึกษาในชาวเขาที่อยู่ห่างไกลบนภูเขา จึงเป็นที่น่าสังเกตว่ามีปัญหาในระบบการวินิจฉัยและรักษาวันโรคของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานีหรือไม่ ทั้งนี้หากพิจารณาขนาดของปัญหา พบว่าจังหวัดปทุมธานี มีความล่าช้าอยู่ที่ ร้อยละ 21.0 เปรียบเทียบกับเฉพาะประเทศแถบทวีปแอฟริกาที่มีความล่าช้ากว่า ร้อยละ 62-69^(11, 24, 36) แสดงให้เห็นมีขนาดปัญหาน้อยกว่า แต่อย่างไรก็ตามยังต้องปรับปรุงในแง่ของกระบวนการทำงานเพื่อให้วินิจฉัยและรักษาได้รวดเร็วขึ้น โดยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลทำให้เกิดความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวันโรคปอด คือ การไม่สูบบุหรี่ ($p\text{-value} = 0.028$) และ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ($p\text{-value} = 0.032$) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีในการวิจัยใด ส่วนปัจจัยอื่นที่มีผลทำให้เกิดความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวันโรคปอด คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกับภาวะน้ำท่วม ($p\text{-value} = 0.039$) สถานที่พักระหว่างภาวะน้ำท่วม ($p\text{-value} = 0.036$) ความสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 8 แห่ง ($p\text{-value} = 0.014$) และ จำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 4 คน ($p\text{-value} = 0.015$) นอกจากนี้มี 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ชนิดของวันโรคปอด ($p\text{-value} < 0.043$) ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 1 ($p\text{-value} < 0.026$) และ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ($p\text{-value} < 0.033$) ตั้งแต่มารับบริการครั้งแรก ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาเพิ่มเติมนอกจากการซักประวัติ และ การตรวจร่างกายปกติ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย สำหรับวันโรคปอดที่เสมหะเป็นลบ ผลการตรวจเสมหะครั้งที่ 1 ให้ผลลบ และไม่ได้ทำการตรวจภาพถ่ายรังสีในครั้งแรกที่มาตรวจ แล้วมีผลทำให้ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าขึ้น นั้น มีผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกัน โดยจากการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา และ ไต้หวัน^(21, 34) พบว่า ผู้ป่วยวันโรคที่ไม่ได้ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกในครั้งแรกที่มาตรวจรักษาจะมีความล่าช้าในการวินิจฉัยมากกว่ากลุ่มที่ได้ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก นอกจากนี้จากการศึกษาของทั้ง 2 ประเทศ

ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเชื้อวัณโรคจากเสมหะเป็นลบ จะมีความล่าช้าในการรักษาว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการตรวจเชื้อวัณโรคจากเสมหะเป็นบวก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ เพื่อลดความล่าช้าจากพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการล่าช้าเป็นเพราะ มีภาระรับผิดชอบเกี่ยวกับครอบครัว จึงไม่สะดวกมารับการตรวจวินิจฉัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีครอบครัวแล้ว จึงควรจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังวัณโรคระดับชุมชน โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นฐานในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในเขตรับผิดชอบ เช่น การเยี่ยมบ้านแบบปกติ หรือ การเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ หรือ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น และ ใช้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวัณโรคที่ถูกต้องครบถ้วน เป็นผู้ปฏิบัติงานในการค้นหาเชิงรุกในชุมชน ตลอดจนการประสานเชื่อมเครือข่ายระหว่างสถานบริการของภาครัฐ และเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยา หอมพื้นบ้าน ในพื้นที่ ให้มีระบบเฝ้าระวังอาการของวัณโรค และ แนวทางในการส่งตัวต่อเพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ นอกจากนี้ ควรปรับปรุงให้มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยให้เป็นลักษณะการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Green Channel) รณรงค์เพื่อชี้แนะสาธารณะให้มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรควัณโรคอย่างถูกต้อง สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการมารับบริการตรวจรักษาเพื่อวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มต้น และ ประชาสัมพันธ์ถึงช่องทางในการมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเข้าได้กับวัณโรคปอด โดยอาจมีการจัดตั้ง สายด่วนปรึกษาวัณโรคขึ้น เพื่อเพิ่มช่องทางการได้รับข้อมูลได้สะดวกมากขึ้น และเพื่อให้มีการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้น จึงควรจัดระบบคัดกรองวัณโรคโดยการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นวัณโรค ได้แก่ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง และ ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตชุมชนแออัด หรือ ที่มีการพักอาศัยกันอย่างหนาแน่น เช่น หอพัก โรงงานต่างๆ เป็นต้น ส่วนในภาวะน้ำท่วมแม้จากผลการวิจัยจะไม่ได้มีผลกับความล่าช้าในการมารับบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด เนื่องจากผู้ป่วยสามารถไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการเฝ้าระวังวัณโรคปอดโดยอาการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสถานที่ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน เช่น ศูนย์อพยพ เพื่อให้ลดการแพร่กระจาย และหลังจากน้ำท่วมทุเลา ควรจะต้องฟื้นฟูระบบเฝ้าระวังเดิมให้กลับมาดำเนินการได้โดยเร็ว และ นอกจากนี้ในภาวะน้ำท่วมมีผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 27 ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ได้ ดังนั้นจึงควรจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการในภาวะน้ำท่วมได้ ในระดับเขตและระดับชาติ ควรจะต้องมีนโยบายในการเฝ้าระวังวัณโรคที่ชัดเจนทุกพื้นที่เช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีการย้ายถิ่น หรือ ในภาวะน้ำท่วม ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนหนึ่งไม่สามารถอาศัยในที่พักเดิม ได้ จึงต้องไปอยู่

ในจังหวัดต่างๆ ที่ไม่ได้รับผลกระทบ หากไม่มีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการล่าช้า และ เกิดการแพร่เชื้อในชุมชนมากขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ เพื่อลดความล่าช้าจากการวินิจฉัยวันโรคปอดได้แก่ การจัดทำแนวทางการมาตรฐานวินิจฉัยวันโรคปอดของจังหวัดปทุมธานี โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ที่แพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาดูแลผู้ป่วยทุกราย ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน ในการวินิจฉัยโรค อาการและอาการแสดง การตรวจเพิ่มเติม และ การส่งส่งตรวจ เป็นต้น โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่ต้องตรวจผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการวิจัยพบว่าเป็นแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยในครั้งแรกมากที่สุดถึง ร้อยละ 79 ตลอดจนการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ ก็สามารถที่จะเป็นวันโรคปอดได้ เช่นเดียวกับ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยวันโรคที่ไม่จำเป็นต้องมีอาการอ่อนเพลีย และอาจมีเพียงอาการเล็กน้อยคล้ายไข้หวัดก็ได้ โดยมีการทบทวนและฟื้นฟูความรู้อยู่เสมอ การคัดกรองโดยการซักประวัติโดยเจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อให้มีระบบการเตือนให้แพทย์รับทราบถึงโอกาสที่จะเป็นวันโรคปอดได้ และควรได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกทุกรายเมื่ออาการเข้าได้กับวันโรค โดยระบบการคัดกรองนี้ควรจะมีควมไวสูง เพื่อให้ตรวจพบผู้ป่วยวันโรคได้รวดเร็วขึ้น และ ผู้ป่วยที่มีอาการไอหลังจากการรักษาไปแล้วประมาณ 3-5 วัน หากไม่ดีขึ้น ควรจะได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกทุกราย นอกจากนี้โรงพยาบาลของรัฐควรจัดช่องทางพิเศษ (Green channel) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับวันโรคปอด เพื่อให้ได้พบแพทย์โดยเร็ว และได้การตรวจเพิ่มเติมที่เหมาะสม เพื่อลดระยะเวลาในการวินิจฉัยโรคให้สั้นลง และเนื่องจากความล่าช้าในการวินิจฉัยพบว่เกี่ยวข้องกับการไม่สามารถมารับบริการระหว่างน้ำท่วม และ ช่วงเวลาหลังจากน้ำท่วม ดังนั้นเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ตลอดเวลาเสมือนเวลาปกติ โรงพยาบาลจึงต้องมีแผนรองรับอุทกภัยที่มีประสิทธิภาพ ไม่ให้โรงพยาบาลได้รับผลกระทบจนไม่สามารถให้บริการได้ เพื่อที่จะสามารถให้บริการตรวจวินิจฉัย และ รักษาวันโรคได้อย่างต่อเนื่อง โดยอย่างน้อยต้องสามารถถ่ายภาพรังสีทรวงอก และ ตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวันโรคได้ตลอดเวลา

การวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวนน้อย ทำให้ในบางหัวข้อไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ และเนื่องจากการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ยังเป็นช่วงหลังจากที่มีภาวะน้ำท่วมร่วมด้วย จึงไม่ใช่สภาวะปกติของจังหวัดปทุมธานี ดังนั้นการแปลผลและการนำไปใช้ประโยชน์จึงต้องระมัดระวัง แม้จะไม่พบความสัมพันธ์ก็ตาม การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยให้ผู้ป่วยกรอกข้อมูลเอง และมีผู้ช่วยผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูล อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ตั้งใจตอบในข้อคำถามทั้งหมด ข้อมูลอาจบิดเบือนไปจากความเป็นจริงได้ และคำถามส่วนมากเป็นคำถามที่ให้ผู้ปวยนึกจากอดีต (Recall) อาจทำให้เกิด

อคติในการวิจัยขึ้นได้ และการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ออกแบบการวิจัยให้มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และ แพทย์ผู้ทำการรักษา จึงทำให้ไม่สามารถเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดความล่าช้าทั้งการมารับ บริการสุขภาพ และ การวินิจฉัยวัณโรคปอด ตลอดจนไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นต่าง ค้าว ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาในการมารับบริการเพื่อวินิจฉัยโรค และ รับการรักษาต่อเนื่อง เพราะปัญหาเรื่องการสื่อสาร และ สิทธิการรักษาพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรับยาต่อเนื่อง ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรกำหนดระยะเวลาในการศึกษาวิจัยให้ยาวนานขึ้น เพื่อให้มี จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากกว่า และ ควรมีการวิจัยเชิง คุณภาพเพิ่มเติมจากผลการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อให้สามารถเข้าใจ และ อธิบายถึงสาเหตุของความล่า ช้าได้ละเอียด และ ถูกต้องมากขึ้น

**DELAYED IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY
TUBERCULOSIS, GOVERNMENT HOSPITAL IN PATHUMTHANI PROVINCE**

SARIDDET CHAROENCHAI 5338840 PHMP/M

M.P.H.

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE:

CHANIN CHAROENKUL, Ph.D., LUKKANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Tuberculosis still remains an important public health problem for Thailand, and is listed as one of 22 high burden countries of tuberculosis in 2009 ⁽¹⁾. In 2010, Pathumthani Province's case detection rate was 24.9%, markedly lower than the WHO target rate at 70% ⁽⁶⁾. Moreover, Pathumthani province is continuously growing as an urban area of the Thai central region ⁽⁷⁾. For this reason, the main objective of this study was identifying the period of patient and health care delay and factors associated with patient and health care delay in 8 government hospitals in Pathumthani Province.

A descriptive cross-sectional study to analyze the relationship between theoretical risk factors and patient and health care delay in 8 government hospital, Pathumthani Province was conducted. The study population comprised registered pulmonary tuberculosis patients that received antituberculosis drugs not exceeding 2 months. Because the study area was not likely the same as previous studies that reviewed related literature, the sample size was estimated by the average the number of pulmonary tuberculosis patient in Pathumthani Province from January – March over the last 5 years (2006-2010) using collected data from the Department of Diseases Control, Pathumthani Provincial Health Office⁽⁶⁾. The estimated sample size was 70 persons. Data was collected using structured questionnaires designed and improved from literature review. Researcher and assistant researchers started collected data from

January to March 2555. After data collection was completed, importing data to Epidata and analyzing data using SPSS software was divided in 2 parts. Descriptive statistics were used to describe the demographic, economic, social and health seeking patterns of pulmonary tuberculosis patient including percentage, mean and standard deviation and analytic statistics to analyze the factors associated with patient and health care delay in 8 government hospitals in Pathumthani Province. SPSS was used to calculate Chi-square test, Odds ratio (OR), and 95% Confidence interval of OR.

Regarding the estimated sample size, 62 new pulmonary tuberculosis patients met the research inclusion criteria. All of them were Buddhist and of Thai ethnicity.

Part I. socioeconomic status

The youngest age was 15 years old, the oldest 92 years old with the average age being 42.97 years old. The major age group was 31 – 45 years (37.1%) and minority age group was older than 60 years old (9.6%). The majority of respondents (82.3%) were male. Nearly one half (45.1%) of pulmonary tuberculosis patients were married (living together) and one third (33.9%) were single. Regarding education level, most of them (46.8%) completed primary school and another 33.9% completed secondary school. Most (41.9%) tuberculosis patients were freelance workers, 16.1% were self-employed and one fourth (25.8%) of them were jobless. The average monthly personal income was 6,240 baht, and most (41.9%) earned 5,001 – 10,000 baht and approximately one third had no income. Most of pulmonary tuberculosis patients (79%) had never known of their existing underlying diseases, and another 21% of them knew that there were underlying diseases including HIV/AIDS, diabetic mellitus, essential hypertension, asthma or Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and epilepsy. Approximately two thirds of them had smoked in the past, nearly half were frequently smoking, and it was the same with alcohol consumption, but only one fifth frequently consumed alcohol. Regarding patient symptoms, all pulmonary tuberculosis patients had cough, approximately three fourths had weight loss and fatigue, two third had chest pain, fever and hemoptysis, and fewer

symptoms included anorexia, chills and sweating. Regarding knowledge of patients on tuberculosis, nearly half (43.5%) of respondents had a good level of knowledge: 35.5% had fair knowledge and 21.0% had poor knowledge. In contrast with the level of attitude and perception, nearly all had a good level of attitude (90.3%) and perception (96.8%).

Health seeking behaviors

Regarding the places where pulmonary tuberculosis patients decided to go when they recognized their illness the majority of patients (61.3%) reported that they went to one of the 8 government hospitals, 12.9% went to private hospitals, 9.7% went to a pharmacy and only 4.8% went to a health promoting hospital. Concerning reasons for going to one of the 8 government hospitals, the majority of patients (54.8%) reported it was due to their health insurance, 19.4% reported that the hospital was near to their home, 11.3% because someone recommended them to visit. About the reason for not going to one of the 8 government hospitals by going to another place as mention above, nearly half (41.7%) of patients reported that it was near to their home, 29.2% said that it was convenient.

Part II. Enabling factors

The majority of patients (32.3%) lived in Amphur Thanyaburi, 14.5% lived in Amphur Muang and Amphur Klongluang equally, and the other 40% lived in one of the 5 Amphurs of Pathumthani Province and adjacent provinces in the central region. Different ways of transportation to attend the government hospital were cited. Nearly one fourth of patients used private car, taxi, motorcycle and bus equally. Regarding the distance to the government hospital, the longest distance was 140 kilometer and the average distance was 15.39 kilometer. The highest travelling time to the government hospital was 180 minutes. The majority of pulmonary tuberculosis patients (88.7%) said that it was convenient to travel to the government hospital.

Impact of flooding on pulmonary tuberculosis patients

Nearly half (46.8%) of patients recognized their illness before flooding. Most patients (80.0%) experienced effects from flooding. Two thirds of their house had flooding from September – November, 2011. About the places where pulmonary tuberculosis patients lived during the flooding, approximately one third of patients lived in their current residence, one third lived in other places in Pathumthani Province and another one third lived outside Pathumthani Province. About accessibility to the government hospital during flooding, only one third of tuberculosis patient could access the health services of the government hospital, one third went to other health care facilities and another one third could not access any health care facility. About health insurance, most patients (72.6%) had the universal health care coverage (UC) of Pathumthani Province. One half of the patients went to the government hospital for seeking medical care by recommendation. Nearly half of those recommendations were received from their family. Most patients (69.4 %) never knew about the medical service information of the government hospital and 72.6% never knew about the information of tuberculosis. Regarding economical accessibility to the government hospital, one half of the patient family incomes comprised less than 15,000 baht: the approximate average family income was 17,595.74 baht. One half of patients said that their incomes were sufficient. The average expenses for going to the government hospital were 137.54 baht. The maximum expenses were 1,000 baht. About income loss while attending medical services, a minority of them (41%) lost income, approximately 636.20 baht. The maximum income lost was 1,000 baht. Most pulmonary tuberculosis patients (75.8%) did not take sick leave in order to attend medical services. Most patients (77.4%) lived with their immediate family and half of them lived with an extended family. Half of the pulmonary tuberculosis patient's families (53.2%) had 2-4 members, 37.1% had more than 4 members.

Part III. Reinforcing factor

Regarding the level of social support, half of pulmonary tuberculosis patients (51.6%) had a high level of social support. A majority of patients (54.9%)

went to the government hospital with their family; 40.3% went to the government hospital by themselves.

Part IV. Satisfaction with the government hospital

All the pulmonary tuberculosis patients were satisfied with medical personnel of the government hospital; 95.2% were satisfied with overall health services, 82.2% were satisfied with the convenient health care facility and 74.2% were satisfied with the process of services.

Part V. health care factor

Regarding the type of tuberculosis, nearly half of pulmonary tuberculosis patients (46.8%) were positive smear type. The first positive smear for Acid Fast Bacilli (AFB) totaled 29 patients (46.8%). Two patients (3.2%) had normal chest radiography. Most patients (80.6%) had chest radiography at the time to first present at the government hospital, but sputum exam for AFB was performed for only 41.9%. Most patients (79.0%) visited and were treated at the community hospital. Most patients (79.0%) were first examined by a general practitioner, 1.78 % were first examined by a specialist and only 3.2% were examined by a nurse practitioner. All patients had been diagnosed with pulmonary tuberculosis by a medical physician and almost all of them (91.9%) received antituberculosis drugs as soon as they have been diagnosed with pulmonary tuberculosis.

Part VI. Duration of patient delay and healthcare delay

Regarding patient delay duration (> 28 days), mean patient delay was 38.78 days (54.8%), maximum duration was 265 days and minimum duration was 2 days. Regarding diagnosis delay (>7 days), mean diagnosis delay was 7.53 days (25.8%), maximum duration was 59 days and minimum duration was 0 days. Regarding treatment delay (>3 days), mean treatment delay was 0.26 days (1.6%)

maximum duration was 6 days and minimum duration was 0 days. Mean healthcare delay was 7.98 days, maximum duration was 62 days and minimum duration was 0 days. Mean total delay (patient delay and healthcare delay) was 46.74 days, maximum duration was 267 days and minimum duration was 2 days.

Part VII. Factors associated with patient delay and health care delay

Regarding socioeconomic factors associated with patient delay, the study revealed that marital status was associated with patient delay (p -value < 0.001). Patients who already were married (living together), divorced and widowed (widower) (66.1 %) had greater delay, more than 7.73 times the delay of the other group (single) (33.9%). Regarding enabling and reinforcing factors associated with patient delay, no statistically significance was found between enabling factor (physical & economical accessibility, impact of flooding and health insurance) and reinforcing factor (social support level and personal supporter) with patient delay. Regarding socioeconomic factor associated with diagnosis delay, 2 socioeconomic factors were statistically significant, smoking (p -value 0.028) and absence of fatigue (p -value 0.032). Patients who had smoked (66.0%) experienced greater delays, more than 3.63 times the delay of the nonsmoking group (34.0%). Regarding fatigue symptoms, patients who did not have fatigue (71.0%) had greater delays, more than 3.6 times the delay of the other group (29.0%). Regarding enabling factor associated with diagnosis delay, 4 socioeconomic factors were statistically significant: perception of illness compared with flooding (p -value 0.039), residence during flooding (0.036), accessibility to government hospital during flooding (0.014) and member of family (p -value 0.015). Patients who perceived their illness after the flooding (23%) experienced greater delays than other groups (before and during the flooding) (77%). Concerning residence during flooding, patients who resided outside Pathumthani Province (31%) experienced greater delays than the other group that resided in Pathumthani Province (69%). Patients who could not access the government hospital during the flooding (59.4%) experienced greater delays, more than 9.64 times the other group (40.6%). The last factor was the number of member of the family. Patients who had members of

the family much more than 4 persons (37.1%) experienced greater delays, more than 4.23 times the other group (62.9%). Regarding reinforcing factor associated with diagnosis delay, no statistical significance was found between reinforcing factor (social support level and personal supporter) and diagnosis delay. Regarding hospital satisfaction associated with diagnosis delay, no statistical significance was found between hospital satisfaction factor (convenience of health care facility and process of services) and diagnosis delay. Regarding healthcare factor associated with diagnosis delay, 3 healthcare factors had statistical significance: type of pulmonary tuberculosis (p-value 0.043), result of first sputum exam (0.026), and performance of chest radiography (p-value 0.015). Patients who were diagnosed with pulmonary tuberculosis, smear negative (47%) experienced greater delays, more than 3.57 times that of pulmonary tuberculosis, smear positive (64.5%). Patients negative for the first sputum AFB exam (64.5%) experienced greater delays, more than 5.36 times that of those positive for first sputum AFB exam (35.5%). Finally, patients who did not received chest radiography at the first time to present (19%) experienced greater delays, more than 4.00 times the other group (81%).

Regarding patient delay, the study revealed that the proportion of patient delay was 54.8% and mean patient delay was 38.78 days. Compared with previous studies, the mean delay was shorter than the mean (48.85 days) of a previous study. However the study from Taiwan (Chiang CY, Chang CT, Chang RE, Li CT and Huang RM) ⁽³⁴⁾ also located in Asia showed that the mean delay was only 7 days. Regarding the proportion of patient delays, this study was similar with other developing countries such as Nigeria (proportion of delay, 61.5%) ⁽²⁸⁾ and Ethiopia (proportion of delay, 48%) ⁽²⁶⁾. In contrast with a study of the USA, the proportion of patient delay was only 20%. It implied that Pathumthani Province still had many problems with patient delay. Regarding socioeconomic factors associated with patient delay, the study revealed that marital status was associated with patient delay (p-value < 0.001). It was not clearly understood why it experienced the risk of patient delay and was not found by review of literature. However, it might be explained that patients who already got married (living together), divorced and widowed (widower) could not access health care services because of responsibilities to their family and insufficiency

of income. Regarding health care delay, the study revealed that the proportion of health care delay was 21.0% and mean health delay was 7.98 days.

Compared with previous studies, the mean of delay was shorter than the mean (27.11 days) of previous study. However, the study from Chiang Rai, Thailand⁽¹⁰⁾ the northernmost province with a mountainous area showed that the mean delay was only 8 days. It implied that Pathumthani Province still had many problems with diagnosis delay. Regarding the proportion of diagnosis delay, this study was shorter than other African countries (proportion of delay 62-69%)^(11,24,36). Regarding socioeconomic factors associated with diagnosis delay, the study revealed that smoking (p-value 0.028) and absence of fatigue (p-value 0.032) were associated with diagnosis delay. However, those factors were not associated with diagnosis delay from review literature. Regarding enabling factor associated with diagnosis delay, the study revealed that perception of illness compared with flooding (p-value 0.039), residence during flooding (0.036), accessibility to the government hospital during flooding (0.014) and members of the family (p-value 0.015) were associated with diagnosis delay. The result of this study strongly confirmed that flooding had affected accessibility to health care services due to difficulties in reaching the 8 government hospitals. Concerning members of the family, having 4 persons and more was associated with diagnosis delay; it might be due to their responsibility to the family. As a result, they could not be as available to receive the diagnostic process at the government hospital. Regarding healthcare factors associated with diagnosis delay, the study revealed that type of pulmonary tuberculosis (p-value 0.043), result of first sputum exam (0.026), and receiving chest radiography (p-value 0.015) were associated with diagnosis delay. All of the results were similar to the study of the USA⁽²¹⁾ and Taiwan⁽³⁴⁾.

On the basis of the result of this study, the following are recommendations for better improvement of tuberculosis control and reduction in the duration of patient delay and diagnosis delay. For reducing patient delay, because the study revealed that marital status was associated with patient delay, the active surveillance system for pulmonary tuberculosis should be established using health promoting hospitals as a focal point to improve the quality of the tuberculosis detection rate. Active surveillance is both a conventional method (home visit) and a creative method

(telephone visit). Community collaboration is a key success factor for this surveillance using village health volunteers (VHVs) who are responsible for their areas. Moreover, the collaboration with the private sector (hospitals, pharmacies and clinics) is also important by creating guidelines for detecting the symptoms of pulmonary tuberculosis and referring suspected patients using green channels (seamless delivery). The provincial health office, hospital and local authority should campaign and advocate among the communities in order to realize and recognize the problem of tuberculosis and impact of delayed visit to health care. Improving the accessibility to information and recommendations using hotline are recommended. Establishing a chest radiograph screening program is suggested for high risk groups with tuberculosis such as HIV/AIDS, diabetic mellitus and overcrowded places. Despite finding no association with patient delay, flooding prevention needs to be paid more attention. Because flooding affects accessibility to the government hospital, establishing a surveillance system during the flooding situation is an important key of disease control. Moreover, the mobile health service should be employed for improving accessibility during flooding.

To reduce diagnosis delay, standard guidelines for diagnosis and treatment of tuberculosis must be reviewed for all levels of health care personnel. The medical physician must note some symptoms such as fatigue. A patient might not present with fatigue. Patients who have not smoked may have contracted pulmonary tuberculosis. Nurse practitioners must screen and detect the patients who are suspected to have pulmonary tuberculosis, notifying the physician for early chest radiography. At the administrative level, the government hospital should establish the express way for patients who are suspected to have pulmonary tuberculosis in order to provide prompt diagnosis and treatment. Regarding the flooding, all government hospital should have effective plans to prevent flooded hospitals and mitigation. At least, it must be able to diagnose and treat the tuberculosis patients at any time. Limitations of this study included size of population and recall bias for respondents. For Further studies, it is recommended to have a qualitative study for improving the understanding of why diagnosis and treatment are delayed.

รายการอ้างอิง

1. WHO. Global tuberculosis control 2010 [cited 2011 Apr 22]. Available from:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf.
2. WHO. Tuberculosis country profiles 2010 [cited 2011 Apr 22]. Available from:
https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=TH&outtype=pdf.
3. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. วัณโรค (Tuberculosis) สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค : Annual Epidemiological Surveillance Report 2552. p. 84-5
4. World Economic Forum. Protecting Your Workforce and Surrounding Communities from Tuberculosis 2008 [cited 2011 Sep 10]. Available from:
https://members.weforum.org/pdf/GHI/toolkit/english/04_FactSheets.pdf.
5. WHO. Contribute to health system strengthening 2008 [cited 2011 Apr 22]. Available from:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597173_eng.pdf.
6. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2553 จังหวัดปทุมธานี 2553.
7. กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. บทที่ 1 บทนำ. แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พศ 2552-2554. p. 3-6.
8. ข้อมูลเพื่อการวางแผนและปฏิบัติการ ด้านเศรษฐกิจ [database on the Internet] 2553 [cited October 10, 2011]. Available from: <http://www.pathumthani.go.th/>.
9. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออบรมแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปอดสำหรับคลินิกวัณโรค ยุทธชัย เกษตรเจริญ, editor 2553.
10. Ngamvithayapong J, Yanai H, Winkvist A, Diwan V. Health seeking behaviour and diagnosis for pulmonary tuberculosis in an HIV-epidemic mountainous area of Thailand. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2001;5(11):1013-20.
11. Wandwalo ER, Morkve O. Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2000;4(2):133-8.

12. Green L KM. Educational and ecological approach. 4th edition ed. New York, NY: McGrawhill.; 2005.
13. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์และผลการดำเนินงานวัณโรคของไทย ประจำปีไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2554. ฉบับที่ 2 ปีที่ 1 เมษายน 2554.
14. กลุ่มงานควบคุมโรค, สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. รายงานสถานการณ์และผลการดำเนินงานวัณโรคของจังหวัดปทุมธานี ประจำปีงบประมาณ 2553.
15. WHO. Equity, social determinants and public health programmes 2010 [cited 2011 Feb 4]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf.
16. WHO. Contribute to health system strengthening 2008 [cited 2011 Apr 22]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597173_eng.pdf.
17. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ2558.
18. ASTVผู้จัดการออนไลน์. [cited พ.ศ.2555 14 มกราคม]: Available from: <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9540000130965>.
19. TEAM Group. [cited 2555 12 มกราคม]: Available from: <http://www.teamgroup.co.th/index.php/th/news-publications/flood.html>.
20. ศูนย์ข้อมูลเพื่อการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย (Thaiflood). [cited 2555 14 มกราคม]: Available from: <http://pathumthani.thaiflood.com/>.
21. ASCH S, LEAKE B, ANDERSON R, GELBERG L. Why Do Symptomatic Patients Delay Obtaining Care for Tuberculosis? Am J Respir Crit Care Med. 1998;157(4):1244-8.
22. Sherman L, Fujiwara P, Cook S, Bazerman L, Frieden T. Patient and health care system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 1999;3(12):1088-95.
23. Golub J, Bur S, Cronin W, Gange S, Baruch N, Comstock G, et al. Patient and health care system delays in pulmonary tuberculosis diagnosis in a low-incidence state. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2005;9(9):992-8.
24. dos Santos MAPS, Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Lucena-Silva NLCL, Braga C, Campelo ARL, et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. BMC Public Health. 2005;5(1):25.

25. Farah M, Rygh J, Steen T, Selmer R, Heldal E, Bjune G. Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway. *BMC Infectious Diseases*. 2006;6(1):33.
26. Yimer S, Bjune G, Alene G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Infectious Diseases*. 2005;5(1):112.
27. Wondimu T, others. Delay in initiating tuberculosis treatment and factors associated among pulmonary tuberculosis patients in East Wollega, Western Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*. 2007;21(2):148–56.
28. A.A. FATIREGUN, C.C. EJECKAM. Determinants of patient delay in seeking treatment among pulmonary tuberculosis cases in a government specialist hospital in Ibadan, Nigeria. *Tanzania Journal of Health Research*. 2010;12(2):113-20.
29. Rojpibulstit M, Kanjanakiritamrong J, Chongsuvivatwong V. Patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in Southern Thailand after health care reform. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2006;10(4):422–8.
30. กัมปนาท ฉายชูวงษ์, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารักษา ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2552;2(1):58-67.
31. C.K. Liam, B. G. Tang. Delay in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in patients attending a university teaching hospital. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1997;1(4):326-32.
32. Long N, Johansson E, Lonnroth K, Eriksson B, Winkvist A, Diwan V. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 1999;3(5):388–93.
33. Moe T. Patient's delay in Tuberculosis center treatment among Myanmar migrants, Samutsakhon Province, Thailand: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University; 2005.
34. Chiang C, Chang C, Chang R, Li C, Huang R. Patient and health system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis in Southern Taiwan. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2005;9(9):1006–12.

35. Godfrey-Faussett P, Kaunda H, Kamanga J, Van Beers S, Van Cleeff M, Kumwenda-Phiri R, et al. Why do patients with a cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health systems research approach. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2002;6(9):796–805.
36. Rajeswari R, Chandrasekaran V, Suhadev M, Sivasubramaniam S, Sudha G, Renu G. Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2002;6(9):789–95.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(สำหรับเจ้าหน้าที่)
รพ. _____ หมายเลข ☐☐
วันตอบแบบสอบถาม ____ / ____ / ____

แบบสอบถาม

งานวิจัยเรื่อง “ความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานี”
“ท่านสามารถที่เลือกไม่ตอบข้อใดก็ได้ หรือจะยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ ตามความสมัครใจของท่าน”
“หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถาม โปรดติดต่อเจ้าหน้าที่”

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

คำชี้แจง: โปรดบันทึกเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ท่านเลือกตอบ หรือ เติมข้อความลงในช่องว่าง

- อายุ (จำนวนเต็มปี): _____ ปี
- เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
- เชื้อชาติ
() 1. ไทย () 2. กัมพูชา
() 3. พม่า () 4. ลาว
() 5. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
- ศาสนา
() 1. พุทธ () 2. อิสลาม
() 3. คริสต์ () 4. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
- อาชีพ ก่อนที่ท่านจะเป็นวัณโรคปอด
() 1. นักเรียน / นักศึกษา () 2. ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ
() 3. พนักงานบริษัทเอกชน () 4. รับจ้างทั่วไป
() 5. เกษตรกร () 6. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() 7. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
- ระดับการศึกษาสูงสุด
() 1. ไม่ได้ศึกษา () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
() 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

7. สถานภาพสมรส ก่อนที่ท่านจะเป็นวันโรคปอด

- () สมรส (อยู่ด้วยกัน) () สมรส (แยกกันอยู่)
 () หย่าร้าง () หม้าย
 () โสด () อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

8. ในระหว่างที่ท่านป่วยเป็นวันโรคปอด ท่านพักอาศัยร่วมกับผู้ใด

- () 1. อาศัยคนเดียว
 () 2. อาศัยอยู่กับเพื่อน
 () 3. อาศัยกับครอบครัวเดียว (มีเฉพาะคู่สมรส และ/หรือ ลูก)
 () 4. อาศัยกับครอบครัวขยาย (มีผู้อาศัยในบ้าน ตั้งแต่ 3 รุ่น ขึ้นไป)
 () 5. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

9. จำนวนสมาชิกที่อาศัยภายในครอบครัวเดียวกันท่าน (รวมตัวท่าน) _____ ราย

ส่วนที่ 2: ข้อมูลเกี่ยวกับรายรับ-รายจ่าย และความเพียงพอ

คำชี้แจง: โปรดบันทึกเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ท่านเลือกตอบ หรือ เติมข้อความลงในช่องว่าง

10. รายรับโดยเฉลี่ยของท่านต่อเดือน ประมาณ _____ บาท
 11. รายรับโดยเฉลี่ยของสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวของท่านต่อเดือน ประมาณ _____ บาท
 12. รายรับของท่านทั้งหมดต่อเดือน มีความเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่
 () เพียงพอ และเหลือเก็บ () เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ
 () ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน () ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน
 13. ค่าใช้จ่ายที่ท่านต้องใช้ในการเดินทางจากที่พักมายังโรงพยาบาลแห่งนี้ในแต่ละครั้ง _____ บาท
 14. ท่านต้องลงงานเพื่อมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้หรือไม่
 () ต้องลงงาน () ไม่ต้องลงงาน
 15. ท่านต้องสูญเสียรายได้เพื่อมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้หรือไม่
 () สูญเสียรายได้ ประมาณ _____ บาท/วัน
 () ไม่สูญเสียรายได้

ส่วนที่ 3: ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทาง และการรักษาพยาบาล

คำชี้แจง: โปรดบันทึกเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ท่านเลือกตอบ หรือ เติมข้อความลงในช่องว่าง

16. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่ในอำเภอใดของจังหวัดปทุมธานี (*โปรดระบุ ตำบล _____)

- () 1. อำเภอเมืองปทุมธานี () 2. อำเภอลาดหลุมแก้ว
 () 3. อำเภอสามโคก () 4. อำเภอธัญบุรี

- () 5. อำเภอคลองหลวง () 6. อำเภอหนองเสือ
() 7. อำเภอลำลูกกา () 8. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
17. ระยะทางจากที่พักของท่านในปัจจุบันมายังโรงพยาบาลแห่งนี้ ประมาณ _____ กิโลเมตร
18. ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่ท่านใช้ในการเดินทางจากที่พักมาโรงพยาบาลแห่งนี้ ประมาณ _____ นาที
19. วิธีการส่วนใหญ่ที่ท่านเดินทางจากที่พักมาโรงพยาบาลแห่งนี้เพื่อทำการตรวจรักษา
- () 1. รถยนต์ส่วนตัว () 2. รถโดยสารสาธารณะ
() 3. มอเตอร์ไซด์ส่วนตัว () 4. รถรับจ้าง / แท็กซี่
() 5. เดินเท้า () 6. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
20. ในความรู้สึกของท่าน การเดินทางมาโรงพยาบาลแห่งนี้ มีความสะดวกหรือไม่
- () 1. สะดวก () 2. ไม่สะดวก
21. สิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน ก่อนที่ท่านจะเป็นวันโรคปอด
- () 1. บัตรทองในเขตปทุมธานี () 2. บัตรทองนอกเขตปทุมธานี
() 3. ประกันสังคม รพ.รัฐบาล () 4. ประกันสังคม รพ.เอกชน
() 5. เบิกได้ราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 6. บัตรประกันสุขภาพต่างด้าว
() 7. ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลใดๆ () 8. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
22. ท่านมีผู้ที่แนะนำให้มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ หรือไม่
- () 1. ไม่มี
() 2. มี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ 1. แพทย์ที่คลินิก ☐ 2. เจ้าหน้าที่ รพ.สต./สถานีนามัย
☐ 3. ครอบครัว ☐ 4. นายจ้าง / หัวหน้างาน
☐ 5. เพื่อนร่วมงาน ☐ 6. ผู้ป่วยวันโรครายเก่า
☐ 7. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
23. ท่านเคยทราบ หรือ รู้จักบริการทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลแห่งนี้ ก่อนที่ท่านจะป่วยหรือไม่
- () 1. ไม่เคยทราบ
() 2. เคยทราบ โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ 1. ปรีกษา / ชักประวัติ ☐ 2. ตรวจร่างกาย
☐ 3. การเก็บเสมหะตรวจวันโรค ☐ 4. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก
☐ 5. รับยารักษาวันโรค ☐ 6. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
24. ท่านเคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับวันโรคปอด ก่อนที่ท่านจะป่วยหรือไม่
- () 1. ไม่เคยทราบ
() 2. เคยทราบ จากบุคคลหรือแหล่งข่าวใด โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ 1. แพทย์ที่คลินิก ☐ 2. ผู้วันโรครายเก่า

- | | |
|--|---|
| ☐ 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | ☐ 4. คนรู้จัก (โปรดระบุ) _____ |
| ☐ 5. โทรศัพท์ | ☐ 6. หนังสือพิมพ์ |
| ☐ 7. อินเทอร์เน็ต | ☐ 8. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____ |

ส่วนที่ 4: ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ

คำชี้แจง: โปรดบันทึกเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ท่านเลือกตอบ หรือ เติมข้อความลงในช่องว่าง

25. ก่อนที่ท่านจะทราบว่าเป็นวันโรคปอด ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| () 1. ดื่มเป็นประจำ | () 2. ดื่มนานๆ ครั้ง |
| () 3. ไม่เคยดื่ม | () 4. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____ |
26. ก่อนที่ท่านจะทราบว่าเป็นวันโรคปอด ท่านสูบบุหรี่ (รวมถึงบุหรี่มวนเอง) หรือไม่
- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| () 1. สูบเป็นประจำ | () 2. สูบนานๆ ครั้ง |
| () 3. ไม่เคยสูบ | () 4. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____ |
27. ก่อนที่ท่านจะทราบว่าเป็นวันโรคปอด ท่านทราบหรือไม่ว่ามีโรคประจำตัว
- | | |
|---|--|
| () 1. ไม่ทราบ | () 2. ทราบ โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) |
| ☐ 1. หอบหืด / ถุงลมโป่งพอง | ☐ 2. เอช ไอ วี / เอดส์ |
| ☐ 3. เบาหวาน | ☐ 4. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____ |
28. ในระหว่างการเจ็บป่วยเป็นวันโรคปอดที่ผ่านมา ท่านมีอาการ “ไอ” หรือไม่
- | | |
|--------------|---|
| () 1. ไม่มี | () 2. มี ระยะเวลาที่ท่านไอ ก่อนมาตรวจโรงพยาบาลแห่งนี้ ประมาณ _____ วัน ✱ |
|--------------|---|
29. ในระหว่างการเจ็บป่วยเป็นวันโรคปอดที่ผ่านมา ท่านมีอาการ “ไข้” หรือไม่
- | | |
|--------------|--|
| () 1. ไม่มี | () 2. มี ระยะเวลาที่ท่านมีไข้ ก่อนมาตรวจโรงพยาบาลแห่งนี้ ประมาณ _____ วัน ✱ |
|--------------|--|
30. ในระหว่างการเจ็บป่วยเป็นวันโรคปอดที่ผ่านมา ท่านมีอาการไอต่อไปหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 6.1 ไอเป็นเลือด () ไม่มี () มี | |
| 6.2 หอบเหนื่อย () ไม่มี () มี | |
| 6.2 เจ็บหน้าอก () ไม่มี () มี | |
| 6.3 น้ำหนักลด () ไม่มี () มี | ลดลงประมาณ _____ กิโลกรัม ใน 1 เดือน |
| 6.4 อ่อนเพลีย () ไม่มี () มี | |
| 6.5 เบื่ออาหาร () ไม่มี () มี | |
| 6.6 อื่นๆ (โปรดระบุ) _____ | |

31. ตั้งแต่ท่านเริ่มมี “อาการไอ และ/หรือ ไข้” ท่านได้ไปตรวจรักษาที่สถานที่แห่งอื่น นอกจากโรงพยาบาลแห่งนี้หรือไม่

() 1. ไม่ได้ไปตรวจรักษาที่อื่น (หากเลือกข้อนี้ข้ามไปตอบแบบสอบถามข้อ 33)

() 2. ได้ไปตรวจรักษาที่อื่น โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) *

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. รพ.มหาวิทยาลัย | โดยได้ไปตรวจรักษาก่อนมาที่ รพ.แห่งนี้ _____ วัน |
| ☐ 2. รพ.รัฐบาลแห่งอื่น | โดยได้ไปตรวจรักษาก่อนมาที่ รพ.แห่งนี้ _____ วัน |
| ☐ 3. รพ.เอกชน | โดยได้ไปตรวจรักษาก่อนมาที่ รพ.แห่งนี้ _____ วัน |
| ☐ 4. รพ.สต./สถานอนามัย | โดยได้ไปตรวจรักษาก่อนมาที่ รพ.แห่งนี้ _____ วัน |
| ☐ 5. คลินิกเอกชน | โดยได้ไปตรวจรักษาก่อนมาที่ รพ.แห่งนี้ _____ วัน |
| ☐ 6. ร้านขายยา | โดยได้ไปตรวจรักษาก่อนมาที่ รพ.แห่งนี้ _____ วัน |
| ☐ 7. หมอพื้นบ้าน | โดยได้ไปตรวจรักษาก่อนมาที่ รพ.แห่งนี้ _____ วัน |
| ☐ 8. อื่นๆ (โปรดระบุ) _____ | |

32. เหตุผลสำคัญเพียงเหตุผลเดียวที่ทำให้ท่านไปรับการตรวจรักษาที่สถานที่ในข้อ 31

- | | |
|----------------------|-----------------|
| () สะดวก รวดเร็ว | () ใกล้ที่พัก |
| () ตามสิทธิการรักษา | () ราคาถูก |
| () ให้ความเชื่อมั่น | () ความคุ้นเคย |
| () บริการดี | () มีผู้แนะนำ |
| () อื่นๆ ระบุ _____ | |

33. เหตุผลสำคัญเพียงเหตุผลเดียวที่ทำให้ท่านมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้

- | | |
|----------------------|-----------------|
| () สะดวก รวดเร็ว | () ใกล้ที่พัก |
| () ตามสิทธิการรักษา | () ราคาถูก |
| () ให้ความเชื่อมั่น | () ความคุ้นเคย |
| () บริการดี | () มีผู้แนะนำ |
| () อื่นๆ ระบุ _____ | |

34. บุคคลที่มากับท่านในการตรวจรักษาการเจ็บป่วย ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน ส่วนใหญ่ คือใคร

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| () มาคนเดียว | () คู่สมรส |
| () พ่อแม่ | () ลูกหลาน |
| () เพื่อน / คนรู้จัก | () อื่นๆ ระบุ _____ |

ส่วนที่ 5: ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะน้ำท่วม ปี พ.ศ.2554

คำชี้แจง: โปรดบันทึกเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ท่านเลือกตอบ หรือ เติมข้อความลงในช่องว่าง

35. ท่านเริ่มมีอาการป่วยด้วยอาการ **ไอ และ/หรือ ไข้** ในช่วงเวลาใดระหว่างเกิดภาวะน้ำท่วม
- () 1. ก่อนภาวะน้ำท่วม
- () 2. ระหว่างภาวะน้ำท่วม
- () 3. หลังภาวะน้ำท่วม
36. ในระหว่างภาวะน้ำท่วมที่ผ่านมา ที่พักของท่านได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมหรือไม่
- () 1. ไม่รับผลกระทบ
- () 2. ได้รับผลกระทบ โปรดระบุความรุนแรง
- ☐ 1. บ้านถูกน้ำท่วมจนไม่สามารถอยู่อาศัยได้
- ☐ 2. บ้านถูกน้ำท่วมบางส่วนแต่ยังพออยู่อาศัยได้
- ☐ 3. บ้านไม่ถูกน้ำท่วม แต่ไม่สามารถเดินทางสัญจรได้ตามปกติ
37. ระหว่างภาวะน้ำท่วมที่ผ่านมา ท่านพักอาศัยอยู่ที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 1. ที่พักปัจจุบัน () 2. อาศัยที่พักรื่นในจังหวัดปทุมธานี
- () 3. อาศัยที่พักรื่นในต่างจังหวัด (โปรดระบุจังหวัด) _____
38. ระหว่างภาวะน้ำท่วมที่ผ่านมา ท่านสามารถรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ได้หรือไม่
- () 1. ได้
- () 2. ไม่ได้ และ ท่านไปรับการตรวจรักษาที่อื่นหรือไม่ โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ 1. ไม่ได้ไปรักษาที่อื่น ☐ 2. หน่วยแพทย์เคลื่อนที่
- ☐ 3. โรงพยาบาลสนาม ☐ 4. โรงพยาบาลรัฐแห่งอื่นในจังหวัด
- ☐ 5. คลินิก ☐ 6. โรงพยาบาลรัฐแห่งอื่นนอกจังหวัด
- ☐ 7. ร้านขายยา ☐ 8. อื่นๆ โปรดระบุ _____

ส่วนที่ 6: การวัดและการประเมิน

ประกอบด้วยการวัดและการประเมินจำนวน 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

ตอนที่ 2. ทักษะคิดต่อวัณโรค

ตอนที่ 3. การรับรู้ของผู้ป่วย

ตอนที่ 4. แรงสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 5. ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาล

ตอนที่ 1: ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และพิจารณาว่าถูก ผิด หรือ ไม่แน่ใจ แล้วจึงบันทึกเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ○ ที่ท่านเลือกตอบ (เพียงข้อเดียวเท่านั้น)

1. วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
2. เชื้อวัณโรคสามารถเกิดโรคกับทุกอวัยวะในร่างกาย	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
3. ปอดเป็นอวัยวะที่พบว่าเป็นวัณโรคได้บ่อยที่สุด	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
4. วัณโรคปอดสามารถติดต่อจากคนสู่คนโดยการสัมผัส	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
5. วัณโรคปอดสามารถติดกันโดยการไอจาม	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
6. อาการของวัณโรคปอดจะมีไข้ ไอ หรือ ไอเป็นเลือด น้ำหนักลด	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
7. อาการที่น่าสงสัยที่สุดของวัณโรคปอด คือ ไอเป็นเลือด	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
8. ถ้ามีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันเกิน 3 สัปดาห์ ควรสงสัยว่าเป็นวัณโรค	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
9. การเก็บเสมหะสามารถให้การวินิจฉัยวัณโรคได้	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
10. ภาพถ่ายรังสีทรวงอกเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยวัณโรคปอด	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
11. วัณโรคส่วนใหญ่สามารถหายได้เอง	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
12. การรักษาวัณโรคส่วนใหญ่ใช้เวลารักษานาน 6 เดือน	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
13. หากไม่รักษาวัณโรคมีโอกาสที่จะเสียชีวิตได้	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
14. การป้องกันการแพร่เชื้อได้ดีที่สุด คือการรักษาวัณโรค	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ
15. การสูบบุหรี่ไม่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมากขึ้น	☐ ถูก ☐ ผิด ☐ ไม่แน่ใจ

ตอนที่ 2: ประเมินทัศนคติต่อวัณโรค

คำชี้แจง : โปรดบันทึกเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	วัณโรคเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ หากรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ			
2	บุคคลทั่วไปสามารถเป็นวัณโรคได้ หากได้รับเชื้อเข้าไปและร่างกายไม่แข็งแรง			
3	การวินิจฉัยวัณโรคไม่ยุ่งยาก สะดวก ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติ			
4	วัณโรคปอดหากรักษาแล้ว ก็สามารถอยู่ ร่วมกับคนอื่นๆ ในสังคมได้ตามปกติ			
5	การรักษาโดยการรับประทานยาวัณโรค ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้ง่าย			
6	วัณโรคเป็นโรคเฉพาะของคนยากจน			
7	วัณโรคเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ จึงไม่ควรอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ ในสังคม			
8	วัณโรคเป็นโรคที่สามารถเกิดร่วมกับโรค เอดส์ ทำให้เป็นที่ยับอายกับสังคม			
9	การวินิจฉัยยุ่งยาก ไม่สะดวก มีหลายขั้นตอน และอาจต้องเจาะเลือด			
10	การรักษาโดยการรับประทานยาวัณโรคยุ่งยาก ซับซ้อน ปฏิบัติตามได้ยาก			

ตอนที่ 3: ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย

คำชี้แจง : โปรดบันทึกเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย
การรับรู้ด้านโอกาสของการเกิดโรค			
1	บุคคลทั่วไปสามารถติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ยังไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องได้		
2	วัณโรคเป็นโรคที่แพร่เชื้อทางเดินหายใจและติดต่อได้ง่าย		
3	ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้ทำการรักษาสามารถแพร่เชื้อให้กับผู้ใกล้ชิดได้		
การรับรู้ด้านความรุนแรงของโรค			
4	ผู้ป่วยวัณโรคต้องเสียเวลาการทำงานและเสียรายได้เพราะการเจ็บป่วย		
5	วัณโรคเป็นโรคที่ทำให้เสียชีวิตได้		
6	วัณโรคเป็นโรคติดต่อทำให้เป็นที่รังเกียจแก่คนอื่นๆในสังคม		
7	เมื่อเป็นวัณโรคแล้ว อาจทำให้ถูกเลิกจ้าง		
การรับรู้ด้านประโยชน์ของการรักษา			
8	การรักษาวัณโรคด้วยยาจะไม่รบกวนเวลาในการปฏิบัติงานของผู้ป่วย		
9	การรักษาวัณโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะทำให้วัณโรคหายได้รวดเร็วขึ้น		
10	การรักษาด้วยยาที่ทันเวลาจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากวัณโรคได้		
11	การรักษาวัณโรคที่ล่าช้าทำให้เชื้อแพร่กระจายไปยังคนอื่นได้มากขึ้น		
12	การรักษาวัณโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะทำให้วัณโรคหายได้รวดเร็วขึ้น		

13. เหตุผลสำคัญเพียงข้อเดียวต่อไปนี้ที่ทำให้ท่าน มารับการรักษาการเจ็บป่วยในครั้งนี้

- | | |
|----------------------------------|---|
| () 1. กลัวเสียชีวิต | () 2. มีอาการรุนแรง มากขึ้น |
| () 3. ต้องการหายจากอาการป่วย | () 4. มีคนแนะนำให้มาตรวจ ระบุ _____ |
| () 5. คิดว่าเป็นวัณโรค | () 6. อื่น โปรดระบุ _____ |

ตอนที่ 4. แรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : โปรดบันทึกเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง

ข้อที่	ข้อความ	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
1	ฉันมีคนที่จะช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับฉัน			
2	ฉันได้รับการและความเอื้ออาทร			
3	เวลาฉันมีปัญหาไม่ว่าเรื่องงานหรือครอบครัว ฉันมีคนที่จะพูดคุยด้วยได้			
4	ฉันมีคนที่ฉันไว้วางใจที่จะปรึกษาเรื่องส่วนตัวได้			
5	ฉันมีคนที่จะช่วยฉันได้ หากฉันมีปัญหาด้านการเงิน			
6	ฉันมักจะได้รับการเชิญชวนให้ร่วมงานสังคม			
7	ฉันมีคนคอยให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต			
8	ฉันมีคนคอยช่วยเหลือฉันเวลาเจ็บป่วย หรือเวลาฉันต้องการความช่วยเหลือ			

ตอนที่ 5. ความพึงพอใจต่อโรงพยาบาล

คำชี้แจง : โปรดบันทึกเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง

ข้อที่	ข้อความ	พอใจ มาก (5)	พอใจ (4)	พอใจน้อย จนเกือบจะ ไม่พอใจ (3)	ไม่ พอใจ (2)	ไม่ พอใจ มาก (1)
1. ความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ						
1.1	การติดประกาศ หรือ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการ					
1.2	ลำดับขั้นตอนการให้บริการ เช่น ความคล่องตัว					
1.3	การให้บริการตามลำดับก่อนหลัง เช่น ผู้ที่มาก่อนได้รับการบริการก่อน					
1.4	ระยะเวลาในการรอรับบริการ					
1.5	ความรวดเร็วในการให้บริการ					
1.6	ความครบถ้วน ถูกต้อง ของการให้บริการ					

ข้อที่	ข้อความ	พอใจ มาก (5)	พอใจ (4)	พอใจน้อย จนเกือบจะ ไม่พอใจ (3)	ไม่ พอใจ (2)	ไม่ พอใจ มาก (1)
2. ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ						
2.1	ความรู้ ความสามารถ					
2.2	ความเต็มใจ และความพร้อมในการให้บริการอย่างสุภาพ					
2.3	ความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ไม่ขอสิ่งตอบแทน ไม่รับสินบน ไม่หาประโยชน์ในทางมิชอบ					
2.4	ความเหมาะสมในการแต่งกาย บุคลิก ลักษณะท่าทางของผู้ให้บริการ					
2.5	การให้บริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ มีความเสมอภาค					
3. ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก						
3.1	ป้าย / สัญลักษณ์ / ประชาสัมพันธ์ บอกจุดบริการ					
3.2	ความเพียงพอของจุด / ช่องการให้บริการ					
3.3	ความเพียงพอของอุปกรณ์สำหรับผู้รับบริการ เช่น เครื่องถ่ายเอกสาร เป็นต้น					
3.4	การเปิดรับฟังข้อคิดเห็นต่อการให้บริการ เช่น กล่องรับความคิดเห็น แบบสอบถาม เป็นต้น					
3.5	ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น โทรศัพท์สาธารณะ ห้องสุขา น้ำดื่ม ที่นั่งคอยรับบริการ เป็นต้น					
3.6	ความสะอาดของสถานที่ให้บริการในภาพรวม					
4. ความพึงพอใจต่อผลของการให้บริการ						
4.1	ได้รับการที่ตรงตามความต้องการ					
4.2	ได้รับการที่คุ้มค่า คุ้มประโยชน์					
4.3	ผลการบริการโดยรวม					

*** ขอขอบคุณที่ท่านเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ***

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

รพ. _____ หมายเลข

วันตอบแบบสอบถาม ____ / ____ / ____

แบบบันทึกสำหรับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค

*** ข้อมูลจากเวชระเบียน ***

งานวิจัยเรื่อง “ความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานี”

ประเภทวัณโรคปอดของผู้ป่วย () เสมหะพบเชื้อ () เสมหะไม่พบเชื้อ

ผลการตรวจเสมหะ ครั้งที่ 1 () บวก () ลบ ครั้งที่ 2 () บวก () ลบ ครั้งที่ 3 () บวก () ลบ

ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก () ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคปอด (เปรอะ / เป็นโพรง)

() ปกติ () อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

กิจกรรมของผู้ป่วย	วัน / เดือน / ปี (พ.ศ.)	ผู้ทำการตรวจรักษา
1. มารับการตรวจครั้งแรก ที่โรงพยาบาลของท่าน	 / /	() อายุรแพทย์ () แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น () แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป () พยาบาลวิชาชีพ () อื่นๆ ระบุ
2. ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก	 / /	
3. เก็บเสมหะครั้งที่ 1	 / /	
4. เก็บเสมหะครั้งที่ 1	 / /	
5. เก็บเสมหะครั้งที่ 1	 / /	
6. วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด	 / /	() อายุรแพทย์ () แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น () แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
7. รับยารักษาวัณโรคครั้งแรก	 / /	

*** โปรดเก็บรวบรวมไว้กับแบบสอบถามของผู้ป่วย ***

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ชื่อโครงการวิจัย “ความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานี”

2. สถานที่ทำการวิจัย

โรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลธัญบุรี โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โรงพยาบาลสามโคก โรงพยาบาลหนองเสือ โรงพยาบาลลำลูกกา และโรงพยาบาลคลองหลวง

3. นักศึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และที่อยู่ติดต่อได้

นายสฤณีเดช เจริญไชย โรงพยาบาลธัญบุรี 140 ตำบลรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
รศ.ดร.ชนินทร์ เจริญกุล ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. บทนำและเหตุผลในการศึกษาวิจัยของโครงการวิจัยนี้

วัณโรคยังเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน เนื่องจากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าผู้ป่วยยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยประเทศไทย ถูกจัดเป็น 1 ใน 22 ประเทศ ที่ยังมีปัญหาวัณโรครุนแรง โดยในจังหวัดปทุมธานี ปี 2553 มีผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 214 ราย มีผู้เสียชีวิต 1 ราย และ พบว่ายังมีปัญหาจากการที่ผู้ป่วยวัณโรคป่วยแล้ว ไม่ได้ไปรักษาภายในเวลาที่เหมาะสม ทำให้เกิดการติดเชื้อไปยังผู้ที่ใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้จังหวัดปทุมธานี ยังมีความเป็นเมือง มีประชากรจำนวนมาก มีประชากรแฝง และแรงงานต่างด้าวอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสดูสูงที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคมามากขึ้น

จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดปทุมธานี มีความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด ของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานี หรือไม่ ซึ่งเป็นที่มาของการวิจัยครั้งนี้

5. วัตถุประสงค์หลักของโครงการ

เพื่อประเมินความล่าช้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ป่วยวัณโรคปอด และความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลรัฐทั้ง 8 แห่งในจังหวัดปทุมธานี

6. เหตุผลที่เชิญชวนให้ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

เนื่องจากท่านจะมีส่วนอย่างมากที่จะให้ข้อมูลเพื่อทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพในการป้องกันควบคุมวัณโรคปอด ในจังหวัดปทุมธานี จึงขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

7. กิจกรรมการวิจัยที่จะเกี่ยวข้องกับท่าน เมื่อท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จะมีดังต่อไปนี้

- 7.1 ในการเก็บข้อมูลจะทำโดยผู้วิจัย คือ นักศึกษาศาสนาสุขศาสตร์มหาบัณฑิต หรือ ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นทีมงาน โดยท่านจะได้รับคำแนะนำถึงความสำคัญของการสำรวจ วิธีการตอบแบบสอบถามตลอดจนการทำความเข้าใจกับแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลก่อนการไปเก็บข้อมูล เมื่อท่านมีข้อคำถามที่ไม่เข้าใจหรือมีปัญหาขณะเก็บข้อมูล ทีมงานสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
- 7.2 ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยหรือทีมงาน จะแจ้งเรื่องพิทักษ์สิทธิ์อย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถามให้ชัดเจน และดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่คาดคั้นหรือบังคับให้ท่านตอบแบบสอบถาม และท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการไม่ตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา

8. ระยะเวลาที่ท่านจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมของโครงการวิจัยนี้

ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อท่าน และต่อผู้อื่น

1. ประโยชน์ต่อท่าน ท่านจะได้รับความรู้ ความเข้าใจ และรับทราบความสำคัญและ ข้อบ่งชี้ของการที่จะมารับบริการทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับอาการของโรคที่เป็น ตลอดจนสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยอื่นที่มีอาการคล้ายวัณโรคปอดในชุมชนที่ท่านอาศัยมารับบริการในการตรวจรักษาได้รวดเร็วมากขึ้น โดยท่านจะได้รับความรู้ดังกล่าวหลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว

2. ประโยชน์ต่อผู้อื่น: ได้แนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการป้องกันควบคุมและดูแลรักษาวัณโรคปอดของจังหวัดปทุมธานี และพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ประกอบด้วย

3.1 ได้ทราบเครือข่ายทางด้านผู้ให้บริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของจังหวัดปทุมธานีในอนาคตต่อไป

3.2 ได้รับทราบถึงผู้ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชน และกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความล่าช้าในการมารับบริการ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดปทุมธานี

3.3 ได้พัฒนาระบบบริการของการตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อ ให้สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีคุณภาพและมีความพึงพอใจต่อบริการมากขึ้น

10. ความเสี่ยง หรือ ความไม่สบายใจ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับท่าน และ มาตรการหรือวิธีการในการป้องกัน หรือลดความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ล่วงหน้าแล้ว ดังนั้นจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ ต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นกับท่าน แต่อาจเกิดความไม่สบายใจ ความไม่พอใจได้ ในกรณีที่จะต้องตอบคำถามที่อาจเป็นความลับ หรือ เป็นคำถามส่วนบุคคลของท่าน โดยก่อนที่จะตอบคำถามจากแบบสอบถาม ท่านจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์และเนื้อหา รวมถึงข้อคำถามจนกระทั่งมีความเข้าใจและเป็นที่ยอมรับ การให้คำแนะนำการตอบแบบสอบถาม จะทำโดยทีมงานที่ได้รับการแนะนำ ด้วยวาจาที่สุภาพ

อย่างไรก็ตามท่านอาจเกิดความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจที่จะตอบข้อคำถามในบางข้อ ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงให้เข้าใจว่าหากไม่สะดวกใจที่จะตอบข้อคำถามนั้นก็สมารถกระทำได้นอกจากนี้ หากการตอบแบบสอบถามทำให้เกิดความรำคาญ ไม่สบายใจมาก ท่านก็สามารถหยุดหรือบอกเลิกได้ตลอดเวลา

11. การดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ของท่าน

ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลของท่านที่ไว้เป็นความลับสูงสุด โดยจะไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงได้และจะเปิดเผยเฉพาะแบบในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย โดยไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้ และเมื่อนำข้อมูลเข้าสู่สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และตรวจสอบจนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จะทำลายแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมาได้ทั้งหมดโดยใช้เครื่องทำลายเอกสาร

12. สิทธิการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ท่านมีสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ทั้งนี้จะไม่กระทบต่อสิทธิในการรักษาที่ท่านพึงได้รับ ตลอดจนผลต่อการรักษา การให้คำแนะนำ และการดูแลต่อจากนี้เมื่อมารับบริการที่คลินิกวันโรค หรือ โรงพยาบาล

**13. กรณีที่มีเหตุจำเป็น หรือฉุกเฉิน ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยสามารถติดต่อผู้รับผิดชอบโครงการ
ได้โดยสะดวกที่**

ชื่อ นายสฤณีเดช เจริญไชย

ที่อยู่ (ในเวลาราชการ)

โรงพยาบาลชัยบุรี 140 ตำบลรังสิต อำเภอชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี โทรศัพท์ 02-577-2600

ที่อยู่ (นอกเวลาราชการ)

61/23 หมู่ 2 ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โทรศัพท์ 02-581-2285, 087-979-1785

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ อาคารสาธารณสุขวิศิษฐ์ ชั้น 4
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0-2354-8543-9 ต่อ 1127, 7404 โทรสาร 0-
2640-9854

ภาคผนวก ค

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่	MUPH 2012-016
ชื่อโครงการ :	ความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาโรคไตของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดปทุมธานี
รหัสโครงการ :	210/2554
ชื่อหัวหน้าโครงการ :	นายสุฤษดิ์เดช เจริญไชย
หน่วยงานที่สังกัด :	หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เอกสารที่รับรอง :	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย 4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม
วันที่รับรอง :	31 มกราคม 2555
วันที่หมดอายุ :	30 มกราคม 2556

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเจตจำนงจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม *กัม ณี*

(รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม *KK*

(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



Certificate of Approval
Ethical Review Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

COA. No. MUPH 2012-016

Protocol Title : DELAYED IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS,
GOVERNMENT HOSPITAL IN PATHUMTHANI PROVINCE

Protocol No. : 210/2554

Principal Investigator : Mr. Sariddet Charoenchai

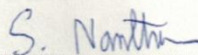
Affiliation : Master of Public Health
Faculty of Public Health, Mahidol University

Approval Includes : 1. Project proposal
2. Information sheet
3. Informed consent form
4. Data collection form/Program or Activity plan

Date of Approval : 31 January 2012

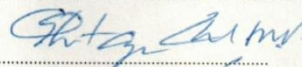
Date of Expiration : 30 January 2013

The aforementioned project have been reviewed and approved according to the Declaration of Helsinki by Ethical Review Committee for Human Research, Faculty of Public Health, Mahidol University.



(Assoc. Prof. Sutham Nanthamongkolchai)

Chairman of Ethical Review Committee for Human Research



(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นายสฤกษ์เดช เจริญไชย

วัน เดือน ปีเกิด

29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2526

สถานที่เกิด

กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2544 – พ.ศ.2550
แพทยศาสตรบัณฑิต

ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย/รางวัลที่ได้

ไม่มี

การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

ไม่มี

ที่อยู่ปัจจุบัน

61/23 หมู่ 2 ต.บ้านฉาง อ.เมือง

จ.ปทุมธานี 12000

โทรศัพท์ 0-2581-2285

โทรศัพท์(มือถือ) 08-7979-1785

E-mail: sariddet_c@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลเขาสุมิ จังหวัดจันทบุรี

โทรศัพท์ 0-3943-1974

E-mail: sariddet_c@hotmail.com