

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดนาบีละห์ สาแม^{*}, พงศศิษฐ์ เฟิงมาก^{**}, อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ^{***}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยด้วยวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่นับถือศาสนาอิสลาม ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนราธิวาส ในช่วงเดือน มกราคม-ธันวาคม 2559 จำนวน 196 ราย การเกิดวัณโรค ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่เป็นวัณโรคแล้ว (รายใหม่และรายที่กลับเป็นซ้ำ) โดยทำการเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จับฉลากการสุ่มแบบไม่ใส่คืน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ แบบบันทึกการรักษาวัณโรค (TB01) ของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ขั้นต้น โดยใช้สถิติ Chi-square

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดปัจจัยสามทางระบาควิทยาามาปรับใช้ โดยผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์การเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรค ประกอบด้วย สถานภาพสมรส ($p=.042$), โรคประจำตัว ($p=.017$), และระดับการศึกษา ($p=.026$) โดยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<.05$) ส่วนเพศ อายุ อาชีพ ประวัติการรับการรักษาวัณโรค และการสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่อย่างใด ในปัจจัยด้านสิ่งก่อให้เกิตที่มีความสัมพันธ์การเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรค ประกอบด้วย ประวัติการแพ้ยา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=.023$) ส่วนประวัติการได้รับ BCG พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค มุสลิม วัณโรคปอด

^{*} นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

^{**} รศ.ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

^{***} รศ., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

RESEARCH

Factors Associated with the Occurrence Disease in Muslim Patients with Pulmonary Tuberculosis.

Nabeelah Samae^{}, Pajongsil Perngmark^{**}, Usanee Petchruschatachart^{***}*

Abstract

This research is retrospective descriptive study design aimed to describe factors associated with the occurrence of tuberculosis disease (TB) in Muslim patients. The sample was a secondary dataset of TB records among Muslim patients registered at community hospitals in Narathiwat province. Simple random sampling without replacement during the period of January–December 2016 yielded 196 TB Muslim patients. Patients were divided into 2 groups: new vs. recurrent TB. The dataset consisted of the TB record (TB01) according to the Ministry of Public Health form. Content validity of all measurements was examined by 3 experts; data were then analysed using descriptive statistic and Chi-square test.

By using the epidemiological triad concept, the findings revealed that factors associated with the occurrence of TB among Muslims patients were as follows: Host factors: marital status ($p=.042$), history of having previous disease ($p=.017$), and educational level ($p=.026$) were found statistically significant at $p<.05$; while sex, age, occupational, history of TB treatment, and smoking consumption were not statistically significant ($p>.05$). Agent Factors: history of drug allergy was found statistically significant ($p=.023$), while BCG vaccination history was not statistically associated ($p>.05$). Environmental factors: Neither the residential area, history of TB exposure, the ease of travel (to TB clinics) nor the number of bedroom windows were found statistical significant ($p>.05$).

Keywords: Factors Associated with the Occurrence Disease, Muslims, Pulmonary Tuberculosis

^{*} Student of Master of Nursing Science Community Nurse Practitioner, Prince of Songkhla University.

^{**} Associate Professor Dr.P.H., Faculty of Nursing Practitioner, Prince of Songkhla University.

^{***} Associate Professor Dr.P.H., Faculty of Nursing Practitioner, Prince of Songkhla University.

บทนำ

โรคฉี่หนูเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีอัตราการป่วยและอัตราการตายเพิ่มขึ้น ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคฉี่หนูมากขึ้น เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเล็ปโตสไปรillum ความยากจน การอพยพย้ายถิ่นและแรงงานเคลื่อนย้าย ตลอดจนการละเลยปัญหาโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ส่งผลให้การแพร่ระบาดของโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคปี พ.ศ. 2558 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคฉี่หนูในผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 10.4 ล้านคน เป็นกลุ่มเพศชายจำนวน 5.9 ล้านคน กลุ่มเพศหญิงจำนวน 3.5 ล้านคน กลุ่มเด็กจำนวน 1.0 ล้านคน และกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเล็ปโตสไปรillumจำนวน 1.2 ล้านคนของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด และยังพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคประมาณ 1.4 ล้านคน และเพิ่มขึ้น 0.4 ล้านคนในผู้ป่วยโรคที่ติดเชื้อเล็ปโตสไปรillum (World Health Organization [WHO], 2016) โดยเฉพาะทั่วโลกในประเทศแถบมุสลิมพบว่า มีประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศมุสลิมมีการเจ็บป่วยด้วยโรคฉี่หนูมากกว่า 2.7 ล้านคน ที่ป่วยเป็นโรคฉี่หนูในแต่ละปี และประมาณเกือบ 600,000 คนที่เสียชีวิตด้วยโรคฉี่หนู ประเทศมุสลิมที่พบจำนวนผู้ป่วยโรคฉี่หนูมากที่สุด คือ อัฟกานิสถาน ปากีสถาน ไนจีเรีย อินโดนีเซีย และบังกลาเทศ ซึ่งประเทศเหล่านี้เป็นหนึ่งใน 22 ประเทศ ที่องค์การอนามัยโลกได้จัดว่ามีภาวะโรคฉี่หนูมากที่สุด (Global Health and Diplomacy [GHD], 2017) สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาในโลกมุสลิม โรคฉี่หนูเป็นภาวะวิกฤติที่มีผลจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะต่อการเจริญเติบโตในปัจจัยด้านมนุษย์ มักพบในกลุ่มที่ยากจน แต่ในขณะเดียวกันก็ส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีรายได้สูงด้วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคฉี่หนูต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานเป็นเวลาหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน ทำให้ต้องหยุดงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดรายได้เข้าสู่ครอบครัว ทำให้ครอบครัวเผชิญกับภาวะวิกฤติทางการเงิน

สำหรับประเทศไทย ได้จัดอยู่ในอันดับที่ 18 ของ 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคฉี่หนูมากที่สุด (สำนักระบาด, 2558) ข้อมูลที่สำนักระบาดโรคกรมควบคุมโรคได้รับรายงานพบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 120,000 ราย หรือ 171 ต่อแสนประชากรต่อปี ปี 2558 มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาตามแนวทางการควบคุมโรคของประเทศ 62,154 ราย ในขณะที่ผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคฉี่หนูพบใหม่ทุกประเภทยังต่ำกว่าเป้าหมายที่จะนำไปสู่การลดโรคฉี่หนูที่ร้อยละ 90 (สำนักระบาดวิทยา, 2558, WHO, 2016) นอกจากนี้ประมาณร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยโรคฉี่หนูปอดเสมหะพบเชื้อ สัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีประมาณร้อยละ 1-2 ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทุกประเภทมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ประมาณร้อยละ 15 การเฝ้าระวังการดื้อยาในผู้ป่วยรายใหม่มีเชื้อโรคฉี่หนูคือยารักษาโรคฉี่หนูชนิดหนึ่ง ร้อยละ 15.7 และมีการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษามาก่อน ร้อยละ 1.65 แต่ในกลุ่มประชากรพิเศษ ได้แก่ผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่อยู่ในเรือนจำ โรงพยาบาลในเขตเมืองใหญ่แนวชายแดน และพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์สูง พบอัตราการดื้อยาหลายขนานที่ไม่เคยรักษามาก่อนร้อยละ 5-7 (สำนักระบาด, 2556) นอกจากนี้ปัญหาการป่วยโรคฉี่หนูรวมกับการติดเชื้อเอชไอวี ยังส่งผลกระทบต่อชีวิตที่สัมพันธ์กับอัตราการตายร้อยละ 14 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี

จากสถานการณ์โรคฉี่หนูภาคใต้พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคฉี่หนูรายใหม่เสมหะพบเชื้อด้วยโรคฉี่หนูในระบบรายงานของภาคใต้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักระบาด, 2557) จังหวัดนราธิวาสเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 89.05 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559) และมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานผลการดำเนินงานของสาธารณสุขจังหวัด

นราธิวาส พบว่าปี 2555-2559 มีผู้ป่วยวัณโรครวมทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนการรักษาปีละกว่า 600 ราย กล่าวคือตั้งแต่ มีจำนวนผู้ป่วย 665, 569, 534, 626 และ 667 รายตามลำดับ อัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคยังสูงกว่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 6.50, 7.78, 6.7, 5.70 และ 5.97 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559) การควบคุมโรควัณโรคของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขให้ปฏิบัติตามเป้าหมาย คือ เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีอยู่ในชุมชน ผลการรักษาสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งผลการควบคุมโรควัณโรคในจังหวัดนราธิวาสตั้งแต่ปี 2555-2557 พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 83.02 82.43 และ 89.20 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559) ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เนื่องจากสาเหตุจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวและโรคแทรกซ้อน เป็นผู้สูงอายุ และเป็นผู้ป่วยที่มีเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยและไม่ยอมรับการรักษา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559)

โรควัณโรคเกิดขึ้นได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ร้อยละ 80 มักพบที่ปอดซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ ทางติดต่อที่สำคัญของวัณโรคคือ ทางหายใจ โดยผู้ติดเชื้อจะหายใจเอาละอองเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคปนอยู่ที่ย่อยอยู่ในอากาศเข้าไป เมื่อได้รับเชื้อแล้วผู้ป่วยมีอาการแสดง ได้แก่ ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย ไข้ต่ำๆ ซึ่งมักเป็นตอนบ่าย เหงื่อออกตอนกลางคืนหลังใช้ลด เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ (อะเคือ, 2556, นาฎพูนและมนะพล, 2556, จามรี, 2554) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรควัณโรคขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของปริมาณเชื้อที่ได้รับ อายุในขณะที่ได้รับเชื้อ ภาวะโภชนาการและความยากจน และการติดเชื้อหรือการได้รับสารหรือยาบางชนิดที่กดภูมิคุ้มกัน (จามรี, 2554) รวมไปถึงระยะเวลาและการใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (สำนักวัณโรค, 2556) อีกทั้งหากมีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคจะส่งผลต่อการป่วยเป็นวัณโรค ระบบบริการ และสิ่งแวดล้อมด้วย (สำนักวัณโรค, 2556) ในผู้ป่วยวัณโรคที่มีการดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistance: MDR-TB) หรือผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ หรือขาดยา จะมีผลต่อระยะเวลาในการรักษาที่นานขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การหยุดงาน การปรับเปลี่ยนงาน มีข้อจำกัดด้านความสามารถ ทำให้ต้องให้การดูแลรักษาเพิ่มเติม และเกิดภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวัณโรคที่ดื้อยา (การิมาน, 2554) จากปัญหาดังกล่าวพบว่า การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดำเนินการควบคุมไม่มีประสิทธิภาพ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ทำให้อัตราการขาดหายสูง (ปราชญ์, 2551, จิรัชยา, 2550) จึงชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบทางด้านการเกิดโรคเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น หากไม่มีการสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหา ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย และส่งผลต่อการดื้อยาหลายขนานได้ อีกทั้งทำให้การรักษาให้พ้นหายจากการเจ็บป่วยต้องใช้ระยะเวลานานมากขึ้น

ประชากรมุสลิมมีวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากศาสนาอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการปฏิบัติศาสนกิจ ความเชื่อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงข้อจำกัดด้านการออกกำลังกาย ส่งผลทำให้การออกกำลังกายน้อยลง และการจัดการความเครียดที่คล้อยตามหลักศาสนา โดยมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยและการหายป่วยเกิดจากพระเจ้า (อิสมาอีลลุดดี, 2555) ซึ่งทุกการเจ็บป่วยย่อมมีอารักขา และการรักษานั้นต้องไม่ขัดกับหลักการศาสนา (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) แต่การรักษาบางอย่างทำให้ไม่สะดวกต่อการปฏิบัติศาสนกิจ ผู้ป่วยบางส่วนจึงปฏิเสธการรักษา (มาหามะและคณะ, 2552) จากผลการสำรวจสภาพสังคมพบว่า มุสลิมภาคใต้ส่วนใหญ่มักตั้งบ้านเรือนอยู่เป็นกลุ่มในหมู่บ้าน ประกอบอาชีพด้วยกันในชุมชนเดียวกัน มีการประกอบพิธีกรรมร่วมกันเป็นสังคมเป็นกลุ่ม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559) ในส่วนพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างจากมุสลิมภูมิภาคอื่นๆ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอาจมีความแตกต่างตามวัฒนธรรมท้องถิ่นและบริบทพื้นที่ เช่น การ

รับประทานอาหารของมุสลิมภาคใต้ที่เน้นอาหารรสจัด และอาหารส่วนใหญ่มีส่วนผสมของกะทิ การอยู่รวมกันเป็นกลุ่มสังคม ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา รวมกันเป็นกลุ่ม เช่น การละหมาดวันพฤหัสบดี นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่ามุสลิมภูมิภาคอื่นๆ (มาหามะและคณะ, 2552) จากพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรควัณโรคและการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ง่าย ส่งผลให้การระบาดของโรครุนแรงและรวดเร็วขึ้นในกลุ่มชาวไทยมุสลิม

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรควัณโรคครั้งนี้ได้นำเอาแนวคิดระบาดวิทยา (Epidemiology) เป็นกรอบแนวคิดการศึกษา ซึ่งโรคหรือปัญหาทางด้านสุขภาพเกิดจากการเสียสมดุลของตัวกำหนดโรค แบ่งปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Host) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งก่อโรค (Agent) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) เรียกความสัมพันธ์ของทั้ง 3 ปัจจัยนี้ว่า ปัจจัยสามทางระบาด (Epidemiologic triad) (ค่านวณ, 2559) ในภาวะปกติไม่มีโรค ปัจจัยทั้งสามจะมีความสมดุลกัน แต่ในภาวะผิดปกติจะเกิดความไม่สมดุลกันระหว่างปัจจัยทั้งสาม อาจเนื่องจากสิ่งทำให้เกิดโรคเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง หรือตัวมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ทำให้เกิดโรคขึ้นและมีการระบาดเกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยด้านมนุษย์มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่จะพบความเสี่ยงการเกิดวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ 2.31 เท่า (Lin HH., Ezzati M., Chang HY., Muway M., 2009) อีกทั้งการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค การติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยด้านสิ่งก่อโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรค

(Lienhard C., Fielding K., Sillah JS., Manneh K., 2009) รวมถึงการอาศัยในบริเวณที่อยู่แออัดเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค (Coker R., Mckee M., Atun R., Dimitrova E., Kuzmetsov S., 2006) จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า การเกิดโรควัณโรคดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อปัจจัยทั้งสามทางระบาด ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการรักษาวัณโรค คือการรักษาหายขาด เข้าสู่การฟื้นฟูซึ่งเป็นกระบวนการทำงานของร่างกายกลับสู่สภาพปกติหลังเจ็บป่วย ให้ร่างกายทำงานอย่างปกติอยู่ระดับเดียวกันเหมือนก่อนการเจ็บป่วย

ในฐานะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษานำร่องเพื่อดูว่ามีปัจจัยใดบ้างที่อาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเกิดโรควัณโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด การศึกษาครั้งนี้จะเป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ เนื่องจากมีการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้แล้วในขั้นตอนตามแบบบันทึกการรักษา (TB01) ที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรค ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแบบฟอร์มตามมาตรฐาน เพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทุกด้าน ซึ่งจะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดการดื้อยา ส่งผลต่อการฟื้นฟูได้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษานำร่องปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยด้วยวัณโรคปอด โดยใช้ข้อมูลตามแบบบันทึกการรักษาวัณโรค (TB01) ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

คำถำมการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยด้วยวัณโรคปอด

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดระบาดวิทยา (Epidemiology) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งการเกิดโรคเป็นความเจ็บป่วยอันเกิดจากสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต กระทำต่อร่างกายมนุษย์ แล้วเกิดวามผิดปกติขึ้นในร่างกายแสดงออกมาเป็นอาการ การเกิดโรคสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยที่เข้ามามีอิทธิพลเกี่ยวข้องกันอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยปัจจัยด้านมนุษย์ (Host) ปัจจัยด้านสิ่งก่อให้เกิตรโรค (Agent) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยเรียกปัจจัยทั้งสามนี้ว่า ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา (Epidemiologic triad) (คานวณ, 2559) ในภาวะปกติไม่มีโรค ปัจจัยทั้งสามจะมีความสมดุลกัน ในภาวะผิดปกติจะเกิดความไม่สมดุลกันระหว่างปัจจัยทั้งสาม อาจเนื่องจากสิ่งทำให้เกิดโรคเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง หรือตัวมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ทำให้เกิดโรคขึ้นหรือมีการระบาดของโรคเกิดขึ้นได้ และอีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยได้ด้วย ดังนี้

1. แนวคิดระบาดกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

1.1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Host) เป็นตัวกำหนดว่าบางคนป่วย บางคนไม่ป่วย ปัจจัยดังกล่าวในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว สถานภาพ ระดับการศึกษา และประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อน

1.2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งก่อให้เกิตรโรค (Agent) เชื้อโรคแต่ละชนิดก็ทำให้เกิดการป่วยที่แตกต่างกันไป รุนแรงต่างกัน สิ่งทำให้เกิดโรคไม่ได้หมายถึงเชื้อโรคเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงสารเคมีต่าง ๆ ที่ทำอันตรายต่อสุขภาพ กัมมันตภาพรังสีที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย พลังงานต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิตรโรคบาดเจ็บ สารเสพติดต่าง ๆ และยารักษาโรค (ฤทัยพรและผวจศิลป์, 2550, คานวณ, ปฐม, วิทยา, และชูลิพร, 2559) ปัจจัยดังกล่าวในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ ประวัติการได้รับ BCG และประวัติการแพ้ยา

1.3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) หากสิ่งแวดล้อมมีผลต่อมนุษย์ก็จะทำให้มีสุขภาพดี หากสิ่งแวดล้อมมีผลต่อเชื้อโรค ก็จะส่งเสริมให้มีภัยคุกคามสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ (คานวณ, 2559) นอกจากสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติหรือกายภาพแล้ว ระบบเศรษฐกิจสังคม และการเมืองยังเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมมนุษย์ หากไม่แก้ไขก็ไม่อาจควบคุมการแพร่ระบาดได้ (คานวณและคณะ, 2559) ปัจจัยดังกล่าวในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา และจำนวนหน้าต่างห้องนอน

นิยามศัพท์

การเกิดโรควัณโรค หมายถึง การเกิดโรควัณโรคในเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมุสลิม โดยจำแนกตามผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในแบบบันทึก TB01 (สำนักวัณโรค, 2556) คือ รายใหม่ กลับเป็นซ้ำ รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว รับโอน และอื่น ๆ ในการศึกษาจะจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมรายใหม่ และกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่กลับเป็นซ้ำ

กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และเป็นกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่เคยได้รับยาต้านวัณโรคมาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติมาก่อน (สำนักวัณโรค, 2556)

กลุ่มผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ/อื่นๆ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่เคยรักษาวัณโรคและได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้ว หรือรักษาครบแล้วแต่กลับมาเป็นวัณโรคอีก เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาซ้ำหลังจากล้มเหลว โดยรักษาด้วยสูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ แต่ผลเสมหะเดือนที่ 5 เป็นพบเชื้อ และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่กลับมารักษาอีกหลังจากขาดการรักษาไป 2 เดือนติดต่อกันหรือมากกว่า (สำนักวัณโรค, 2556)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย (Retrospective descriptive study design) โดยดูช่วงเวลาการเกิดโรค ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (TB01) ทำการศึกษาโดยใช้วิธีทางระบาดวิทยา ใช้รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนช่วงเวลาเดือนมกราคม-มิถุนายน 2559 ในกลุ่มผู้ป่วยไทยมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนการรักษาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนราธิวาส

ความสำคัญของงานวิจัย

1. ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจปัจจัยที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรควัณโรคในผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถนำไปกำหนดแผนกลยุทธ์ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคมุสลิม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคและสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ ข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่นับถือศาสนาอิสลาม มีการขึ้นทะเบียนจากโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนราธิวาส โดยศึกษาข้อมูลในช่วงระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ความตรงของเครื่องมือ

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือแบบบันทึกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ผู้วิจัยควบคุมความตรงของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน 3 ท่าน คือ อายุรแพทย์ประจำคลินิกวัณโรค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำคลินิกวัณโรคที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเฉพาะ และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา ความเข้าใจ และความชัดเจนของแบบบันทึก ความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของการใช้งาน ซึ่งเครื่องมือมีค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ 1 โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า

เครื่องมือแบบบันทึกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด มีความสอดคล้อง ถูกต้อง และชัดเจน และมีข้อเสนอแนะว่า แบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TBO1) มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา หลังจากนั้นนำแบบบันทึกไปทดลองใช้เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบบันทึกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นเครื่องมือตามมาตรฐานของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มาตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัย ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการชี้แจงข้อมูลอย่างเพียงพอและครบถ้วน และขอความร่วมมือในการเข้าถึงซึ่งการคัดลอกข้อมูลจากผู้มีอำนาจ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน โดยให้ข้อมูลซึ่งเกี่ยวกับการวิจัยในเรื่องวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ในการบันทึกข้อมูลจะต้องได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง โดยปกปิดข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูล ชื่อ หรือหมายเลขบัตรโรงพยาบาลของผู้ป่วย (ข้อมูลที่คัดลอก) และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมการด้านความรู้ ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องระบาดวิทยา วิถีชีวิตมุสลิม ปัจจัยในการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

1.2. เสนอโครงร่างต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย และติดตามผลการพิจารณา

1.3. ขอหนังสือรับรองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เพื่ออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งรวมถึงผู้ประสานงานวัณโรคในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อชี้แจงรายละเอียดให้ผู้บริหารหน่วยงาน ผู้รับผิดชอบเกี่ยวข้องงานวัณโรคในแต่ละโรงพยาบาลได้รับทราบ

1.5. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคมุสลิม จากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมในโรงพยาบาลชุมชน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด

2. ขั้นตอนการ

2.1. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวินโรคในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่คัดลอกข้อมูลโรงพยาบาลละ 1 คน เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การศึกษา และขั้นตอนวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจในแนวทางเดียวกันก่อนทำการคัดลอกข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้มีการซักถามถึงปัญหาและข้อสงสัยรายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.2. เก็บข้อมูลโดยคัดลอกข้อมูลผู้ป่วยวินโรคจากแบบบันทึกการรักษา (TB01) ตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด

2.3. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล

2.4. รวบรวมข้อมูลที่ได้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความสัมพันธ์ขั้นต้น โดยใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

การเกิดความเจ็บป่วย อิสลามไม่ได้ถือว่าความเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย แต่เชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นไปตามพระประสงค์ของพระเจ้า และการหายหรือไม่หายจากการเจ็บป่วย หรือการตาย ก็เป็นพระประสงค์ของพระเจ้าเช่นกัน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ให้ผู้ป่วยนอนรอจนกว่าพระองค์จะกำหนดให้หายโดยไม่พยายามเยียวยารักษาป้องกัน อิสลามถือว่า ความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบ วัดความศรัทธา ความอดทน ความยำเกรงต่อพระเจ้า นอกจากนี้ การที่พระองค์ให้เราเจ็บป่วยยังถือเป็นความเมตตา และไม่ให้เราท้อแท้สิ้นหวัง ให้รีบบำบัดเพื่อจะได้หาย ได้เคารพภักดีต่อพระองค์ต่อไป (อิสมาอีลลูตฟี, 2555) เมื่อมีการเกิดโรคขึ้นทำให้ร่างกายมีการเสียสมดุลไป เกิดความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายที่แตกต่างกันไปตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแต่ละระบบต่างๆ ในร่างกาย โดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงในการเกิดโรค จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวินโรคปอด พบว่า ปัจจัยด้านมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวินโรคปอด คือ สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวินโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.042) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lienhardt C. et al. (2009) พบว่า สถานภาพในผู้ป่วยวินโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ส่วนใหญ่แล้วผู้ที่เป็นโสดมักจะมึสุขภาพไม่ดี มักจะมีการตายมากกว่าผู้ที่สถานภาพคู่เนื่องจากมักจะดำรงชีวิตแบบง่าย ๆ ไม่ค่อยสนใจในการดูแลสุขภาพ ซึ่งแตกต่างกับผู้ที่แต่งงานแล้วมีโอกาสได้รับการปลอบใจ หรือดูแลจากคู่สมรสในการดำเนินชีวิตและเวลาป่วยมากกว่าผู้ที่เป็นโสด (ฤทัยพรและผจงศิลป์, 2550) ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวินโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.017) จากการศึกษาของเก่ง (2551) พบว่า โรคประจำตัวอาจมีผลต่อการก่อโรค ที่อาจถูกถ่ายทอดกันมา การมีโรคประจำตัว หรือร่างกายมีโรคประจำตัวที่มีภูมิต้านทานของร่างกายอ่อนแอ เช่น

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อมากกว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อครั้งแรกอาจป่วยได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว และมีอาการรุนแรง (ทวี, 2551, WHO, 2010) การพิจารณาแต่กำเนิด หรือการเจ็บป่วยเกี่ยวกับความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน ในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือบกพร่องได้รับเชื้อไวรัสโรคครั้งแรกเป็นจำนวนมาก ทำให้กลายเป็นโรคได้ (ทวี, 2551) ผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยเมื่อมีการเจ็บป่วย มีโอกาสเกิดโรคไวรัสโรคสูง และถ้าหากผู้ป่วยมีโรคใดร่วมด้วยมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตด้วยโรคปอดสูงขึ้น (Christopoulos et al., 2009) อีกทั้งสภาพภูมิคุ้มกันของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคโดยตรงในผู้ที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีประวัติการแพ้ยาผู้ที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง อาจเกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (เก่ง, 2556) และปัจจัยเกี่ยวกับโรคระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.026$) การศึกษามีผลต่อการเกิดโรคได้ง่าย หากผู้ป่วยมีความรู้น้อย ส่งผลต่อความเข้าใจในการดูแลตัวเองน้อย คนที่มีการศึกษาดีพบว่ามักจะดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (คำนวนและคณะ, 2559) ส่วนเพศ อายุ อาชีพ ประวัติการรักษาร่วมโรคมาก่อน และการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบว่าอายุที่มากกว่าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 6.84 เท่าของอายุ 0–4 ปี (Lienhardt C. et al. 2009) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้สุขภาพร่างกายมีความสมบูรณ์ลดลง แข็งแรงลดลง มีความเสื่อมของร่างกายและความเสี่ยงจะเพิ่มตามอายุ (Heo et al, 2009) อายุมีความสัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย บุคคลที่มีอายุมากการเกิดโรคจะง่ายขึ้น เนื่องจากร่างกายอ่อนแอลง จากข้อมูลสำนักโรค (2557) พบว่า กลุ่มอายุที่มีการเกิดโรคไวรัสโรคมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโรคได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากการสะสมของสิ่งที่เป็นพิษต่างๆของร่างกายเพิ่มขึ้นตามอายุที่ผ่านไป ภูมิคุ้มกันโดยธรรมชาติของร่างกายค่อยๆลดลง เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (ฤทัยพรและผจกศิลป์, 2550) และเพศ อัตราการเกิดโรคในเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างด้านฮอร์โมน และการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล จากการศึกษพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไวรัสโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคปอด สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไวรัสโรคมากกว่าเพศหญิง (สำนักโรค, 2556, พัฒนโชค, 2554, Lienhardt C. et al. 2009, Luu Thi Lien et al. 2009) ส่วนใหญ่เพศจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดในผู้ป่วย โดยเฉพาะเพศชาย เพราะเพศชายมักมีสถานะทางอารมณ์และสังคมที่รุนแรง รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิตมากกว่าเพศหญิง เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านเรือน เป็นต้น

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคปอด พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคปอด คือ ประวัติแพ้ยา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.023$) ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาเดิมร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำอยู่แล้ว โอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย หากผู้ที่สัมผัสและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคปอดครั้งอย่างใกล้ชิด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับเชื้อเป็นระยะเวลานาน ๆ ซึ่งการเคยสัมผัสกับผู้ป่วยโรคมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 7.79 เท่าของคนที่ไม่เคยสัมผัส (Coker et al., 2006) ก่อให้เกิดระยะแสดงอาการของโรค (คำนวนและคณะ, 2559) ระยะนี้สิ่งที่ทำให้เกิดโรคได้ทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพจนร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และเกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วยเริ่มต้น และค่อย ๆ มากขึ้นจนแสดงอาการเกิดขึ้น เช่น ไอเสมหะปนเลือด ไข้ เหงื่อหอบ อ่อนเพลีย เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลให้

ร่างกายอ่อนแอ การติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น ส่วนปัจจัยด้านการได้รับ BCG ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) แตกต่างจากการศึกษาพบว่า การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค BCG มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรควัณโรค (Lienhardt C. et al, 2009) เนื่องจากร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย โอกาสการเกิดโรคได้ง่าย และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีโรคไต เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีนพบว่า วัคซีน BCG สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดวัณโรคและลดอัตราการเกิดโรควัณโรคทั้งในปอดและนอกปอด (จามรี, 2554)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดพบว่า เขตที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.038$) และประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.027$) จากการศึกษาค้นคว้าการเดินทางที่ลำบากหรืออาศัยอยู่บริเวณชนบท ต้องใช้ระยะเวลานานในการเดินทาง ผู้ป่วยต้องอาศัยระยะเวลา ส่งผลต่อการไม่ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการติดเชื้อ ดื้อยา และแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย อีกทั้งการอาศัยในที่ที่มีความแออัดมีความเสี่ยงเกิดการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด 2.99 เท่า (Coker et al., 2006) การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรควัณโรค มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่ไม่ญาติป่วยเป็นวัณโรค (Lienhardt C. et al, 2009, Coker et al., 2006) ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทาง และจำนวนหน้าต่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) แต่ในการดูแลผู้ป่วยและการนอนร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าผู้ที่นอนแยกห้องกับผู้ป่วย อีกทั้งลักษณะบ้านไม้ชั้นเดียว การถ่ายเทอากาศในห้องนอนไม่ดีส่งผลต่อการเกิดโรคได้ง่ายด้วย โดยเฉพาะบ้านที่มีจำนวนหน้าต่างห้องนอนน้อย ทำให้การระบายอากาศได้ไม่ดีเท่าบ้านที่มีหน้าต่างหลายบาน

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับหน่วยงานสาธารณสุข ควรมีการปฏิบัติงานแบบเชิงรุกในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเนื่องจากบริบทในพื้นที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม รวมทั้งสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองและการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยนำหลักการศาสนาไปปรับใช้ให้เหมาะสม
2. ระดับชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ สร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยวัณโรคมุสลิม โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนในการป้องกันตั้งแต่แรกเกิดว่ามีผลดีต่อการเกิดโรคและการฟื้นฟูหายจากโรค เช่น การประชาสัมพันธ์การรณรงค์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อร่วมกันเป็นต้น โดยการลงเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน การให้ความรู้ในอสม. และให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน เช่น ผู้นำศาสนา ครู และอื่นๆ.
3. ระดับการบริหารการพยาบาล สามารถนำปัจจัยที่สำคัญที่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเฉพาะ มาปรับแนวทางการให้การพยาบาล การบริการ การดูแลกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเฉพาะในเขตภาคอื่นๆ

บรรณานุกรม

- การิमान มะยิ. (2554). การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีฟีเลียงเป็นญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- คำนวน อึ้งชูศักดิ์. (2559). ระบาดวิทยาเพื่อการบริหารงานสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร. แคนนา กราฟฟิค.
- จามรี ชีรดกุลพิศาล. (2554). วัณโรคในเด็ก. ขอนแก่น. คลังน่านาวิทยา.
- จิรัชยา อินตะบุญมา. (2550). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลเชียงดาว. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นาฏพญู สงวนวงศ์, และมนะพล กุลประณีต. (บรรณาธิการ). (2556). แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2555. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2551). สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข. *วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*, 29, 170–172.
- มาหามะ เมาะมูลา, และคณะ. (2552). การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีศาสนาสานสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพ: โรคเรื้อรัง. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยุซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮากิจสุวรรณ. (2551). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตมุสลิม. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. (2559). รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2559. นราธิวาส : มปส.
- สำนักโรคระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). ผลการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ. กรุงเทพมหานคร. ฮีชี จำกัด.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: ชุมมุสสลหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). สถานการณ์และยุทธศาสตร์การดำเนินงานวัณโรค 2556. กรุงเทพมหานคร: มปส.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). หลักสูตรการอบรมแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ สำหรับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคและผู้ประสานงานวัณโรคโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ชุมมุสสลหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อะเคือ อุณหเลขกะ. (2556). การติดเชื้อในโรงพยาบาล : ระบาดวิทยาและการป้องกัน. เชียงใหม่: มิ่งเมือง.
- อิสมาอีลลูดีฟี จะปะกียา. (2555). คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักการอิสลาม. นนทบุรี: เฟิร์สออปชั่น.

Christian Lienhardt. Et al. (2009). Efficacy and Safety of a 4-Drug Fixed-Dose Combination Regimen Compared With Separate Drug for Treatment of Pulmonary Tuberculosis: The Study C Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 305(14), 1415–1423.

Coker R, Mckee M, Atun R, Dimitrova B, Dodonova E, &Kuzmetsov S,. (2006). Risk factors for pulmonary tuberculosis in Russia: case-control study. *BMJ*, 332: 85-87.

Global Health and Diplomacy. (2017). *Eradicating Tuberculosis: A Challenge To Sustainable Development In Many Muslim Countries*. Retrieved from <http://www.cghd.org/index.php/global-health-challenges/tb/94-eradicating-tuberculosis-a-challenge-to-sustainable-development-in-many-muslim-countries>

Lin HH, Ezzati M, Chang HY, Murray M. (2009). Association between tobacco smoking and active Tuberculosis In Taiwan. *Am J Respir Crit Care Med*; 180: 475-480.

World Health Organization. (2016). Global Tuberculosis report 2016. Switzerland. World Health Organization