



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด
Factors Associated with the Occurrence of Disease and Recovery
in Muslim Patients with Pulmonary Tuberculosis

นาบีละห์ સામ્
Nabeelah Samae

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด
Factors Associated with the Occurrence of Disease and Recovery
in Muslim Patients with Pulmonary Tuberculosis

นาบีละห์ સામૅ
Nabeelah Samae

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด
ผู้เขียน	นางสาวนาปีละห์ สาแม
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เพ็งมาก)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เพ็งมาก)
..... (รองศาสตราจารย์อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ)กรรมการ (รองศาสตราจารย์อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารมณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร)
กรรมการ (ดร. มาริสา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เพ็งมาก)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวนาปีละห์ สาแม)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวนาปีละห์ สาแม)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด
ผู้เขียน	นางสาวนาบีละห์ สาแม
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยด้วยวัณโรคปอด และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูจากวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่นับถือศาสนาอิสลาม ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนราธิวาส ในช่วงเดือน มกราคม-ธันวาคม 2559 จำนวน 196 ราย กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) การเกิดวัณโรค ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่เป็นวัณโรคแล้ว (รายใหม่และรายที่กลับเป็นซ้ำ) 2) การฟื้นฟูจากวัณโรค (รายที่รักษาสำเร็จและรายที่รักษาล้มเหลว) โดยทำการเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จับฉลากการสุ่มแบบไม่ใส่คืน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งมี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการรักษาวัณโรค (TB01) ส่วนที่ 2 ทะเบียนวัณโรคของหน่วยบริการ (TB03) ของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ขั้นต้น โดยใช้สถิติ Chi-square

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

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ประกอบด้วย ลักษณะการเกิดโรคของผู้ป่วย(ใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ($p=.003$) และผลเอกซเรย์(การมีแผลในโพรง) ($p=.002$) ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การตรวจเลือดเอชไอวี พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ปัจจัยด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคมมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ประกอบด้วย การได้รับยาต้านไวรัส ($p=.$

002) และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ ($p=.012$); และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า การให้คำปรึกษาเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการพ่นหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.002$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการพ่นหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ ช่วยให้บุคลากรมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเกิดโรคและการพ่นหายใจในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวิธีการดูแลป้องกันเพื่อให้เกิดโรคลดลง และมีการพ่นหายใจมากขึ้นอย่างเหมาะสมต่อไป

Thesis Title	Factors Associated with the Occurrence of Disease and Recovery in Muslim Patients with Pulmonary Tuberculosis.
Author	Miss Nabeelah Samae
Major program	Community Nurse Practitioner
Academic year	2016

ABSTRACT

This research is retrospective descriptive study design aimed to describe factors associated with the occurrence of tuberculosis disease (TB) in Muslim patients and factors that are correlated with the recovery of 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, and followed up to treatment success. The dataset consisted of two main parts: the TB record (TB01) and the TB register (TB03) 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 ($p > .05$). In addition, factors related to TB recovery among Muslim patients were as follows: Host factors: the type of TB patient (new vs. recurrent) ($p=.003$) and X-ray results ($p= .002$) while sex, age, educational level and HIV blood test were not statistically significant ($p > 0.05$). Agent factors: antiviral therapy (ARV drugs) was found to be statistically significant ($p=.002$) and prevention of opportunistic infections (OI) ($p=.002$) was statistically significant. Environmental factors: HIV counseling provision was statistically significant ($p=.002$) while residential area,

DOTS observer ease of travel (to TB clinics), number of bedroom windows were found to be not statistically significant ($p > .05$).

Results of this study should enhance health care providers' understanding about factors associated with the occurrence and factors associated with recovery of TB in Muslim patients. The findings should be incorporated into a practice guideline for preventive activities and for enhancing recovery of the Muslim TB as patient.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความเมตตา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เพ็งมาก และรองศาสตราจารย์อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้เสียสละเวลา ถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งเป็นกำลังใจให้เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงสุพัตรา ปุสสิโร คุณรัชธานี ปือราเฮง และคุณมยุรี หะยีปีเยาะ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้เครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพ และขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลามาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในแง่มุมต่างๆที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เซาวลิต ที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณคุณสมศรี พัทธนิรันท์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการหากลุ่มตัวอย่างให้กำลังใจ เป็นแรงบันดาลใจ เป็นต้นแบบที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมูสลิม และที่ให้เอกสารประกอบการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดนราธิวาส รวมทั้งพี่ ๆ เพื่อน ๆ ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณพี่ ๆ งานบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการจัดเตรียมเอกสารในขั้นตอนต่าง ๆ เป็นอย่างดีและเป็นกำลังใจให้ตลอดหลักสูตรการศึกษา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ สามี บุตรสาวและทุกคนในครอบครัวที่มอบความรัก ความห่วงใย และให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณทุกกำลังใจ และทุกความช่วยเหลือจากพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ทุกท่านจนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี คุณงามความดีและประโยชน์แห่งวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแต่ครอบครัวทุกท่าน

นาบีละห์ สาแม

สารบัญ

		หน้า
	สารบัญ.....	(10)
	รายการตาราง.....	(12)
	รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
	คำถามการวิจัย.....	6
	กรอบแนวคิด.....	6
	นิยามศัพท์.....	10
	ขอบเขตการศึกษา.....	10
	ความสำคัญของการวิจัย.....	11
บทที่ 2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
	โรควัยโรคปอดในประชากรมุสลิม.....	12
	สถานการณ์โรควัยโรคของประชากรมุสลิม.....	12
	ผลกระทบจากการเกิดวัยโรคปอด.....	14
	แนวทางการป้องกันและควบคุมโรควัยโรคปอด.....	15
	หลักการและแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยวัยโรคปอด.....	18
	การเกิดโรควัยโรคปอดในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัยโรคปอด.....	20
	วิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรควัยโรคในมุสลิม.....	20
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรควัยโรคในมุสลิม.....	21
	การฟื้นฟูหายจากวัยโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัยโรคปอด.....	26
	การส่งเสริมการฟื้นฟูหายจากวัยโรคปอดโดยทั่วไป.....	26
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูหายจากวัยโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัยโรค ปอด.....	30
	สรุปบททวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
	การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	35
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	37
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
	38
บทที่ 4	39
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	39
ผลการวิจัย.....	39
การอภิปรายผล.....	52
บทที่ 5	59
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	59
สรุปผลการวิจัย.....	59
ข้อจำกัดของงานวิจัย.....	60
ข้อเสนอแนะ.....	60
เอกสารอ้างอิง.....	61
ภาคผนวก.....	66
ก ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย.....	67
ข เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	73
ง หนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความวิจัย.....	74
จ แบบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิจัย.....	75
ประวัติผู้เขียน.....	76

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด.....	40
2	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด.....	42
3	จำนวนร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก.....	44
4	การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านมนุษย์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด.....	46
5	การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งก่อกำเนิดโรครกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด.....	47
6	การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด.....	48
7	การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านมนุษย์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด.....	50
8	การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งก่อกำเนิดโรครกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด.....	51
9	การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด.....	52

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคฉี่หนูเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีอัตราการป่วยและอัตราการตายเพิ่มขึ้น ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคฉี่หนูมากขึ้น เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ความยากจน การอพยพย้ายถิ่นและแรงงานเคลื่อนย้าย ตลอดจนการละเลยปัญหาโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ส่งผลให้การแพร่ระบาดของโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคปี พ.ศ. 2558 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคฉี่หนูในผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 10.4 ล้านคน เป็นกลุ่มเพศชายจำนวน 5.9 ล้านคน กลุ่มหญิงจำนวน 3.5 ล้านคน กลุ่มเด็กจำนวน 1.0 ล้านคน และกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์จำนวน 1.2 ล้านคนของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด แล้วยังพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคประมาณ 1.4 ล้านคน และเพิ่มขึ้น 0.4 ล้านคนในผู้ป่วยโรคที่ติดเชื้อเอดส์ (World Health Organization [WHO], 2016) โดยเฉพาะทั่วโลกในประเทศแถบมุสลิมพบว่า มีประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศมุสลิมมีการเจ็บป่วยด้วยโรคฉี่หนูมากกว่า 2.7 ล้านคน ที่ป่วยเป็นโรคในแต่ละปี และประมาณเกือบ 600,000 คนที่เสียชีวิตด้วยโรคฉี่หนู ประเทศมุสลิมที่พบจำนวนผู้ป่วยโรคมากที่สุด คือ อฟกานิสถาน ปากีสถาน ไนจีเรีย อินโดนีเซีย และบังกลาเทศ ซึ่งประเทศเหล่านี้เป็นหนึ่งใน 22 ประเทศ ที่องค์การอนามัยโลกได้จัดว่ามีภาวะโรคฉี่หนูมากที่สุด (Global Health and Diplomacy [GHD], 2017) สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาในโลกมุสลิม โรคฉี่หนูเป็นภาวะวิกฤติที่มีผลจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะต่อการเจริญเติบโตในปัจจัยด้านมนุษย์ มักพบในกลุ่มที่ยากจน แต่ในขณะเดียวกันก็ยังส่งผลในผู้ที่รายได้สูงด้วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคต้องใช้เวลาในการรักษานานเป็นเวลาหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน ทำให้ต้องหยุดงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดรายได้เข้าสู่ครอบครัว ทำให้ครอบครัวเผชิญกับภาวะวิกฤตทางการเงิน

สำหรับประเทศไทย ได้จัดอยู่ในอันดับที่ 18 ของ 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคฉี่หนูมากที่สุด (สำนักโรคติดต่อ, 2558) ข้อมูลที่สำนักโรคติดต่อควบคุมโรคได้รับรายงานพบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 120,000 ราย หรือ 171 ต่อแสนประชากรต่อปี ปี 2558 มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาตามแนวทางการควบคุมโรคของประเทศ 62,154 ราย ในขณะที่ผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคพบใหม่ทุกประเภทยังต่ำกว่าเป้าหมายที่จะนำไปสู่การลดโรคฉี่หนูที่ร้อยละ 90 (สำนักโรคติดต่อ, 2558, WHO, 2016) นอกจากนี้ประมาณร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยโรคปอดเสมหะพบเชื้อ สัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีประมาณร้อยละ 1-2 ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทุกประเภที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ประมาณร้อยละ 15 การเฝ้าระวังการดื้อยาในผู้ป่วยรายใหม่มีเชื้อโรคดื้อยารักษาโรคชานาในไตชานาหนึ่ง ร้อยละ 15.7 และมีการดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษามาก่อน ร้อยละ 1.65 แต่ในกลุ่มประชากรพิเศษ ได้แก่ผู้ป่วยโรคที่อยู่ในเรือนจำ โรงพยาบาลในเขตเมืองใหญ่แนวชายแดน และพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์สูง พบอัตราการดื้อยาหลาย

ขนานที่ไม่เคยรักษามาก่อนร้อยละ 5-7 (สำนักวัณโรค, 2556) นอกจากนี้ปัญหาการป่วยวัณโรค ร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี ยังส่งผลกระทบต่อสำคัญที่สัมพันธ์กับอัตราตายร้อยละ 14 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี

จากสถานการณ์วัณโรคภาคใต้พบว่า อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อ ด้ยวัณโรคในระบบรายงานของภาคใต้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักวัณโรค, 2557) จังหวัดนราธิวาส เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 89.05 (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559) และมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรควัณโรคเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงาน ผลการดำเนินงานของสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส พบว่าปี 2555-2559 มีผู้ป่วยวัณโรครวมทุก ประเภทที่ขึ้นทะเบียนการรักษาปีละกว่า 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 กระทรวงสาธารณสุขให้อยู่ตามเป้าหมาย คือ เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีอยู่ในชุมชน ผลการรักษาสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งผลการควบคุมโรควัณโรคในจังหวัดนราธิวาสตั้งแต่ปี 2555-2557 พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 83.02 82.43 และ 89.20 ตามลำดับ (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559) ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้เนื่องจากสาเหตุ จากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวและโรคแทรกซ้อน เป็นผู้สูงอายุ และเป็นผู้ป่วยที่มีเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยและ ไม่ยอมมารับการรักษา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559)

โรควัณโรคเกิดขึ้นได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ร้อยละ 80 มักพบที่ปอดซึ่งสามารถ แพร่เชื้อได้ ทางติดเชื้อที่สำคัญของวัณโรคคือ ทางการหายใจ โดยผู้ติดเชื้อจะหายใจเอาละอองเสมหะ ที่มีเชื้อวัณโรคปนอยู่ที่ลอยอยู่ในอากาศเข้าไป เมื่อได้รับเชื้อแล้วผู้ป่วยมีอาการแสดง ได้แก่ ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย ไข้ต่ำๆ ซึ่งมักเป็นตอนบ่าย เหงื่อออกตอนกลางคืน หลังใช้ลด เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ (อะเคื่อ, 2556, นาฎพธูและมนะพล, 2556, จามรี, 2554) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรควัณโรคขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของปริมาณเชื้อที่ได้รับ อายุใน ขณะที่ได้รับเชื้อ ภาวะโภชนาการและความยากจน และการติดเชื้อหรือการได้รับสารหรือยาบางชนิด ที่กดภูมิคุ้มกัน (จามรี, 2554) รวมไปถึงระยะเวลาและการใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (สำนักวัณโรค, 2556) อีกทั้งหากมีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นวัณโรค ระบบบริการ และ สิ่งแวดล้อมด้วย (สำนักวัณโรค, 2556) ในผู้ป่วยวัณโรคที่มีการดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistance: MDR-TB) หรือผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ หรือขาดยา จะมีผลกระทบต่อระยะเวลาในการรักษาที่ นานขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การหยุด งาน การปรับเปลี่ยนงาน มีข้อจำกัดด้านความสามารถ ทำให้ต้องให้การดูแลรักษาเพิ่มเติม และเกิด ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะวัณโรคที่ดื้อยา (การิมาณ, 2554) จากปัญหาดังกล่าวพบว่า การ ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดำเนินการควบคุมไม่มีประสิทธิภาพ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ทำให้อัตราการ ขาดยายังสูง (ปราชญ์, 2551, จิรัชยา, 2550) จึงชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบทางด้านการศึกษาเพิ่มความ รุนแรงมากขึ้น หากไม่มีการสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหา ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย และ

ส่งผลต่อการดื้อยาหลายขนานได้ อีกทั้งทำให้การรักษาให้พ้นหายจากการเจ็บป่วยต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น

เป้าหมายที่สำคัญของการรักษาโรควัณโรค คือ การรักษาหายขาด ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการกำเริบใหม่โดยการกำจัดเชื้อที่สงบอยู่ ป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา และลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปยังบุคคลอื่น (จาเมรี, 2554, WHO, 2016) ซึ่งแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคได้กำหนดวิธีการจัดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคไว้ 8 มาตรการ (นาฎพูนและমনะพล, 2556) คือ 1) มีหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบแน่นอน 2) มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาทุกราย 3) มียารักษาวัณโรคที่มีคุณภาพมาตรฐานสำหรับจ่ายยาสม่ำเสมอ และมีการเตรียมยาให้ผู้ป่วยกินได้โดยง่ายและสะดวก 4) ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) มีมาตรการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาต่อการมารักษาสม่ำเสมอ 6) ส่งเสริมการรักษาภายใต้การกำกับ DOTS 7) มีระบบส่งต่อและติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ 8) ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยในเรื่องเวลาให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคที่องค์การอนามัยโลกกำหนดและพันธมิตรหยุดยั้งวัณโรคทั่วโลกยอมรับ (The Stop TB Strategy) เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยการส่งเสริมคุณภาพการดำเนินงาน เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสาธารณสุขเพื่อควบคุมโรค พัฒนาการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสาธารณสุข และพัฒนาการสื่อสารสาธารณะและการมีส่วนร่วมของสังคม และชุมชน (สำนักวัณโรค, 2556) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการให้ความรู้เรื่องวัณโรค การรักษา และการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในครั้งแรกที่ขึ้นทะเบียนรักษา มีโอกาสได้รับการหายสูงสุดในการรักษาครั้งแรกเกือบร้อยละ 100 (สำนักวัณโรค, 2556, สำนักการแพทย์, 2550) รวมถึงการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการปรับตัวได้ดีเมื่อเจ็บป่วยส่งผลต่อการพ้นหายของผู้ป่วยให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติ การพ้นหายจากการเจ็บป่วย หรือจากโรคเป็นกระบวนการทำงานของร่างกายกลับสู่สภาพปกติหลังเจ็บป่วย ให้ร่างกายทำงานอย่างปกติอยู่ระดับเดียวกันเหมือนก่อนการเจ็บป่วย เป็นการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะการเจ็บป่วยไปสู่สภาวะสุขภาพดี (จิณณพัต, 2554) ซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการพ้นหาย คือ การรับประทานยาอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอด้วยวิธี DOT (WHO, 2016) การตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ โดยการควบคุมสิ่งแวดล้อมและการดูแลสุขอนามัยอย่างถูกต้อง อีกทั้งครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยด้วย

ประชากรมุสลิมมีวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากศาสนาอื่นอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการปฏิบัติศาสนกิจ ความเชื่อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงข้อจำกัดด้านการออกกกำลังกาย ส่งผลทำให้การออกกกำลังกายน้อยลง และการจัดการความเครียดที่คล้อยตามหลักศาสนา โดยมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยและการหายป่วยเกิดจากพระเจ้า (อิสมาอีลลูตฟี, 2555) ซึ่งทุกการเจ็บป่วยย่อมมียารักษา และการรักษานั้นต้องไม่ขัดกับหลักการศาสนา (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) แต่การรักษาบางอย่างทำให้ไม่สะดวกต่อการปฏิบัติศาสนกิจ ผู้ป่วยบางส่วนจึงปฏิเสธการรักษา (มาหามะและคณะ, 2552) จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า มุสลิมภาคใต้ส่วนใหญ่มักตั้งบ้านเรือนอยู่เป็นกลุ่มในหมู่บ้าน ประกอบอาชีพด้วยกันในชุมชนเดียวกัน มีการประกอบพิธีกรรมร่วมกันเป็นสังคมเป็นกลุ่ม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559) ในส่วนพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างจากมุสลิมภูมิภาคอื่นๆ อย่างไรก็ตามพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอาจมีความแตกต่างตามวัฒนธรรมท้องถิ่นและบริบทพื้นที่ เช่น การรับประทานอาหารของ

มุสลิมภาคใต้ที่เน้นอาหารรสจัด และอาหารส่วนใหญ่มีส่วนผสมของกะทิ การอยู่รวมกันเป็นกลุ่มสังคม ประกอบพิธีกรรมทางศาสนารวมกันเป็นกลุ่ม เช่น การละหมาดวันพฤหัสบดี นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่มากกว่ามุสลิมภูมิภาคอื่นๆ (มาหามะและคณะ, 2552) จากพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น ล้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรควัณโรคและการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ง่าย ส่งผลให้การระบาดของ โรครุนแรงและรวดเร็วขึ้นในกลุ่มชาวไทยมุสลิม

ตามทัศนะอิสลามถือว่าการรักษาสุขภาพอนามัยวางอยู่บนรากฐานของอิบาดะฮ์ จะมีการดูแลทางด้านร่างกายและสุขภาพจิต (มาหามะและคณะ, 2552) ดังนั้นอิสลามจึงส่งเสริมดูแลรักษา เพื่อให้มีอาหารพื้นหายจากการเจ็บป่วย และจากการที่ศาสนาอิสลามสอนให้มุสลิมทุกคนยึดมั่นใน หลักการอิสลาม ดังนั้นจึงต้องมีการนำหลักการทางศาสนาเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพพยาม เจ็บป่วย เพื่อให้เกิดความมั่นคง สุขภาพดีขึ้น และคงไว้ให้เป็นกิจวัตรในด้านการมีสุขภาพที่ดีต่อไป ได้แก่ การรับประทานอาหาร ซึ่งอิสลามมีข้อจำกัดที่ชัดเจนและเข้มงวด มุสลิมต้องเลือกอาหารที่ฮาลาล และ อาหารที่ดี ไม่เป็นสิ่งที่ต้องห้ามหรือฮารอม อิสลามยังได้ให้ความสำคัญในการรักษาสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะความสะอาด ดังคำสอนของท่านศาสดาที่กล่าวไว้ว่า "ความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของการ ศรัทธา" ความสะอาดเป็นส่วนสำคัญให้สุขภาพดีควรเริ่มจากสะอาดตั้งแต่จิตใจโดยการปฏิบัติตาม หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม การหลีกเลี่ยงสิ่งที่สกปรกทุกประเภท ไม่ว่าจะด้าน ร่างกายหรือสิ่งแวดล้อม การดูแลเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่เปื้อนสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือทำให้การ เจ็บป่วยแย่ลง (อิสมาอีลลุตฟี, 2555) การดูแลด้านร่างกายเช่นการอาบน้ำ การแปรงฟัน การตัดเล็บ ตัดผม ขน ที่ไม่จำเป็นในร่างกายและการสวมเสื้อผ้าสะอาด และการดูแลสิ่งแวดล้อมการดูแลรักษา บ้านให้ความสะอาดและระเบียบเรียบร้อย ดังที่ท่านศาสดาได้กล่าวไว้ว่า "จงทำความสะอาด (ทุกสิ่ง) ในบ้านของท่าน" (รายงานโดยตัมมีซี) ซึ่งหากมีสุขอนามัยที่ไม่ดี ก่อให้เกิดการสะสมของเชื้อโรคส่งผล ต่อการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้อิสลามถือว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมหนึ่งที่แสดงความ จงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซบ.) ซึ่งท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) ส่งเสริมให้ผู้ใกล้ชิดมีการออกกำลังกาย เช่น วิ่ง แข่ง เดินแข่ง และขี่ม้าแข่ง แต่ประเภทการออกกำลังกายนั้นต้องไม่เป็นที่ต้องห้าม (ฮารอม) สำหรับ อิสลาม โดยเฉพาะในกลุ่มสตรี ที่ต้องคำนึงถึงการแต่งกายที่เหมาะสม มีการปกปิดอวัยวะส่วนต่างๆ ตามที่ศาสนาอิสลามกำหนด สถานที่มิดชิด หลีกเลี่ยงการปะปนระหว่างชายหญิง และไม่มีสิ่งต้องห้าม ในอิสลาม เช่น การเปิดเพลงเร้าใจ เป็นต้น (พงค์เทพและยูซุฟ, 2552) ในส่วนการพักผ่อนและการ จัดการความเครียดที่ต้องใช้เทคนิคผ่อนคลายโดยใช้หลักศาสนา ซึ่งอิสลามมีการส่งเสริมให้มีจิตใจ ผ่อนคลาย โดยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซบ.) การปฏิบัติศาสนกิจ และการอ่านอัลกุรอาน (รอฮานา, 2552) และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการหายจากการเจ็บป่วย คือ อิสลามส่งเสริมให้มีการ ดูแลสุขภาพและป้องกันตัวเองจากการเจ็บป่วย โดยมีการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว สังคม รวมถึงการดูแลของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทั้งหมดเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมการหายจากการ เจ็บป่วย (อิสมาอีลลุตฟี, 2555) ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมุสลิม เพื่อให้เกิดการฟื้นหายจากการ เจ็บป่วย ควรมีการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และระบบในการ ดูแล สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยนำหลักการศาสนาเป็นแนวทางปรับใช้ในการดูแลให้เหมาะสม ตามบริบทผู้ป่วยและสังคม

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคและการฟื้นฟูหายจากโรคโควิด-19 ครั้งนี้ได้นำเอาแนวคิดระบาดวิทยา (Epidemiology) เป็นกรอบแนวคิดการศึกษา ซึ่งโรคหรือปัญหาทางด้านสุขภาพเกิดจากการเสียดุลของตัวกำหนดโรค แบ่งปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Host) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งก่อโรค (Agent) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) เรียกความสัมพันธ์ของทั้ง 3 ปัจจัยนี้ว่า ปัจจัยสามทางระบาด (Epidemiologic triad) (คานวน, 2559) ในภาวะปกติไม่มีโรค ปัจจัยทั้งสามจะมีความสมดุลกัน แต่ในภาวะผิดปกติจะเกิดความไม่สมดุลกันระหว่างปัจจัยทั้งสาม อาจเนื่องจากสิ่งทำให้เกิดโรคเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง หรือตัวมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ทำให้เกิดโรคขึ้นและมีการระบาดเกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยด้านมนุษย์มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่จะพบความเสี่ยงการเกิดวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มียประวัติการสูบบุหรี่ 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 การเกิดโรคโควิด-19 ดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อปัจจัยทั้งสามทางระบาด ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการรักษาวัณโรค คือการรักษาหายขาด เข้าสู่การฟื้นฟู ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานของร่างกายกลับสู่สภาพปกติหลังเจ็บป่วย ให้ร่างกายทำงานอย่างปกติอยู่ระดับเดียวกันเหมือนก่อนการเจ็บป่วย เป็นการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะการเจ็บป่วยไปสู่สภาวะสุขภาพดี (จินณพัทธ์, 2554) ดังเช่นปัจจัยด้านมนุษย์กับการฟื้นฟู การรักษาด้วยยาที่มีความสำคัญต่อการรักษาโรคโควิด-19 และการมีพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างถูกต้องร่วมด้วย ส่งผลให้หายจากโรคและไม่กลับเป็นซ้ำ อีกทั้งทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2010) รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ การรักษา และการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในครั้งแรกที่ขึ้นทะเบียนการรักษา มีโอกาสได้รับการหายสูงสุดในการรักษาครั้งแรกเกือบร้อยละ 100 (สำนักวัณโรค, 2556, สำนักการแพทย์, 2550) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยสามทางระบาดมีผลทั้งการเกิดโรคและการฟื้นฟูหายจากโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศกำลังพัฒนาในโลกมุสลิม โรคโควิด-19 มีผลต่อมนุษย์ ซึ่งมักพบในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และยังมีผลต่อปัจจัยด้านการเจริญเติบโตของสังคม เศรษฐกิจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยากจน ซึ่งการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานานหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในด้านรายได้ เนื่องจากต้องหยุดงาน โดยเฉพาะในการรักษาระยะเข้มข้นที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อและติดเชื้อได้ง่าย ความรุนแรงของโรคโควิด-19 นอกจากมีผลต่อความยากจนแล้ว ยังมีผลต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และชุมชนอีกด้วย (GHD, 2012) วิธีการแก้ไขที่สำคัญเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูของชาวมุสลิม พบว่า ชาวมุสลิมส่วนใหญ่มีความศรัทธาในผู้นำศาสนา ผู้นำศาสนามีอิทธิพลในการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิม เช่น การทำงาน การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่น่าหลักการศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงให้ข้อมูลโรคโควิด-19 ผ่านการละหมาดวันศุกร์ในทุกสัปดาห์ โดยผู้นำศาสนาเป็นแกนนำหลัก (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease [IUATLD], 2016) เพื่อให้คนในชุมชนมุสลิมมีความรู้ ความเข้าใจใน

การปฏิบัติตัวและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งมุสลิมภาคใต้ส่วนใหญ่ก็จะมี การเรียนการสอนศาสนาโดยผ่านผู้นำศาสนาไม่แตกต่างกับภาคอื่น ๆ แต่ในการศึกษาปัจจัยการเกิดโรคและการฟื้นฟูสุขภาพจากโรควัณโรคพบว่ามี การศึกษาโดยภาพรวมทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมรวมกัน ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไทยมุสลิมเฉพาะ ซึ่งบริบทของจังหวัดนราธิวาสมีกลุ่มจำนวนมุสลิมอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากกว่ากลุ่มศาสนาอื่น

ในฐานะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษานำร่องเพื่อดูว่ามีปัจจัยใดบ้างที่อาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและการฟื้นฟูสุขภาพจากโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด การศึกษาครั้งนี้จะเป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ เนื่องจากมีการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้แล้วในขั้นต้นตามแบบบันทึกการรักษา (TB01) ที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรค และทะเบียนวัณโรคของหน่วยบริการ (TB03) ที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสุขภาพในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรค ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแบบฟอร์มตามมาตรฐาน เพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทุกด้าน ซึ่งจะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดการดื้อยา ส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพได้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษานำร่องปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยด้วยวัณโรคปอด โดยใช้ข้อมูลตามแบบบันทึกการรักษาวัณโรค (TB01) ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
2. เพื่อศึกษานำร่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสุขภาพจากโรคในมุสลิมที่ป่วยด้วยวัณโรคปอด โดยใช้ข้อมูลตามทะเบียนวัณโรคของหน่วยบริการ (TB03) ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยด้วยวัณโรคปอด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสุขภาพจากโรคในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยด้วยวัณโรค

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดระบาดวิทยา (Epidemiology) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งการเกิดโรคเป็นความเจ็บป่วยอันเกิดจากสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต กระทำต่อ

ร่างกายมนุษย์ แล้วเกิดความผิดปกติขึ้นในร่างกายแสดงออกมาเป็นอาการ การเกิดโรคสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยที่เข้ามามีอิทธิพลเกี่ยวข้องกันอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยปัจจัยด้านมนุษย์ (Host) ปัจจัยด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค (Agent) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยเรียกปัจจัยทั้งสามนี้ว่า ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา (Epidemiologic triad) (คำานวน, 2559) ในภาวะปกติไม่มีโรค ปัจจัยทั้งสามจะมีความสมดุลกัน ในภาวะผิดปกติจะเกิดความไม่สมดุลกันระหว่างปัจจัยทั้งสาม อาจเนื่องจากสิ่งที่ทำให้เกิดโรคเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง หรือตัวมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ทำให้เกิดโรคขึ้นหรือมีการระบาดของโรคเกิดขึ้นได้ และอีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยได้ด้วย ดังนี้

1. แนวคิดระบาดกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

1.1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Host) เป็นตัวกำหนดว่าบางคนป่วย บางคนไม่ป่วย ปัจจัยดังกล่าวในการศึกษาค้นคว้าได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว สถานภาพระดับการศึกษา และประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อน

1.2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค (Agent) เชื้อโรคแต่ละชนิดก็ทำให้เกิดการป่วยที่แตกต่างกันไป รุนแรงต่างกัน สิ่งที่ทำให้เกิดโรคไม่ได้หมายถึงเชื้อโรคเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงสารเคมีต่าง ๆ ที่ทำอันตรายต่อสุขภาพ ก็มันตภาพรังสีที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยพลังงานต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ สารเสพติดต่าง ๆ และยารักษาโรค (ฤทธิ์พรและผจงศิลป์, 2550, คำานวน, ปฐม, วิทยา, และชูลีพร, 2559) ปัจจัยดังกล่าวในการศึกษาค้นคว้าได้แก่ ประวัติการได้รับ BCG และประวัติการแพ้ยา

1.3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) หากสิ่งแวดล้อมมีผลต่อมนุษย์ก็จะทำให้มีสุขภาพดี หากสิ่งแวดล้อมมีผลต่อเชื้อโรค ก็จะส่งเสริมให้มีภัยคุกคามสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ (คำานวน, 2559) นอกจากสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติหรือกายภาพแล้ว ระบบเศรษฐกิจสังคม และการเมืองยังเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมมนุษย์ หากไม่แก้ไขก็ไม่อาจควบคุมการแพร่ระบาดได้ (คำานวนและคณะ, 2559) ปัจจัยดังกล่าวในการศึกษาค้นคว้าได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา และจำนวนหน้าต่างห้องนอน

2. แนวคิดระบาดกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

2.1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Host) ในการศึกษาค้นคว้าได้แก่ เพศ อายุ ประเภทผู้ป่วย ผลเอกซเรย์ ระดับการศึกษา สถานภาพ และการตรวจเลือดเอชไอวี

2.2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค (Agent) ในการศึกษาค้นคว้าได้แก่ การได้รับยาต้านไวรัส และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ

2.3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) หากสิ่งแวดล้อมมีผลต่อมนุษย์ก็จะทำให้มีสุขภาพดี หากสิ่งแวดล้อมมีผลต่อเชื้อโรค ก็จะส่งเสริมให้มีภัยคุกคามสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ (คำานวน, 2559) ปัจจัยดังกล่าวในการศึกษาค้นคว้าได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ผู้ที่ทำหน้าที่กำกับการกินยา การได้รับการปรึกษาเอชไอวี ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา และจำนวนหน้าต่างห้องนอน

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้ค้นหาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟู
หายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดครั้งนี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่มีการรวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกการ
รักษา (TB01) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด และใช้
ข้อมูลในทะเบียนวัณโรคของหน่วยบริการ (TB03) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูหายใน
มุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดตามลำดับ

นิยามศัพท์

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

การฟื้นหาย หมายถึง กระบวนการทำงานของร่างกายกลับสู่สภาพปกติหลังเจ็บป่วย ให้ร่างกายทำงานอย่างปกติอยู่ในระดับเดียวกันเหมือนก่อนการเจ็บป่วย เป็นการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะการเจ็บป่วยไปสู่ภาวะสุขภาพดี โดยศึกษาในเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมุสลิม โดยจำแนกตามผู้ป่วยตามผลการรักษาในแบบบันทึก TB03 (สำนักวัณโรค, 2556) คือ รักษาหาย รักษาครบ รักษาล้มเหลว ตาย ขาดยา และโอนออก ในการศึกษานี้จะจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมรักษาสำเร็จ และกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่รักษาล้มเหลว

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

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

กลุ่มผู้ป่วยรักษาหาย/ครบ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่มีเสมหะพบเชื้อเมื่อเริ่มต้นการรักษาแต่มีผลเสมหะเป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องไม่พบเชื้อด้วย และเป็นกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่รักษาครบแต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา โดยผลสำเร็จของการรักษา คือการรักษาหายรวมทั้งรักษาครบ (สำนักวัณโรค, 2556)

กลุ่มผู้ป่วยรักษาล้มเหลว/อื่นๆ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่เสมหะพบเชื้อเมื่อวินิจฉัยก่อนเริ่มการรักษาและผลเสมหะยังคงหรือกลับเป็นพบเชื้อในเดือนที่ 5 หรือหลังจากนั้น หรือผู้ป่วยที่เสมหะไม่พบเชื้อในตอนแรกแต่กลับมีผลเสมหะเป็นพบเชื้อหลังจากการรักษาได้ 2 เดือน รวมถึงผู้ป่วยที่ตาย ขาดยานานติดต่อกัน 2 เดือนหรือมากกว่านั้นและโอนออกไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลการรักษา (สำนักวัณโรค, 2556)

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย (Retrospective descriptive study design) โดยดูเป็นสองช่วงเวลาคือ ช่วงแรกเป็นช่วงการเกิดโรค ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (TB01) ทำการศึกษาโดยใช้วิธีทางระบาดวิทยา ใช้รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนช่วงเวลาเดือนมกราคม-มิถุนายน 2559 ช่วงที่ 2 เป็นช่วงการฟื้นหาย

จากโรค ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (TB 03) ทำการศึกษาโดยใช้วิธีทางระบาดวิทยา ใช้รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยต่อจากช่วงการเกิดโรคจนถึงเดือนธันวาคม 2559 ในกลุ่มผู้ป่วยไทยมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนการรักษาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนราธิวาส

ความสำคัญของงานวิจัย

1. ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจปัจจัยที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูจากโรควัณโรคในผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถนำไปกำหนดแผนกลยุทธ์ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคมุสลิม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคและสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. วัณโรคปอดในประชากรมุสลิม
 - 1.1 สถานการณ์วัณโรคปอดของประชากรมุสลิม
 - 1.2 ผลกระทบจากการเกิดวัณโรคปอด
 - 1.3 แนวทางการป้องกันและการควบคุมวัณโรคปอด
 - 1.4 หลักการและแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด
2. การเกิดวัณโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด
 - 2.1 วิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคในมุสลิม
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดวัณโรคในมุสลิม
3. การฟื้นฟูหายจากวัณโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด
 - 3.1 การส่งเสริมการฟื้นฟูหายจากวัณโรคปอดโดยทั่วไป
 - 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูหายจากวัณโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

วัณโรคปอดในประชากรมุสลิม

สถานการณ์วัณโรคปอดของประชากรมุสลิม

สถานการณ์วัณโรคในโลกมุสลิมปัจจุบัน พบว่า ในประเทศมุสลิมวัณโรคเป็นโรคที่นำไปสู่การเสียชีวิตมากที่สุด ในแต่ละปีได้คร่าชีวิตประชากรไป 6 แสนราย และมีการติดเชื้อประมาณ 2.7 ล้านคน (WHO, 2011) ประเทศมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคในแต่ละปี จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในประเทศมุสลิมคิดเป็น 30 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ติดเชื้อวัณโรค โดยประเทศมุสลิมที่พบการติดเชื้อวัณโรคมากที่สุด คือ อฟกานิสถาน ปากีสถาน ไนจีเรีย อินโดนีเซีย และบังกลาเทศ ซึ่งประเทศมุสลิมดังกล่าวเป็นหนึ่งในจำนวน 22 ประเทศ ที่มีการเกิดวัณโรคสูง สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกได้จัดว่าเป็นประเทศที่มีภาวะวัณโรคมากที่สุด (GHD, 2017) ทั้งที่มีแนวทางมาตรการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเฉพาะแล้ว แต่ก็ยังพบปัญหาอัตราการติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งมีประชาชนนับถือศาสนาอิสลาม มากกว่าร้อยละ 80 ด้วยบริบทในพื้นที่การดำเนินชีวิตเป็นไปตามครรลองของศาสนาที่กำหนดไว้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมพื้นที่ รวมทั้งความเชื่อความคิดที่มีมิติของศาสนาสอดคล้อง ส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองหรือปฏิบัติตัวที่ทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ได้รับวัคซีนเนื่องจากความเชื่อว่าวัคซีนไม่มีประโยชน์ไม่ฮา

ลาล การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกายเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านศาสนา เป็นต้น เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทำให้อาการเจ็บป่วยวิธโรค โรคเอดส์รุนแรงขึ้น ซึ่งด้วยบริบทของมุสลิมพบว่า มีการประกอบพิธีกรรมร่วมกันเป็นสังคมเป็นกลุ่ม มีการไปมาหาสู่ตลอดเวลา การตั้งอยู่ของบ้านเรือนอยู่เป็นกลุ่มอยู่เป็นหมู่บ้าน ประกอบอาชีพด้วยกันในชุมชนเดียวกัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559)

จากการสำรวจประชากรของที่ทำกรปกครองจังหวัดนราธิวาสพบว่า ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 89.05 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559) และเป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรควิธโรคเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี 2559 จังหวัดนราธิวาส มีจำนวนผู้ป่วยวิธโรครวมทุกประเภท ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาจำนวน 667 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่เสมอพบเชื้อ จำนวน 422 ราย เสมอไม่พบเชื้อ จำนวน 143 ราย ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำเสมอพบเชื้อ จำนวน 19 ราย มีอัตราการขึ้นทะเบียนการรักษาวิธโรครวมทุกประเภทปีละกว่า 600 ราย ตั้งแต่ปี 2555-2559 ปีละ 665, 569, 534, 626 และ 667 รายตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิธโรคยังสูงกว่าเป้าหมาย เนื่องจากผู้ป่วยมีการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์การควบคุมวิธโรคให้อยู่ตามเป้าหมาย คือ เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวิธโรค รายใหม่ให้มากกว่าร้อยละ 70 และผลการรักษาสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 (สำนักวิธโรค, 2556) ซึ่งผลการควบคุมโรควิธโรคในจังหวัดนราธิวาสตั้งแต่ปี 2555-2557 พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 83.02 82.43 และ 89.20 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ จากด้วยสาเหตุผู้ป่วยวิธโรคมีโรคประจำตัวและโรคแทรกซ้อน เป็นผู้สูงอายุ และมีเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยที่ไม่ยอมรับการรักษา

โรควิธโรคเกิดขึ้นได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ร้อยละ 80 มักพบที่ปอดซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ ทางติดต่อที่สำคัญของวิธโรคคือ ทางการหายใจ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรควิธโรค ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของปริมาณเชื้อที่ได้รับ อายุในขณะที่ได้รับเชื้อ ภาวะโภชนาการและความยากจน และการติดเชื้อหรือการได้รับสารหรือยาบางชนิดที่กดภูมิคุ้มกัน (จามรี, 2554) รวมไปถึงระยะเวลาและการใกล้ชิดกับผู้ป่วยวิธโรค (สำนักวิธโรค, 2556) อีกทั้งหากมีการแพร่กระจายเชื้อวิธโรคจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นวิธโรค รวมถึงระบบบริการ และสิ่งแวดล้อมด้วย (สำนักวิธโรค, 2556) โดยเฉพาะผู้ป่วยวิธโรคที่มีการดื้อยา หรือผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ หรือขาดยา จะมีผลต่อระยะเวลาในการรักษาที่นานขึ้น เกิดภาวะค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (การิมาน, 2554) จากสถานการณ์ดังกล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบทางด้านการเกิดโรคเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น หากไม่มีการสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหา ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย และส่งผลกระทบต่ออัตราขาดยาได้ อีกทั้งทำให้การรักษาให้พ้นหายจากการเจ็บป่วยต้องใช้เวลาที่ยาวนานมากขึ้น ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการรักษาโรควิธโรค คือ รักษาหายขาด ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการกำเริบใหม่โดยการกำจัดเชื้อที่สงบอยู่ ป้องกันการเกิดเชื้อวิธโรคดื้อยา และลดการแพร่กระจายเชื้อวิธโรคไปยังบุคคลอื่น (จามรี, 2554, WHO, 2008) การดูแลผู้ป่วยวิธโรคโดยการให้ความรู้เรื่องวิธโรค การรักษาและการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในครั้งแรกที่ขึ้นทะเบียนรักษา มีโอกาสได้รับการหายสูงสุดในการรักษาครั้งแรกเกือบร้อยละ 100 (สำนักวิธโรค, 2556, สำนักการแพทย์, 2550) รวมถึงการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการปรับตัวได้ดีเมื่อเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่ออาชีพของผู้ป่วยให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติ

สรุปได้ว่าอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยวัณโรค ในปัจจุบันมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอัตราการรักษาสำเร็จ การฟื้นหายจากการเจ็บป่วยยังไม่เป็นตามเป้าหมายที่กำหนด จากด้วยพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีผู้นับถือศาสนาอิสลามมากกว่าภาคอื่นๆ อัตราการเจ็บป่วยการเกิดโรควัณโรคจึงเป็นปัญหาของพื้นที่ รวมถึงอัตราการหายจากการเจ็บป่วยด้วย และอัตราการควบคุมโรคมียังมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ จากการที่ปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมและปัจจัยด้านอื่น ๆ จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรควัณโรคสอดคล้องกับบริบทของคนในพื้นที่ ที่มีการดำเนินชีวิตไปตามครรลองของศาสนา ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมในท้องถิ่น มีผลต่อการควบคุมโรคและการฟื้นหายจากโรค จึงเป็นสาเหตุให้อัตราการเกิดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และการฟื้นหายยังไม่เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันการควบคุมโรคกลับมีแนวโน้มลดลง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องค้นหาว่ามีปัจจัยด้านใดบ้างสามารถนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยวัณโรคมุสลิม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ภายใต้บริบทความเป็นมุสลิม

ผลกระทบจากการเกิดโรควัณโรคปอด

วัณโรค เกิดจากเชื้อแบคทีเรียมีชื่อว่า ไมโคแบคทีเรียทูปอร์คูโลสิส เป็นเชื้อแบคทีเรียชนิด aerobic ลักษณะเชื้อมีผนังหนาทำให้สามารถทนทานต่อสิ่งแวดล้อม การแพร่กระจายเชื้อของวัณโรคจะแพร่กระจายจากคนสู่คนโดยการหายใจ (airborne transmission) โดยจะแพร่กระจายจากปอด หลอดลม หรือกล่องเสียงของผู้ป่วยวัณโรค เมื่อผู้ป่วยไอหรือจาม พูดดัง ๆ ตะโกน หัวเราะ หรือร้องเพลงออกมา 1 ครั้งของผู้ป่วยวัณโรค เชื้อจะออกมาพร้อมกับฝอยละอองน้ำมูกน้ำลายของเสมหะที่ออกมาสู่อากาศ อนุภาคของละอองฝอยขนาดใหญ่มักจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป เหลือส่วนที่เล็กที่สุดที่มีเชื้อวัณโรคจะลอยอยู่ในอากาศได้หลายชั่วโมง เมื่อมีการสูดหายใจเอาอากาศที่มีเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย ละอองฝอยของเชื้อวัณโรคที่มีขนาดใหญ่จะติดที่บริเวณจมูกและลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อโรคเว้นแต่ส่วนที่มีขนาดเล็ก ๆ จะเข้าไปสู่ปอด เชื้อจะถูกทำลายด้วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย หากเชื้อถูกทำลายไม่หมดก็จะแบ่งตัวทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้น ถ้าร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง จะสามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรค ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการป่วยและไม่สามารถแพร่เชื้อได้ มีเพียงร้อยละ 10 ที่ผู้ติดเชื้อมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคตลอดชีวิต ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรค เนื่องจากร่างกายมีภูมิคุ้มกันที่ลดลง เช่น การติดเชื้อเอชไอวี เบาหวาน ภาวะขาดสารอาหาร การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ทำให้โอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรคมีมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการป่วยเป็นวัณโรค (สำนักวัณโรค, 2556) การป่วยด้วยวัณโรคปอด เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรคก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่ค่อยเป็นค่อยไป มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ง่ายหากมีการปฏิบัติตัวหรือดูแลตนเองไม่ถูกวิธี และจะแสดงอาการเกิดขึ้นเมื่อร่างกายอ่อนแอหรือภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ซึ่งการเกิดวัณโรคปอดจะส่งผลกระทบ ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย จากการเจ็บป่วยวัณโรคมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดขึ้นตั้งแต่อาการที่เริ่มเป็น คือ อาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลด มีไข้ตอนกลางคืน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย ส่งผลให้การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาวัณโรค ได้แก่ ตัวตาเหลือง คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการคัน ไตวาย อาจมีไข้ ปวด

เมื่อตามตัว ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากผลของการรักษา ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอลงมากขึ้น ในการรับประทานยาที่ต้องใช้ระยะเวลาหลายเดือน อีกทั้งอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายในการเดินทางมารับยาอย่างต่อเนื่อง และเมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้นผู้ป่วยจะหยุดการรับประทานยาเอง ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลต่อการดื้อยาของผู้ป่วยตามมาได้ (ดวงกลมและปานจันทร์, 2548) ส่วนทางด้านจิตใจ รู้สึกว่าต้องเป็นภาระกับผู้อื่น มีความกลัว กังวล กลัวว่าสังคมจะรังเกียจ อาจเกิดภาวะเครียดและเบื่อหน่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ และทางด้านรายได้ อาจทำให้สูญเสียรายได้เนื่องจากต้องหยุดงานชั่วคราวในช่วงที่แยกผู้ป่วย และทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาเพิ่มขึ้น (สำนักวิจัยโรค, 2551)

2. ด้านครอบครัว สมาชิกครอบครัวต้องมาดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยาทุกวัน อาจทำให้ครอบครัวไม่มีเวลาในการดูแล เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส สมาชิกในครอบครัวบางรายมีความรังเกียจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีกำลังใจในการรักษา อีกทั้งมองว่ามีความยุ่งยาก เนื่องจากต้องดูแลการรับประทานยา ดูแลสุขวิทยาทั่วไป รวมทั้งการจดบันทึกการรับประทานยาและพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ในส่วนของเพื่อนบ้านและชุมชนมีความรังเกียจผู้ป่วยเพราะคิดว่าไวรัสมีการติดต่อได้ง่าย

3. ด้านประเทศชาติ การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยไวรัสเกิดขึ้น ส่งผลต่อการทำงานเพิ่มขึ้นของบุคลากรเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ดี ขาดการรับการรักษาที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ต้องใช้เวลาในการรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้นประเทศต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะไวรัสที่ดื้อยา (การิมาน, 2554) เนื่องจากผู้ป่วยที่ดื้อยาต้องปรับเปลี่ยนยา เพิ่มระยะเวลาในการรักษาที่นานขึ้น ส่งผลต่อการสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่า ในการเกิดโรคไวรัสแต่ละครั้ง ส่งผลกระทบต่อหลายด้านด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ครอบครัว สังคม รวมถึงประเทศชาติด้วย ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยไวรัสหายขาด การช่วยป้องกันการดูแลต้องอาศัยความร่วมมือของทุกด้านในการดูแลร่วมกัน อย่างไรก็ตามการควบคุมไวรัสโรคปอดยังสามารถควบคุมและรักษาให้หายขาดได้

แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโรคปอด

การป้องกันโรคเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลเพื่อการกำจัดหรือยับยั้งเชื้อโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือลดความถี่ ความรุนแรงของโรคให้น้อยลงหรือกำจัดให้หมดไป รวมถึงการยับยั้งมิให้โรคลุกลามระบาดต่อไป ตลอดจนการยับยั้งความพิการและการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันและควบคุมโรคสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ คือ (ค่านวนและคณะ, 2559, อะเคื้อ, 2556, ฤทัยพรและผจญศิลป์, 2550)

1. การป้องกันระดับก่อนปฐมภูมิ (Primordial prevention) เป็นการป้องกันมีเป้าหมายที่การป้องกันสภาพสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ซึ่งจะทำให้เกิดความเสี่ยงของโรคต่างๆ ขึ้น โดยมุ่งเน้นจัดให้มีและคงสภาพปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ลดภัยสุขภาพให้ให้น้อยที่สุด มาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยงหรือภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคม

2. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกันและควบคุมโรคในระยะก่อนเกิดโรค โดยมุ่งเน้นที่การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพขึ้น ซึ่งเป็นการป้องกันล่วงหน้าก่อนเกิดโรค การป้องกันระดับนี้แบ่งออกเป็น 2 มาตรการ ดังนี้

2.1 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคทั่วไป เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งสามารถส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน รวมถึงสถานที่ต่าง ๆ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม วิธีการส่งเสริมสุขภาพจะเป็นการให้สุขศึกษา และการจัดบริการทางสุขภาพ โดยการให้สุขศึกษา เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคทั่ว ๆ ไป การมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง เช่น การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การโภชนาการ การอนามัยสิ่งแวดล้อม การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การออกกำลังกาย และการพักผ่อน เป็นต้น

2.2 การป้องกันเฉพาะอย่าง เป็นการมุ่งเน้นการควบคุม และการป้องกันเฉพาะโรค เฉพาะสาเหตุหรือเฉพาะกลุ่มบุคคล การป้องกันชนิดนี้เพื่อขัดขวางกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่าง สิ่งที่ทำให้เกิดโรค คน และสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดโรค เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อให้มีความต้านทานโรคแก่ร่างกาย การสุขภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นการทำลายแหล่งที่อยู่ของเชื้อโรคไม่ให้มีการเพาะเชื้อขยายพันธุ์ต่อไป

3. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันและควบคุมโรคระยะที่มีโรคเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งอาจอยู่ในระยะที่ยังไม่มีอาการแสดงของโรคหรือมีอาการของโรคชัดเจนแล้ว การป้องกันระดับนี้เพื่อยุติยั้งการดำเนินของโรค การแพร่กระจาย ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ป้องกันความพิการหรือภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่น ซึ่งกระทำได้โดยการค้นหาผู้ป่วยในระยะที่ยังไม่มีอาการหรือพาหะของโรค การวินิจฉัยโรคผู้ป่วยที่มีอาการแล้วให้รู้สาเหตุของโรคโดยเร็วและการรักษาให้เร็วที่สุด การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม และการควบคุมแหล่งแพร่เชื้อ

3.1 การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันและควบคุมโรคในระยะที่โรคมีการดำเนินไปมากแล้ว และอาจมีความพิการเกิดขึ้น การป้องกันระดับนี้เพื่อยับยั้งให้เกิดความพิการน้อยที่สุดสามารถทำงานได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงกับสภาพปกติมากที่สุด รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการให้การรักษาที่ถูกต้อง การจำกัดความพิการ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดและคงเหลือความพิการน้อยที่สุด

การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพอนามัยที่เกิดขึ้น เกิดจากปัจจัยหลักที่สำคัญ 3 ปัจจัยที่ขาดความสมดุลกัน คือ ปัจจัยด้านมนุษย์ (Host) ปัจจัยด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค (Agent) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ในภาวะปกติที่ไม่มีภาวะระบาดของโรค ปัจจัยทั้งสามด้านจะมีความสมดุลกัน ดังนั้น การป้องกันและควบคุมความสมดุลของปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านมนุษย์ (Host) เป็นสิ่งที่รับและแพร่ตัวเชื้อเข้าไปในร่างกายและสิ่งแวดล้อม จะยอมให้ตัวเชื้ออาศัยอยู่ในขณะหนึ่งหรือตลอดไปได้ ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของมนุษย์ โดยเชื้ออาศัยในตัวมนุษย์เพื่อการเจริญเติบโตและการแบ่งตัว มีทางเข้า (portal of entry) และทางออก (portal of exit) ในการแพร่เชื้อ วิธีการป้องกันและควบคุมปัจจัยด้านมนุษย์นี้ เป็นการ

ส่งเสริมสุขภาพให้คนมีร่างกายที่แข็งแรง โดยวิธีการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้สุขศึกษา การรณรงค์ คัดกรองผู้ป่วยเชิงรุก และวิธีการป้องกันเฉพาะอย่าง เช่น การรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกัน

2. ปัจจัยด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค (Agent) เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดโรคประกอบด้วยสิ่งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต บางชนิดสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าบางชนิดก็ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า อาจเกิดจากสาเหตุเพียงอย่างเดียวหรือสาเหตุหลายอย่างร่วมกันได้ การเกิดโรคอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากสิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางชีวภาพ สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางเคมี สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางกายภาพ สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางด้านจิตใจและสังคม วิธีการป้องกันและควบคุมปัจจัยด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคนี้ โดยการกำจัดแหล่งที่ก่อให้เกิดเชื้อหรือควบคุมไม่ให้เกิดการสัมผัสกับผู้ที่มีเชื้อ ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ โดยการค้นหาผู้ป่วย วินิจฉัย รักษา การกำจัดแหล่งแพร่เชื้อ และควบคุมแหล่งเกิดโรค โดยการแยกกัก การกักกัน และการทำลายเชื้อ

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวมนุษย์ อาจจะเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิตก็ได้ สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์และมีผลกับมนุษย์ อาจเป็นสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางเคมี สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม วิธีการป้องกันและควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนี้ได้โดยการจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อเป็นการตัดวงจรของการติดต่อของโรคและการแพร่กระจายเชื้อของโรค ได้แก่ การกำจัดแหล่งของเชื้อโรค การกำจัดขยะมูลฝอย รวมถึงแหล่งน้ำและแหล่งอาหารด้วย

องค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา ได้เสนอแนะมาตรการในการควบคุมวัณโรคที่ดีที่สุด โดยการตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การป้องกันด้วยการฉีดวัคซีนบีซีจี การรักษาด้วยยาและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรค การให้ความรู้เป็นวิธีการที่สำคัญที่ช่วยลดจำนวนประชากรผู้ป่วยวัณโรคลดลง อีกทั้งยังเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ในการตัดวงจรของการเกิดการติดเชื้อเกี่ยวข้องกับปัจจัย 7 ประการ คือ (ฤทัยพรและผจงศิลป์, 2550) 1) เชื้อโรค การเกิดโรคขึ้นอยู่กับเชื้อที่เข้าสู่ร่างกาย ความรุนแรงของเชื้อ ความสามารถในการก่อโรค และการแทรกของเชื้อโรคเข้าสู่เนื้อเยื่อของร่างกาย 2) แหล่งแพร่เชื้อโรค หรือรังโรค อาจจะเป็น คน สัตว์ หรือสิ่งของก็ได้ 3) ทางออกของเชื้อโรค 4) วิธีการแพร่กระจายของเชื้อโรค 5) ทางเข้าของเชื้อโรค 6) ระยะเวลาในการเกิดโรค 7) ผู้ที่ไวต่อการรับเชื้อโรค ความไวในการรับเชื้อโรคขึ้นอยู่กับพันธุกรรม การได้รับภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค และภาวะโภชนาการ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อจะช่วยสามารถวางแผนในการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคได้อย่างเหมาะสม

แนวทางในการควบคุมการเกิดวัณโรคที่สำคัญคือ การรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากวัณโรค ในการรักษาผู้ป่วยโดยการรับประทานยา ความต่อเนื่องในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีโอกาสหายขาดจากความเจ็บป่วย โดยที่ผลการรักษาของผู้ป่วยต้องไม่พบเสมหะพบเชื้อเมื่อสิ้นสุดการรักษา ผู้ป่วยที่รักษาหาย (Cured) เป็นผู้ป่วยที่มีเสมหะพบเชื้อเมื่อเริ่มต้นการรักษาแต่มีผลเสมหะเป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นไม่พบเชื้อด้วย ถ้าหากผู้ป่วยที่มีการรักษาครบ (Treatment completed) เป็นผู้ป่วยที่รักษาครบแต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา หากการรักษาที่ล้มเหลว (Treatment failed) เป็นกลุ่มผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อเมื่อวินิจฉัยก่อนเริ่มการรักษาและผลเสมหะก็ยังคงพบเชื้อในเดือนที่ 5 ของการรักษาหรือหลังจากนั้น หรือ

อาจจะไม่พบเชื้อในตอนแรก แต่ผลเสมหะเป็นพบเชื้อหลังจากรักษาได้ 2 เดือน ถ้านำไปทดสอบความไวต่อยาจะพบว่าเป็นกลุ่มที่ดื้อยา (MDR-TB) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้นและเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การรักษาที่ไม่สมบูรณ์เป็นกลุ่มที่ขาดยาติดต่อกัน 2 เดือนหรือมากกว่า ผู้ที่โอนไปรับการรักษาที่อื่น รวมถึงการเสียชีวิตระหว่างการรักษาไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม หากมีการป้องกันและควบคุมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ดี โอกาสสำเร็จในการรักษามีมาก ส่งผลต่อการเกิดการดื้อยาน้อยลง และการฟื้นฟูหายจากโรคมามากขึ้น (สำนักวัณโรค, 2556)

หลักการและแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่มีการระบาดทั่วโลกมาเป็นเวลานาน สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละระยะ โดยการดูแลดังกล่าวมีแนวคิดในการดูแลที่สำคัญ คือ การดูแลป้องกันการเกิดโรคและการฟื้นฟูหายจากโรค ซึ่งถือเป็นแนวคิดหลักทางการระบาด ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

แนวคิดระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับโรคและภัย เพื่อให้ดูว่าโรคหรือภัยนั้นมีโอกาสและการดำเนินไปตามธรรมชาติอย่างไร ซึ่งมีแบบแผนการกระจายของโรคตามเวลา สถานที่ และบุคคล เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดและการกระจายของโรค รวมถึงการเชื่อมโยงเมื่อมีการรักษาจนการฟื้นฟูหายดีขึ้น โดยมีเป้าประสงค์เพื่อการหายขาดจากการเจ็บป่วย การป้องกันการเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการเกิดภาวะดื้อยา รวมถึงลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปยังบุคคลอื่น (จามรี, 2554, WHO, 2016) เมื่อร่างกายมีการปรับตัวได้ดีส่งผลให้มีการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้นด้วย ซึ่งการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยเป็นกระบวนการทำงานให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติหลังการเจ็บป่วย โดยเปลี่ยนไปเป็นสุขภาพดีและปกติเหมือนกับก่อนที่เกิดการเจ็บป่วย (จินณพัทธ์, 2554)

การเกิดโรค เป็นความเจ็บป่วยอันเกิดจากสิ่งที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือสิ่งไม่มีชีวิต กระทำต่ออวัยวะของร่างกายมนุษย์ในช่วงเวลาหนึ่งแล้วก่อให้เกิดความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งแสดงออกเป็นอาการ อาการแสดง และความผิดปกติจากการตรวจพิเศษอื่น ๆ จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคในมนุษย์ก็คือ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค เมื่อมีสิ่งที่ทำให้เกิดโรคเพียงอย่างเดียวก็น่าจะทำให้เกิดโรคขึ้นได้ ซึ่งโรคไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว อาจเกิดจากหลายๆ ปัจจัยที่มีอิทธิพลที่เกี่ยวข้องกันอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วย เป็นการที่ร่างกายมีสภาพปกติหลังการเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยด้านต่าง ๆ ส่งผลต่อการส่งเสริมให้ร่างกายหายป่วยได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น ปัจจัยดังกล่าวเรียกว่า ปัจจัยสามทางการระบาด (Epidemiologic triad) ดังนี้ (คำนวณและคณะ, 2559)

1. ปัจจัยด้านมนุษย์ (Host) เป็นสิ่งที่รับและแพร่ตัวเชื้อเข้าไปในสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายถึงสภาพร่างกายมนุษย์ที่อาจมีการเปลี่ยนแปลง โดยจะยอมให้ตัวเชื้ออาศัยอยู่ในขณะหนึ่งหรือ

ตลอดไปได้ ซึ่งจะมาอาศัยในตัวมนุษย์เพื่อการเจริญเติบโตและการแบ่งตัว โดยมีทางเข้า (portal of entry) และทางออก (portal of exit) โดยมีองค์ประกอบที่ส่งผลกระทบต่อโรค เช่น กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือว่าสูงอายุ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย จากความเสื่อมสภาพของร่างกายเป็นไปตามวัย ทำให้การติดเชื้อง่ายขึ้น ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (สำนักวิจัยโรค, 2557, Knelchel, 2009, Hero et al, 2009) วิธีการป้องกันและควบคุมด้านนี้ เป็นการส่งเสริมสุขภาพให้คนมีร่างกายที่แข็งแรง โดยวิธีการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้สุขศึกษา และการป้องกันเฉพาะอย่าง เช่น การรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกัน

2. ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค (Agent) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคประกอบด้วยสิ่งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต บางชนิดสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าบางชนิดก็ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า อาจเกิดจากสาเหตุเพียงอย่างเดียวหรือสาเหตุหลายอย่างร่วมกันได้ การเกิดโรคอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากสิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางชีวภาพ สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางเคมี สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางกายภาพ สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางด้านจิตใจและสังคม ถ้าขาดสิ่งที่ทำให้เกิดโรคแล้วความเจ็บป่วยก็จะไม่เกิดขึ้น การป้องกันและควบคุมปัจจัยด้านนี้โดยการกำจัดแหล่งที่ก่อให้เกิดเชื้อหรือควบคุมไม่ให้สัมผัสกับผู้ที่ติดเชื้อ ป้องกันไม่ให้มีการแพร่กระจายเชื้อ โดยการค้นหาผู้ป่วย วินิจฉัย รักษา การกำจัดแหล่งแพร่เชื้อ และควบคุมแหล่งเกิดโรค โดยการแยกกัก การกักกัน และการทำลายเชื้อ

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวมนุษย์ อาจจะเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิตก็ได้ สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์และมีผลกับมนุษย์ อาจเป็นสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางเคมี สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม วิธีการป้องกันและควบคุมปัจจัยด้านนี้ได้โดยการจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อเป็นการตัดวงจรของการติดต่อของโรค ได้แก่ การกำจัดแหล่งของเชื้อโรค การกำจัดขยะมูลฝอย รวมถึงน้ำและอาหารด้วย สภาพแวดล้อมทำหน้าที่เสมือนตัวส่งเสริมการก่อโรค คนก็มีโอกาสเป็นโรคมมากขึ้น เช่นเดียวกันหากสภาพแวดล้อมดี ก็มีผลต่อการหายเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูดีขึ้น ดังเช่นหากมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรควัณโรค มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเจ็บป่วยด้วยวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มียุติพี่น้องป่วยเป็นวัณโรค (Coker et al, 2006) ในขณะเดียวกันผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ไม่ถูกสุขอนามัย ชุมชนแออัด มีน้ำขัง และไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โอกาสก่อของเชื้อวัณโรคจะเกิดขึ้นในชุมชนได้ง่าย (Knelchel, 2009) หากสิ่งแวดล้อมดี สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลและปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธี การฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยก็มีมากขึ้น

จากแนวคิดระบาดวิทยา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดแบบแผนของโรคหรือภัยสุขภาพ และการส่งเสริมการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วย อันได้แก่ มนุษย์ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค และสิ่งแวดล้อม การเกิดโรคในมนุษย์มีสาเหตุจากการสูญเสียความสมดุลของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคทั้งปัจจัยภายในร่างกายมนุษย์ เช่น การทำหน้าที่ของร่างกาย ภูมิคุ้มกันโรค การดำเนินชีวิต ความเชื่อ และปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย การประกอบอาชีพ และการจัดบริการด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วย หากมีการจัดการทั้งสามปัจจัยอย่างสมดุล

การเกิดโรคผิวหนังโรคปอดในมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคปอด

วิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในมุสลิม

ศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่มีบทบัญญัติ มีแนวทางในการปฏิบัติอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ของมนุษย์ เป็นวิถีชีวิตที่ได้กำหนดไว้ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ตั้งแต่ตื่นจนกระทั่งเข้านอน ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์กับศาสนาอิสลามนั้นมีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่น ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งโครงสร้างหลักของศาสนาอิสลามมี 3 ประการ (มัสลัน, 2552) คือ 1) หลักศรัทธา เป็นหัวใจของการนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมุสลิมทุกคนจะต้องปฏิบัติจะละเว้นในข้อใดข้อหนึ่งไม่ได้ ศาสนาอิสลามจะศรัทธาในพระองค์อัลลอฮ์ เป็นการศรัทธาที่ทำให้จิตใจของมนุษย์มีความเข้มแข็ง สงบ อดทนต่อการเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆ 2) หลักปฏิบัติ เป็นการกระทำมุ่งสู่ต่อพระองค์อัลลอฮ์ เป็นการกระทำอย่างเคร่งครัดพร้อมกับหลักศรัทธากระทำที่บริสุทธิ์ใจ เพื่อตนเองและสังคม 3) หลักจริยธรรม เป็นการประพฤติโดยมีจุดมุ่งหมายคือ ประพฤติดี สอนให้กระทำ ความดีด้วยความบริสุทธิ์ใจเพื่อพระองค์ จากหลักการทางศาสนาทั้ง 3 ด้านมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดมุสลิม ซึ่งอิสลามถือว่าร่างกายเป็นของขวัญจากพระเจ้า การรักษาสุขภาพนั้นจึงเป็นหน้าที่จำเป็นในการดูแลสำหรับมนุษย์ เมื่อมีการเจ็บป่วยก็ต้องมีการรักษา โดยเฉพาะครอบครัวมุสลิมที่ส่วนใหญ่อาศัยเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกหลายคน มุสลิมถือว่าการมีสุขภาพที่ดีต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสิ่งแวดล้อม ครอบครัว และชุมชน (ดาร์ง, 2552) ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดมุสลิมเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง หากมีวิถีชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับหลักศาสนาโอกาสเกิดความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ ดังนี้ (อิสมาอีลลูตฟี, 2555)

1. ด้านการบริโภคอาหาร

ปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคผิวหนังโรคในประเทศมุสลิมคือ ความยากจน ทำให้มีรายได้น้อย ส่งผลต่อการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์น้อยเนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรค เมื่อมีการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย เกิดการเจ็บป่วยขึ้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดขึ้น ตั้งแต่อาการที่เริ่มเป็น คือ อาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อีกทั้งมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ส่งผลให้ร่างกายผู้ป่วยโรคอ่อนแอ ทำให้ความต้องการอาหารลดลง อีกทั้งรายได้ที่ไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการสรรหาอาหารที่มีประโยชน์น้อยลง ซึ่งในผู้ป่วยโรคมักจะได้รับวิตามินบี 12 และวิตามินดี ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

2. การสูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำส่งผลให้สภาพปอดมีความอ่อนแอ หากได้รับเชื้อไวรัสโรคเข้าสู่ร่างกาย ส่งผลต่อการเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะศาสนาอิสลามห้ามการกระทำที่เป็นอันตรายและทำร้ายผู้อื่น การสูบบุหรี่เป็นการทำลายสุขภาพของผู้สูบและบุคคลรอบข้างและเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สูบบุหรี่จะทำให้กระตุ้นปอดให้การดำเนินโรครุนแรงและเลวร้ายเพิ่มขึ้น (ATS, 2009) นอกจากนี้มุสลิมภาคใต้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่ามุสลิมภาคอื่น ๆ (มาหามะและคณะ, 2552) ทำให้โอกาสการเกิดโรคสูงขึ้น และมีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ส่งผลให้การระบาดของโรครุนแรงและรวดเร็วขึ้น

3. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีส่วนช่วยให้ร่างกายมีความแข็งแรง เมื่อได้รับเชื้อ ทำให้ไม่มีอาการกำเริบของการเจ็บป่วย แต่หากปล่อยให้ร่างกายไม่ได้รับการออกกำลังกาย ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ง่าย จากการเจ็บป่วยด้วยภาวะของโรควัณโรค ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ มีภาวะเครียดจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความต้องการออกกำลังกาย ทั้งที่ผู้ป่วยวัณโรคปอด การบริหารร่างกายโดยเฉพาะบริเวณปอด จะส่งผลให้การหายป่วยได้เร็ว หากไม่มีการออกกำลังกาย ร่างกายยิ่งอ่อนแอลง ทำให้อาการเจ็บป่วยหายช้าลง หรือแย่ลงได้ ซึ่งส่วนใหญ่ประชาชนมุสลิมมักจะไม่ค่อยออกกำลังกายเนื่องด้วยข้อจำกัดทางศาสนาที่กำหนดไว้ (พงศ์เทพและยูซุฟ, 2552)

4. การจัดการความเครียด

ภาวะเครียด โดยปกติแล้วส่งผลให้ร่างกายและจิตใจอ่อนแอลง หากมีการจัดการความเครียดได้ดี ทำให้โอกาสเกิดการเจ็บป่วยน้อย แต่ถ้าหากมีการสะสมความเครียดนาน ๆ ไม่มีการจัดการที่ถูกต้อง ทำให้สภาพจิตใจอ่อนแอ ส่งผลต่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสโรค เมื่อมีการเจ็บป่วยวัณโรคเกิดขึ้น ในช่วงการรักษาระยะเข้มข้นต้องมีการแยกผู้ป่วย เนื่องจากมีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ส่งผลต้องให้ผู้ป่วยวัณโรคหยุดงาน ขาดรายได้ ก่อให้เกิดความเครียดมีผลต่อร่างกายแย่ลง อีกทั้งมีความรู้สึกกังวลว่าจะเป็นที่รังเกียจของเพื่อนบ้าน ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ อ่อนเพลียอยู่แล้ว ยิ่งส่งผลให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง

จากวิถีชีวิตความเสี่ยงในมุสลิมดังกล่าว มีผลสำคัญต่อการกระตุ้นให้เกิดโรคร้ายขึ้น ดังนั้น ควรมีการนำหลักคำสอนศาสนาามาปรับใช้กับผู้ป่วยวัณโรคให้เหมาะสมกับบริบทมุสลิม เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรควัณโรคในมุสลิม

การเกิดความเจ็บป่วย อิสลามไม่ได้ถือว่าความเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย แต่เชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นไปตามพระประสงค์ของพระเจ้า และการหายหรือไม่หายจาก

การเจ็บป่วย หรือการตาย ก็เป็นพระประสงค์ของพระเจ้าเช่นกัน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ให้ผู้ป่วยนอนรอจนกว่าพระองค์จะกำหนดให้หายโดยไม่พยายามเยียวยารักษาป้องกัน อิสลามถือว่า ความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบ วัตความศรัทธา ความอดทน ความยำเกรงต่อพระเจ้า นอกจากนี้ การที่พระองค์ให้เราเจ็บป่วยยังถือเป็นความเมตตา และไม่ให้เราท้อแท้สิ้นหวัง ให้รีบบำบัดเพื่อจะได้หายได้เคารพภักดีต่อพระองค์ต่อไป (อิสมาอีลลุดดี, 2555) เมื่อมีการเกิดโรคขึ้นทำให้ร่างกายมีการเสียสมดุลไป เกิดความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายที่แตกต่างกันไปตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแต่ละระบบต่างๆในร่างกาย โดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงในการเกิดโรค ซึ่งในการเกิดโรคแต่ละครั้งจะต้องมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่งอาจจะหายเป็นปกติ พิกการเรื้อรัง หรือตายได้ ดังนั้นการที่จะเกิดโรคได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านมนุษย์ (Host) กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

1.1 โรคประจำตัว ซึ่งอาจมีผลต่อการก่อโรค ที่อาจถูกถ่ายทอดกันมา (แก่ง, 2551) การมีโรคประจำตัว หรือร่างกายมีโรคประจำตัวที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อมากกว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อครั้งแรกอาจป่วยได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว และมีอาการรุนแรง (ทวี, 2551, WHO, 2010) การฟิการแต่กำเนิด หรือการเจ็บป่วยเกี่ยวกับความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน ในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือบกพร่องได้รับเชื้อวัณโรคครั้งแรกเป็นจำนวนมาก ทำให้กลายเป็นวัณโรคได้ (ทวี, 2551) ผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยการเจ็บป่วยของโรค มีโอกาสเกิดโรคสูง และในผู้ป่วยด้วยโรคไตร่วมด้วยมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตด้วยวัณโรคปอด และสูงขึ้นในผู้ป่วยไตวาย (Christopoulos et al., 2009) อีกทั้งสภาพภูมิคุ้มกันของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคโดยตรง ในผู้ที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีประวัติการแพ้ยาผู้ที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง อาจเกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (แก่ง, 2556)

1.2 อายุ มีความสัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย บุคคลที่มีอายุมากการเกิดโรคจะง่ายขึ้น เนื่องจากร่างกายอ่อนแอลง จากข้อมูลสำนักวัณโรค (2557) พบว่ากลุ่มอายุที่มีการเกิดโรควัณโรคมากที่สุดคือ กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จากความเสื่อมของร่างกาย ทำให้การติดเชื้อง่ายขึ้น และความเสี่ยงการเกิดจะเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น (Hero et al, 2009, Lienhardt C. et al, 2009) ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรคได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากการสะสมของสิ่งที่เป็นพิษต่างๆของร่างกายเพิ่มขึ้นตามอายุที่ผ่านไป ภูมิคุ้มกันโดยธรรมชาติของร่างกายค่อยๆลดลง เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (ฤทัยพรและผจงศิลป์, 2550)

1.3 เพศ อัตราการเกิดโรคในเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างด้านฮอร์โมน และการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล เพศชายมีอัตราการเกิดโรคมมากกว่าเพศหญิง (กรมควบคุมโรค, 2556, พัฒนโชค, 2554, Lienhardt C. et al, 2009) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Gamil Qasem Othman et al. (2011) โดยพบว่าปัจจัยด้านคลินิกและลักษณะประชากร และสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในปอดและวัณโรคนอกปอด ได้แก่ เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอด

1.4 อาชีพ มีผลต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เกี่ยวกับการบริหารจัดการเวลาในการอำนวยความสะดวกเพื่อตอบสนองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล รวมถึงการจัดการด้านความเครียด

1.5 การขึ้นทะเบียนการรักษา ในการเกิดวัณโรคจะมีการจำแนกประเภทการเกิดแตกต่างกันไป กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่รุนแรง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาซ้ำ เป็นผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคแล้ว ได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้วแต่ยังกลับมาเป็นวัณโรคอีก ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อจากบุคคลอื่น ด้วยบริบทของมุสลิมต้องมีการพบปะกันเป็นกลุ่ม โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเกิดโรคได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำแล้ว กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาซ้ำหลังจากล้มเหลว และกลุ่มที่ขาดยาแล้วมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งสิ้น

1.6 ประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อน ผู้ป่วยวัณโรคที่เคยได้รับการรักษาเป็นจำนวนมากรับประทานยารักษาวัณโรคได้จนสิ้นสุดการรักษาโดยไม่เกิดผลข้างเคียง ที่สำคัญในขณะที่ผู้ป่วยบางรายเกิดผลข้างเคียงจนต้องหยุดยาระหว่างการรักษา อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ผื่น ผิวน้ำ หูหนวก ปวดมึนศีรษะ เบื่ออาหาร มองเห็นภาพไม่ปกติ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง โดยอาการเหล่านี้หากผู้ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่ พยาบาล ไม่มีการสังเกตหรือให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและประสานงานกับแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อให้การรักษาอย่างใกล้ชิด จะส่งต่อการขาดยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการรักษาระยะเข้มข้น (สำนักวัณโรค, 2557)

1.7 ระดับการศึกษา การศึกษามีผลต่อการเกิดโรคได้ง่าย หากผู้ป่วยมีความรู้ น้อย ส่งผลต่อความเข้าใจในการดูแลตัวเองน้อย คนที่มีการศึกษาดีพบว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (คำนวนและคณะ, 2559)

1.8 รายได้ รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญ ซึ่งเป็นตัวกำหนดในการตัดสินใจในการเลือกดูแลสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร และการทุ่มเทให้กับการประกอบอาชีพจนร่างกายมีความเหนื่อยล้า ส่งผลให้เกิดความเครียด และเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะการดำรงชีวิตภายใต้ภาวะทางเศรษฐกิจที่ย่ำแย่ จะส่งผลต่อการเกิดโรคมามากขึ้น และอัตราการตายมักจะสูงขึ้นได้เช่นกัน (ฤทัยพรและผจงศิลป์, 2550)

1.9 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและป่วยสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่จะพบการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (Lin et al, 2009, Lienhardt C. et al, 2009) การสูบบุหรี่เป็นการทำลายสุขภาพของผู้สูบเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งส่งผลต่อการเสียชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย ผู้ที่สูบบุหรี่กระตุ้นปอดให้การดำเนินโรครุนแรงและเลวร้ายเพิ่มขึ้น (ATS, 2009)

1.10 สถานภาพ ในผู้ป่วยวัณโรค สถานภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค (Lienhardt C. et al, 2009) ส่วนใหญ่แล้วผู้ที่เป็นโสดมักจะมีสุขภาพไม่ดี มักจะมีการตายมากกว่าผู้ที่สถานภาพคู่ เนื่องจากมักจะดำรงชีวิตแบบง่าย ๆ ไม่ค่อยสนใจในการดูแลตนเอง ซึ่งแตกต่างกับผู้ที่แต่งงานแล้วมีโอกาสได้รับการปลอบใจ หรือดูแลจากคู่สมรสในการดำเนินชีวิตและเวลาป่วยมากกว่าผู้ที่เป็นโสด (ฤทัยพรและผจงศิลป์, 2550)

จากการศึกษาพบว่า ประชากรมุสลิมที่ป่วยด้วยโรควัณโรค ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นวิกฤติ ด้านมนุษย์ และมีผลต่อการเจริญเติบโตในสังคมมนุษย์ คือความยากจน (GHD, 2017) ซึ่งมีผลต่อช่วงวัย

ผู้ใหญ่มากที่สุด เนื่องจากเป็นวัยที่หารายได้ สร้างครอบครัว ในการรักษาวัณโรคแต่ละครั้ง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน และต้องมีการหยุดพักงานในช่วงการรักษา ระยะแรกที่มีการแพร่กระจายเชื้อ ส่งผลต่อผู้ป่วยขาดรายได้ ครอบครัวขาดรายได้ นอกจากนี้ในครอบครัวที่พ่อแม่เกิดการเจ็บป่วย ไม่สามารถหารายได้เข้าครอบครัว คนที่เป็นบุตรอาจจะต้องออกจากโรงเรียน เพื่อช่วยเหลือครอบครัวทำงานหารายได้เนื่องจากสภาพที่ครอบครัวยากจน

2. ปัจจัยด้านสิ่งทีก่อให้เกิดโรค (Agent) กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

2.1 ระยะเวลาการสัมผัสเชื้อ ผู้ที่สัมผัสและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคบ่อยครั้ง อย่างใกล้ชิด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับเชื้อเป็นระยะเวลานาน ๆ การได้รับเชื้อจะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของแต่ละคน รวมถึงความหนาแน่นของประชากร ซึ่งการเคยสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคมากกว่าคนที่ไม่เคยสัมผัส (Coker et al., 2006)

2.2 ปัจจัยเสี่ยงของการพัฒนาของเชื้อวัณโรค ผู้ที่ป่วยด้วยโรควัณโรคมีระยะเวลาในการรักษา 6 เดือน หากมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง อัตราการหายขาดเพิ่มขึ้น ดังนั้นหากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบและไม่ต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการดื้อยาได้ ส่งผลต่อระยะเวลาในการรักษาเพิ่มขึ้น

2.3 ประวัติการได้รับวัคซีน การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค BCG มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรควัณโรค (Lienhardt C. et al, 2009) เนื่องจากร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย โอกาสการเกิดโรคได้ง่าย และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีโรคไต เป็นต้น

2.4 การตรวจเสมหะ เป็นวิธีการค้นหาผู้ป่วย ควรเก็บเสมหะทันทีเมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่สถานบริการ และควรเก็บเสมหะเมื่อตื่นนอนตอนเช้า ก่อนแปรงฟัน ซึ่งเสมหะช่วงนี้เป็นเสมหะที่ดีที่สุดในการตรวจหาเชื้อเนื่องจากการสะสมของเชื้อในหลอดลมมาทั้งคืน (สำนักวัณโรค, 2557) หากผู้ป่วยมีอาการสงสัยว่ามีการติดเชื้อวัณโรคหรือไม่ การตรวจเสมหะอย่างรวดเร็วเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ดี เมื่อมีการรักษาไปแล้วแต่ยังตรวจพบว่าผลเสมหะยังคงกลับเป็นพบเชื้อในเดือนที่ 5 หรือหลังจากนั้น แปลว่าผลการรักษาล้มเหลว (สำนักวัณโรค, 2556) อาจจะมีสาเหตุมาจากการขาดยา ผู้ป่วยบางคนรู้สึกดีขึ้นแล้วเลยหยุดการรับประทานยาเอง หรือผู้ป่วยที่มีภูมิร่างกายที่ต่ำรวมถึงผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธี จึงส่งผลให้การรักษาล้มเหลว และมีโอกาสเกิดการดื้อยาสูง

2.5 อาการแสดงที่เกิดขึ้น เป็นระยะแสดงอาการของโรค (คำนวณและคณะ, 2559) ระยะนี้สิ่งที่ทำให้เกิดโรคได้ทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพจนร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และเกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วยเริ่มต้น และค่อย ๆ มากขึ้น จนแสดงอาการเกิดขึ้น เช่น ไอเสมหะปนเลือด ไข้ เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ การติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น

จากสภาพร่างกายของผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้ออื่นแอบแฝง เช่น เอชไอวี ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต่ำ ในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโดยเฉพาะกลุ่มสตรีมุสลิมเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงและ

มีโอกาสของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเพศชาย ซึ่งตามแนวทางของศาสนาอิสลามภรรยาที่ต้องเชื่อฟังสามีอย่างเคร่งครัด ไม่นำความเดือดร้อนสู่ครอบครัว ในด้านการมีเพศสัมพันธ์ สตรีไทยมุสลิมห้ามปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามี หากสามีเป็นผู้ที่ไม่เคร่งครัดในหลักศาสนา โดยการไปมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือการใช้ยาเสพติด ทำให้มีการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่งผลให้มุสลิมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มักปกปิดภาวะการติดเชื้อและเชื่อว่าเป็นการละเมิดคำสอนของศาสนา เปรียบเสมือนการทำผิดต่ออัลลอฮ์ หรือการทาบอบที่รุนแรง (นิรัชราและคณะ, 2554) นอกจากนี้การติดเชื้ออาจส่งผลทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทของการทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์ และรู้สึกกว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) กับการเกิดของโรควัณโรค ซึ่งหมายถึงธรรมชาติที่อยู่รอบตัวและสิ่งก่อโรค ที่มีผลต่อมนุษย์และสิ่งก่อโรคโดยตรง การอาศัยในพื้นที่ที่มีความแออัดมีความเสี่ยงเกิดการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด (Coker et al., 2006) การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรควัณโรค มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มียาติป่วยเป็นวัณโรค (Lienhardt C. et al, 2009, Coker et al., 2006) ในผู้ดูแลผู้ป่วยและการนอนร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าผู้ที่นอนแยกห้องกับผู้ป่วย อีกทั้งลักษณะบ้านไม้ชั้นเดียว การถ่ายเทอากาศในห้องนอนไม่ดีมีผลต่อการเกิดโรคได้ง่ายด้วย โดยเฉพาะบ้านที่มีจำนวนหน้าต่างห้องนอนน้อย ทำให้การระบายอากาศได้ไม่ดีเท่าบ้านที่มีหน้าต่างมาก

นอกจากปัจจัยทางการระบาดแล้ว ยังพบว่าการเกิดโรควัณโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด โดยปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคและความเจ็บป่วยประกอบด้วย ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ดังนี้ (อิสมาอีลลุตฟี, 2555)

1. ปัจจัยภายใน

เป็นการดูแลทางด้านจิตใจเป็นสำคัญ การมีอารมณ์เครียดและโกรธง่ายเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรค ซึ่งต้องกล่าวบทบาในการปฏิบัติทุกกิจกรรมประจำวันในชีวิต การละหมาดรวมถึงการถือศีลอด เป็นการสร้างให้จิตใจเข้มแข็งไม่อ่อนแอ การที่จิตใจอ่อนแอส่งผลต่อร่างกายอ่อนแอได้ด้วย ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง อาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (แก่ง, 2556) โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่หะรอม เช่น เหล้า เบียร์ รวมถึงบุหรี่ยาเสพติด สิ่งเหล่านี้นอกจากผิดหลักศาสนาแล้วยังส่งผลต่อสุขภาพร่างกายแย่งลง นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ก่อให้เกิดร่างกายได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคจะขาดพวกวิตามินบี 12 และวิตามินดี เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีโอกาสการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยด้วยวัณโรคแล้วจะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ดังนั้นควรได้รับอาหารที่ให้พลังงานสูงแก่ร่างกาย และควรเป็นอาหารที่ฮาลาล (อนุมัติ) ตามหลักศาสนาด้วย

2. ปัจจัยภายนอก

เป็นการสัมผัสสิ่งสกปรกทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นเสื้อผ้า อาหาร เครื่องดื่ม ที่อยู่อาศัยบริเวณรอบ ๆ บ้าน รวมถึงแหล่งแพร่เชื้อต่าง ๆ ควรมีการกำจัดและควบคุม เพราะสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดการก่อตัวของโรค เมื่อมีการสัมผัสอาจทำให้เจ็บป่วยและเป็นพาหะนำโรคได้ ดังนั้นการเกิดโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นในผู้ป่วยวัณโรคมูสลิม เกิดได้ทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก สิ่งเหล่านี้ควรมีการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ และบำบัดรักษาตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งศาสนาสันนิษฐานว่าความเจ็บป่วยเกิดจากพระเจ้า แต่ทั้งนี้ต้องมีการบำบัดรักษาร่วมด้วย

ดังนั้นสรุปได้ว่า ปัจจัยในการเกิดการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคในมุสลิมประกอบด้วยหลายปัจจัย กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ไตวาย ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ติดยาเสพติดเข้าเส้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการติดเชื้อส่วนใหญ่มักเป็นแบบไม่แสดงอาการ เนื่องจากเชื้อจะสามารถอยู่ในร่างกายได้โดยไม่มีการแบ่งตัวหรือแพร่กระจายเชื้อเป็นเวลาหลายปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ และมีโอกาสเปลี่ยนการดำเนินโรคเป็นแบบลุกลามหรือก่อให้เกิดอาการแสดงได้ ผู้ป่วยที่มีการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันพร่องเดิมอยู่แล้ว มีโอกาสเกิดอาการแสดงได้ภายใน 1 ปี หลังได้รับเชื้อ อาการเริ่มต้นที่ไม่จำเพาะ ได้แก่ มีไข้ต่ำ ๆ หายใจขัด ๆ ไอเรื้อรัง เหงื่อออกตอนกลางคืน น้ำหนักลด และบางรายอาจมีอาการไอเสมหะร่วมด้วย การดำเนินโรคจะเป็นไปอย่างช้า ๆ ยกเว้นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องจะเกิดอาการรวดเร็วและรุนแรงได้ อีกทั้งหากผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนแออัด มีน้ำขัง มีภาวะทุพโภชนาการ และไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โอกาสการก่อโรคของเชื้อวัณโรคจะเกิดขึ้นได้ง่าย (Knelchel, 2009)

การฟื้นฟูสุขภาพจากวัณโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

การส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพจากวัณโรคปอดโดยทั่วไป

การฟื้นฟูสุขภาพจากโรคเป็นกระบวนการของร่างกายที่กลับเข้าสู่สภาวะการทำงานปกติ เป็นการกลับคืนสู่สภาพปกติหลังเกิดการเจ็บป่วย หรืออยู่ในระดับเดียวกับก่อนการเจ็บป่วย เปลี่ยนแปลงจากสภาวะการเจ็บป่วยไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (จินฉนพัต, 2554) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคเป็นสิ่งสำคัญ มีดังนี้

1. การรับประทานยา

การรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment Short course: DOTS) ภายใต้การสังเกตโดยตรงโดยมีพี่เลี้ยงเป็นผู้สังเกตขณะกลืนยา เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาอย่างครบถ้วนและสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง ซึ่งการรักษาด้วยวิธี DOTS เป็นวิธีการในการควบคุมการระบาดของโรควัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 2009) ช่วยตัดวงจรในการแพร่กระจายของเชื้อไปสู่ผู้อื่น ป้องกันการเกิดการดื้อยาหรือกลับเป็นซ้ำได้ อีกทั้งยังช่วยลดอัตราการป่วยและอัตราการตายด้วย (Singhal & Jaiswa, 2011; Granich, Akolo, Gunneberg,

Getahun, & Williams, 2010; Partha et al., 2010) ซึ่งกลยุทธ์ในการรักษาด้วยระบบ DOTS ประกอบด้วย 5 ยุทธวิธีคือ

1.1) พันธสัญญา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญเพราะเป็นพันธสัญญาในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้บริหารและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ และผู้บริหารมีความต่อเนื่องในการบริหารกำลังคนและแหล่งเงินสนับสนุน โดยผู้บริหารเป็นผู้กำหนดนโยบายในการปฏิบัติไปสู่ระดับผู้ปฏิบัติ (ยุทธชัย, 2550) ดังนั้น พันธสัญญาควรเริ่มมาจากความเชื่อ ความศรัทธา แล้วปฏิบัติตามแนวทางเดียวกันตั้งแต่ระดับผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติการ

1.2) การตรวจเสมหะ การวินิจฉัยเน้นการป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการค้นหาผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสำคัญของโรคด้วยวิธีการตรวจเสมหะจากกล้องจุลทรรศน์ที่มีคุณภาพ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจมีการติดเชื้อได้ง่าย เช่น ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุ ผู้อพยพย้ายถิ่น เป็นต้น ในการวินิจฉัยผู้ป่วยเสมหะบวกรวมต้องมีการตรวจเสมหะอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือผลการตรวจเสมหะ 1 ครั้งร่วมกับภาพรังสีทรวงอกที่เข้าได้กับวัณโรคปอด ในกรณีวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะเป็นผลลบ ก็ยังต้องอาศัยการตรวจเสมหะไม่พบเชื้ออย่างน้อย 3 ครั้ง ในการศึกษาการดำเนินงานด้านการตรวจเสมหะพบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจ และรองลงมาคือ บุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอ ขาดความรู้ ความชำนาญในการตรวจเสมหะ ผู้ที่สงสัยว่าเป็นวัณโรคไม่ให้ความร่วมมือ อีกทั้งการค้นหาผู้ป่วยในผู้สัมผัสสูงๆ (ไพบูลย์, 2542) ดังนั้น การตรวจเสมหะที่มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยการเกิดวัณโรคปอด

1.3) การรักษาแบบส่งเสริมและให้การดูแลด้วยระบบยาที่มีคุณภาพและมีความเพียงพอ ซึ่งสูตรยาที่ใช้ในการรักษาโรควัณโรคมี 2 ช่วงคือ ระยะเข้มข้นและระยะต่อเนื่อง ในการให้ยารักษาควรให้ในขณะท้องว่างวันละครั้งเพื่อสะดวกในการรับประทานและป้องกันความผิดปกติ ควรมีการจัดยาใส่ซองวันละ 1 ซอง ครบตามจำนวนวันที่ต้องรับประทาน เพื่อควบคุมการรับประทานยา อีกทั้งพี่เลี้ยงมีความสะดวกในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา (เพชรยา, 2546) ซึ่งการรักษาด้วยสูตรยาที่องค์การอนามัยโลกกำหนดมีดังนี้

1.3.1. การรักษาแบบยาที่ 1 (CATEGORY 1) เป็นสูตรยาระยะที่หนึ่งที่ใช้ยาในการรักษาในระยะแรก หรือระยะเข้มข้นจำนวน 4 ชนิดคือ ไรแฟมพิซิน (R) ไอโซไนอะซิด (H) พัยราซินามัย (Z) และอีแรมบูทอล (E) หรือสเตร็ปโตมัยซิน (S) รับประทานเป็นเวลา 2 เดือน ต่อจากนั้นเป็นการรักษาในระยะต่อเนื่องใช้ยาในการรักษาจำนวน 2 ชนิดคือ ไรแฟมพิซิน (R) และไอโซไนอะซิด (H) รับประทานเป็นเวลา 4 เดือน รวมระยะเวลาในการรักษา 6 เดือน ซึ่งเขียนเป็นสูตรยา คือ 2HRZE (S)/4HR ใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะที่มีรอยโรคในปอดมาก และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น

1.3.2. การรักษาแบบยาที่ 2 (CATEGORY 2) เป็นสูตรระบบยาที่สองใช้ระยะเวลาในการรักษา 8 เดือน การรักษาในระยะแรกใช้เวลา 3 เดือน โดย 2 เดือนแรกฉีดยา 1 ชนิดคือ สเตร็ปโตมัยซิน (S) และรับประทานยาจำนวน 4 ชนิด เป็นเวลา 3 เดือนคือ ไรแฟมพิซิน (R)

นเป็นการรักษาในระยะต่อเนื่อง รับประทานยาจำนวน 3 ชนิดคือ ไรแฟมพิซิน (R) ไอโซไนอะซิด (H) และอีแธมบูทอล (E) เป็นเวลา 5 เดือน ซึ่งเขียนเป็นสูตรยาคือ 2HRZES/1HRZE/5HRE ใช้กับผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ การรักษาล้มเหลว หรือผู้ป่วยที่ขาดยานานเกิน 2 เดือน ที่มีผลเสมหะบวก

1.3.3. การรักษาระบบยาที่ 3 (CATEGORY 3) เป็นสูตรยาระบบที่สาม ใช้ระยะเวลาในการรักษา 6 เดือน การรักษาในครั้งแรกใช้เวลา 2 เดือน รับประทานยาจำนวน 3 ชนิดคือ ไรแฟมพิซิน (R) ไอโซไนอะซิด (H) และพัยราซินามัย (Z) หลังจากนั้นเป็นการรักษาในระยะต่อเนื่องใช้เวลาในการรักษา 4 เดือน รับประทานยาจำนวน 2 ชนิดคือ ไรแฟมพิซิน (R) และไอโซไนอะซิด (H) ซึ่งเขียนเป็นสูตรยาคือ 2HRZ/4HR ใช้สำหรับผู้ป่วยใหม่กรณีวัณโรคปอดที่มีลักษณะผลตรวจเสมหะ 3 ครั้งเป็นลบ แต่ภาพรังสีทรวงอกเข้ากันได้กับวัณโรค ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะและการตัดสินใจของแพทย์ที่จะรักษาแบบวัณโรค และใช้สำหรับผู้ป่วยใหม่กลุ่ม Extra pulmonary Tuberculosis ที่ไม่รุนแรง เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง

1.3.4. การรักษาระบบยาที่ 4 (CATEGORY 4) สูตรยาระบบที่สี่ให้การรักษาด้วยยาไอโซไนอะซิด (H) ชนิดเดียว หรือยาสำรองที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อนอย่างน้อย 3 ชนิด เช่น กานามัยซิน (Kanamycin) ไซโคลเซอร์ลิน (Cycloserine) และออฟลอกซ์ซาซิน (Ofloxacin) ซึ่งเขียนเป็นสูตรยาคือ H ใช้สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะการล้มเหลวจากการใช้ยาในระบบยาที่สอง

ดังนั้นการจัดยาเพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกในการรับประทานยา คือ การเตรียมยาใส่ซองวันละ 1 ซอง (drug packet) ให้ครบวัน เพื่อควบคุมกำกับกับการรับประทานยา แต่จากปัญหายังพบว่าบุคลากรในการจัดยาน้อย ทำให้ได้รับการให้คำแนะนำในการรับประทานยาไม่เต็มที่ (สุพิชชา, 2551) อีกทั้งโรงพยาบาลทั่วไปยังไม่ใช้ระบบยารักษาตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกกำหนดทุกราย ที่มีนโยบายให้เจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง แต่ส่วนใหญ่จะพบว่าเป็นญาติพี่น้องใกล้ชิดที่กำกับการกินยา

1.4) มีการบันทึกรายงานที่ดีในการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยและมีการประเมินแผนงานอย่างต่อเนื่อง มีระบบรายงานที่มีระบบ โดยการบันทึกรายงานมีการประเมินผลที่สำคัญ 3 ประเด็น คือ 1) การค้นหาข้อมูลผู้ป่วย (case finding) 2) ผลตรวจเสมหะเปลี่ยนจากบวกเป็นลบเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (conversion rate) 3) ผลการรักษา (treatment outcome) ในการประเมินทั้ง 3 ด้านนั้นเป็นเป้าหมายในการควบคุมวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกทุกรายต้องมีอัตราการรักษาที่หายขาด อัตราการค้นหาผู้ป่วยต้องมากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเสมหะบวก หากการบันทึกข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้การบันทึกขาดประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีผลต่อการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.5) การรับประทานยาภายใต้การกำกับของ DOTS โดยมีพี่เลี้ยงเป็นผู้สังเกตการกินยาของผู้ป่วยตามแผนการรักษา การบันทึกการรับประทานยาในสมุดบันทึก รวมถึงการให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับประทานยา

ดังนั้น การรับประทานยาภายใต้การกำกับเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบโดยวิธี DOTS ที่สำคัญ เป็นวิธีการสำเร็จในการส่งเสริมการรับประทานยาผู้ป่วยวัณโรค มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยให้หายขาด และพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว เนื่องจาก

ครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีความสะดวกในการดูแล อีกทั้งมีการประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ช่วยลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว (การิमान, 2554)

2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

องค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา ได้เสนอแนะมาตรการในการควบคุมวัณโรคที่ดีที่สุด โดยตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การป้องกันด้วยวัคซีนบีซีจี การรักษาด้วยยาและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรค (CDC, 2005) การให้ความรู้เป็นวิธีการที่สำคัญที่ช่วยลดจำนวนประชากรผู้ป่วยวัณโรคลดลง อีกทั้งยังเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ซึ่งการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เกิดประสิทธิผลได้อีกอย่าง คือต้องตัดวงจรของการติดเชื้อซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัย 7 ประการ คือ (ฤทัยพรและผจงศิลป์, 2550) 1) เชื้อโรค การเกิดโรคขึ้นอยู่กับเชื้อที่เข้าสู่ร่างกาย ความรุนแรงของเชื้อ ความสามารถในการก่อโรค และการแทรกของเชื้อโรคเข้าสู่เนื้อเยื่อของร่างกาย 2) แหล่งแพร่เชื้อโรค หรือรังโรค อาจจะเป็น คน สัตว์ หรือสิ่งของก็ได้ 3) ทางออกของเชื้อโรค 4) วิธีการแพร่กระจายของเชื้อโรค 5) ทางเข้าของเชื้อโรค 6) ระยะเวลาในการเกิดโรค 7) ผู้ที่ไวต่อการรับเชื้อโรค ความไวในการรับเชื้อโรคขึ้นอยู่กับพันธุกรรม การได้รับภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค และภาวะโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวเกิดความตระหนักและมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังนั้นการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายวัณโรคปอด มีดังนี้ (สำนักวัณโรค, 2551, ประพนอม, 2551)

2.1. รับประทานยาวัณโรคจนครบตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ครบขนาดโดยไม่หยุดยาเอง ผู้ป่วยวัณโรคมักจะหยุดยาเองคิดว่าตนเองหายดีแล้วจากการรักษาได้ระยะหนึ่ง หรือจากการที่ต้องรับประทานยาหลายขนานทำให้เกิดความท้อแท้เลยหยุดยาเอง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เชื้อวัณโรคดื้อยาได้

2.2. การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด มีดังนี้

2.2.1 ผู้ป่วยต้องปิดปาก ปิดจมูกเวลา ไอ จามทุกครั้ง โดยการสวมหน้ากากอนามัยหรือผ้าเช็ดหน้าที่สะอาด เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อวัณโรคฟุ้งกระจาย หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่กำลังมีอาการไอ และยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยา

2.2.2 การล้างมือทุกครั้งที่สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง หลังจากการปิดปากเวลาไอ ก่อนรับประทานอาหาร และหลังจากออกจากห้องน้ำทุกครั้งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค จากการศึกษาพบว่า การล้างมือช่วยลดอัตราการแพร่กระจายของเชื้อโรค

2.3. การจัดสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงจากเสมหะผู้ป่วย และลดจำนวนเชื้อวัณโรคในสิ่งแวดล้อม

2.3.1 การแยกห้องนอนในช่วงเดือนแรกของการรักษา ในผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคควรแยกห้องสำหรับผู้ป่วยถ้าทำได้หลังจากรับประทานยาต้านวัณโรคครบ 2 เดือนหรือจนกว่าผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค

2.3.2 การจัดบริเวณห้องนอนผู้ป่วยและบริเวณในบ้านให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่อับชื้น โดยเปิดประตูหน้าต่างทุกบาน ภายในห้องควรมีแสงแดดส่องถึง

2.3.3 การนำเสื้อผ้าและของผู้ป่วย เช่น ที่นอน หมอน ผ้าห่ม ออกทำความสะอาดบ่อย ๆ และนำออกผึ่งแดดทุกวันเพื่อฆ่าเชื้อโรคเพราะแสงแดดสามารถฆ่าเชื้อโรคภายใน 5 นาที การผึ่งแดดจึงเป็นวิธีที่สะดวกที่สุด

2.3.4 ภาชนะใส่อาหารล้างทำความสะอาดและผึ่งแดดให้แห้งก่อนเก็บทุกครั้ง โดยไม่จำเป็นต้องแยกภาชนะใส่อาหาร แต่ให้ใช้ช้อนกลางแทน

2.3.5 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเช่น กระดาษทิชชูที่ใช้เช็ดเสมหะ ถุงพลาสติกที่ใช้ขว่นเสมหะของผู้ป่วย หลังการใช้แล้วให้ทำลายเชื้อโดยวิธีเผาให้เร็วที่สุด

2.4. รักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ออกกำลังกาย และรับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่

2.5. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดวัณโรค เช่น อยู่ในสถานที่แออัด การติดสารเสพติด

2.6. ตรวจสอบสุขภาพปอดปีละครั้ง เพื่อติดตามภาวะสุขภาพ

ดังนั้นในการดูแลเพื่อให้เกิดการฟื้นหายในผู้ป่วยวัณโรค ควรดูแลตั้งแต่ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และการจัดการสิ่งแวดล้อม เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นในการเกิดโรค หรือส่งเสริมการหายของโรค หากมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง การฟื้นหายก็จะช้าลง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นหายจากวัณโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

มุสลิมทุกคนถือว่าการมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นความโปรดปรานอย่างหนึ่งจากอัลลอฮ์ (ซบ.) ที่ควรจะรัก หวงแหน ดูแลทะนุถนอมเป็นอย่างดี และจะต้องรู้จักการกล่าวขอบคุณกับอัลลอฮ์ อย่างเป็นรูปธรรม คือต้องเป็นบ่าวที่ดี มีความยำเกรง (ตักวา) ต่ออัลลอฮ์อย่างแท้จริง และท่านนบีมูฮัมมัดได้กล่าวว่า สุขภาพ ความโปรดปรานที่คนส่วนใหญ่มักหลงลืม นั่นคือ การมีสุขภาพที่ดี และมียามว่าง (รายงานโดย อัลบูคอรี) ดังนั้นการดูแลสุขภาพ ต้องมีความรู้ มีความศรัทธา มีวินัยอย่างเคร่งครัด รู้จักบริหารตนเองและเวลา หากศึกษาในหลักการอิสลามแล้ว การดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ มุ่งเน้นการป้องกันมากกว่าการบำบัดการรักษา ดังนั้นการดูแลสุขภาพเชิงการป้องกันโรคจะกระทำก็ต่อเมื่อผู้นั้นหมั่นเพียรหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ แล้วเกิดความตระหนัก พร้อมทั้งจะมีการดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี นำไปสู่การปฏิบัติเป็นรูปธรรมอย่างสม่ำเสมอ

จากพื้นฐานการดำเนินชีวิตของมุสลิมที่ยึดถือหลักการอิสลามเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ตั้งแต่ต้นนอนจนกระทั่งเข้านอน ทำให้รูปแบบวิถีชีวิตมีความผูกพันกับหลักการศาสนา มาก ประกอบกับศาสนาได้ส่งเสริมให้มุสลิมทุกคนมีความรัก และทะนุถนอมร่างกายที่เปรียบตั้งของขวัญที่ประทานโดยอัลลอฮ์ (ซบ.) เพื่อแสวงหาความโปรดปรานจากพระองค์ ดังนั้นการดูแลสุขภาพเพื่อให้มีการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มุสลิมทุกคนพึงกระทำ โดยยึดหลักวิถีมุสลิมมาปรับใช้เป็นหลัก จึงจะส่งผลให้สุขภาพร่างกายที่ดี ผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมก็จะสามารถดูแลตนเองรักษา จนหายป่วย ลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น ไม่ก่อให้เกิดการต้อขยายตามมา โดยปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยจากวัณโรคในมุสลิมมีดังนี้

1. ปัจจัยด้านมนุษย์ (Host) กับการฟื้นฟูจากโรควัณโรค

1.1 เพศ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นส่วนใหญ่เพศหญิงจะมีความสนใจในการหาวิธีการดูแลรักษามากกว่าเพศชาย จึงมักไปตรวจรักษาบ่อยกว่า ทำให้อัตราป่วยมากกว่า แต่อัตราตายต่ำกว่า (ฤทัยพรและผจงศิลป์, 2550) การฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยจึงสูงกว่าเพศชาย

1.2 อายุ อายุเป็นตัวแปรสำคัญในการเกิดโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สูงอายุ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย จากสภาพร่างกายที่เสื่อมลง ในขณะเดียวกัน ผู้ที่มีอายุวัยกลางคนโอกาสการฟื้นฟูได้ง่ายกว่า เนื่องจากสภาพร่างกายที่ยังสมบูรณ์แข็งแรง หากมีการศึกษาสูงร่วมด้วยความเข้าใจในการปฏิบัติดูแลสุขภาพ วิธีการรักษาหรืออุปกรณ์ต่างในการส่งเสริมการฟื้นฟูได้ง่าย

1.3 การรักษา การรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาด รวมถึงผู้ป่วยวัณโรคมีการรับประทานอย่างต่อเนื่อง โอกาสเกิดการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคสูง (สำนักวัณโรค, 2557) การรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment Short course: DOTS) ภายใต้การสังเกตโดยตรงโดยมีพี่เลี้ยงเป็นผู้สังเกตขณะกลืนยา เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาอย่างครบถ้วนและสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง ซึ่งการรักษาด้วยวิธี DOT เป็นวิธีการในการควบคุมการระบาดของโรควัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 2016) ช่วยตัดวงจรในการแพร่กระจายของเชื้อไปสู่ผู้อื่น ป้องกันการเกิดการดื้อยาหรือกลับเป็นซ้ำได้ อีกทั้งยังช่วยลดอัตราการป่วยและอัตราการตายด้วย (Singhal & Jaiswa, 2011; Granich. et.al, 2010; Partha et al., 2010)

1.4 ผลเอกซเรย์ ผู้ป่วยที่มีการคัดกรองการเกิดวัณโรคด้วยการตรวจรังสี ทำให้การดูแลรักษาได้ถูกต้องและรวดเร็ว เพราะลักษณะการติดเชื้อที่ปอดเป็นการยืนยันถึงความเจ็บป่วย อีกทั้งผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมมีการดูแลร่างกาย ออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ปอดแข็งแรงส่งผลต่อการฟื้นฟูได้ดีขึ้น

1.5 การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารในผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมจะยึดหลักตามแนวทางหลักการอิสลาม โดยมีข้อกำหนดในการเลือกรับประทานอาหารที่ชัดเจนและเข้มงวด มุสลิมต้องเลือกสิ่งที่จะนำเข้าสู่ร่างกายควรกำหนดและยินยอมรับประทานอาหารที่ดี (ฮาลาล) ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม วิธีการปรุงอาหาร วิธีการบริโภค ผลที่ได้รับ คือ ก่อให้เกิดพัฒนาการทางด้านจิตใจ และเชื่อว่าอาหารที่ดีที่เข้าสู่ร่างกาย จะไปช่วยสร้างเนื้อเยื่อต่างๆ มีส่วนเสริมสร้างจิตวิญญาณที่บริสุทธิ์ ต่างจากอาหารที่เป็นสิ่งที่ต้องห้าม (หะรอม) เมื่อเข้าสู่ร่างกาย การปฏิบัติศาสนกิจและภารกิจต่าง ๆ จะไม่ได้รับการตอบสนองการปฏิบัติศาสนกิจจากพระผู้เป็นเจ้า (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) และในการรับประทานควรรับประทานแต่พอประมาณ เพื่อให้ร่างกายได้รับอาหารที่ดี ในผู้ป่วยวัณโรคผู้ที่ขาดวิตามินบี 12 และวิตามินดี มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรควัณโรค เนื่องจากเมื่อร่างกายขาดวิตามินบี 12 และวิตามินดี เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีโอกาสการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยด้วยโรควัณโรคแล้วจะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ดังนั้นควรได้รับอาหารที่ให้พลังงานสูงแก่ร่างกาย และในการเพิ่มน้ำหนักให้ปกติ ควรเพิ่มมื้ออาหารให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ครบทั้ง 5 หมู่ (วิมลรัตน์, 2552, ดวงกลมและปานจันทร์, 2548)

ดังนั้นในการรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่ไม่เป็นสิ่งที่ต้องห้ามของศาสนา และส่งเสริมให้ร่างกายหายป่วยด้วย

1.6 การออกกำลังกาย ศาสนาอิสลามได้กำหนดหลักการอิสลาม เพื่อให้มุสลิมทุกคนใช้เป็นแบบอย่างในการดำรงชีวิตในทุก ๆ ด้าน กิจกรรมการออกกำลังกายถือว่าเป็นการแสดงความภักดีต่ออัลลอฮ์ การออกกำลังกายตามหลักของอิสลามนั้นมี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรกเป็นส่วนที่ได้จากการมีอิริยาบถของการปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน ได้แก่ การละหมาด ท่าทางที่ใช้ในการละหมาด เช่น ท่าก้ม ท่านั่ง ท่ายืน เท่ากับเป็นการออกกำลังกาย ส่วนที่สองได้มาจากการออกกำลังกายโดยตรง เช่น การวิ่งแข่ง การว่ายน้ำ การขี่ม้า เป็นต้น ตามหลักการศาสนาอิสลามแล้ว การออกกำลังกายในผู้ที่มีเจตนาเพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรง สมบูรณ์ เพื่อที่จะได้เป็นผู้ที่อัลลอฮ์ทรงยอมรับย่อมเป็นสิ่งที่ดี หากการออกกำลังกายไม่ได้มีเจตนาเพื่ออัลลอฮ์ ถือว่าเป็นการกระทำที่สูญเปล่า (พณพัฒน, 2551, มหาหะและคณะ, 2552) การออกกำลังกายส่งผลต่อร่างกายแข็งแรง ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในหายใจดีขึ้น การแลกเปลี่ยนปริมาณออกซิเจนในแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร่างกายมีภูมิต้านทานต่อเชื้อไวรัสโรคปอดที่เข้าสู่ร่างกาย บางโรคมีข้อจำกัดในการออกแรงและการเคลื่อนไหวการออกกำลังกายควรก็ให้เหมาะสมในแต่ละโรค

1.7 ระดับการศึกษา การศึกษามีผลต่อการเกิดโรคได้ง่าย หากผู้ป่วยมีความรู้ น้อย ส่งผลต่อความเข้าใจในการดูแลตัวเองน้อย คนที่มีการศึกษาดีพบว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (ค่านวนและคณะ, 2559)

1.8 รายได้ รายได้ของครอบครัว ครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสในการแสวงหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตัวเอง เพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (พงค์เทพและยุซุฟ, 2552) ทำให้เกิดการฟื้นฟูสุขภาพจากโรคเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

1.9 สถานภาพ ในผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสุขภาพ ส่วนใหญ่แล้วผู้ที่เป็นโรคมักจะมีสุขภาพไม่ดี มักจะมีการตายมากกว่าผู้ที่สถานภาพดี เนื่องจากมักจะดำรงชีวิตแบบง่าย ๆ ไม่ค่อยสนใจในการดูแลตนเอง ซึ่งแตกต่างกับผู้ที่แต่งงานแล้วมีโอกาสได้รับการปลอบใจ หรือดูแลจากคู่สมรสในการดำเนินชีวิตและเวลาป่วยมากกว่าผู้ที่เป็นโรค (ฤทัยพรและผจงศิลป์, 2550) ส่งผลให้การหายป่วยดีขึ้น

ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยด้วยโรควัณโรคปอดพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วม เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากมีการดูแลร่างกายจนระดับค่าเลือดฮีโมโกลบินอยู่ในระดับดี ส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยวัณโรค ทำให้เกิดการหายป่วยได้โดยตรง (Faurholt-Jepsen .et.al, 2012) เมื่อร่างกายมีการฟื้นตัวเร็ว ส่งผลต่อหายป่วยเร็วขึ้น ได้กลับมามีการทำงานได้อย่างปกติรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยหรือยากจน

2. ปัจจัยด้านสิ่งก่อให้เกิดโรค (Agent) กับการฟื้นฟูสุขภาพจากโรควัณโรค

2.1 การรับประทานยา แนวทางในการควบคุมวัณโรคที่สำคัญ คือการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอตามแนวทาง DOTS จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีความล้มเหลวในการรักษาลดลง (จุฑาภรณ์, ธนรรจ์, อรอนงค์, และเบญจพร, 2555) ดังที่ศาสนาอิสลามได้ระบุไว้ว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยให้รีบบำบัดรักษา และต้องไม่ขัด

กับหลักการทางศาสนา อีกทั้งหากสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องยาผู้ป่วย อีกทั้งหากให้ความใส่ใจ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยรับประทานยาครบกำหนด ทำให้ผู้ป่วยหายป่วย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2. การรักษาความสะอาด อิสลามถือว่าการรักษาความสะอาดเป็นหน้าที่ที่สำคัญที่ต้องปฏิบัติ เพราะความสะอาดเกี่ยวข้องกับหลักปฏิบัติอันเป็นเสาหลักในการดำรงชีวิต ดังคำกล่าวของท่านศาสดาที่กล่าวไว้ว่า “ความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา” ความสะอาดเป็นส่วนสำคัญให้สุขภาพดี ควรเริ่มจากสะอาดตั้งแต่จิตใจ โดยการปฏิบัติตามหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม การดูแลความสะอาดด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การตัดเล็บ การตัดผม การตัดขนที่ไม่จำเป็นในร่างกาย และการสวมเสื้อผ้าที่สะอาด รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อม การดูแลรักษาบ้านให้สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ดังที่ท่านศาสดาได้กล่าวไว้ว่า “จงทำความสะอาด (ทุกสิ่ง) ในบ้านของท่าน” (รายงานโดยตัมมีซี) การมีสุขอนามัยที่ดี ส่งผลต่อการหายป่วยจากโรคได้ดีขึ้น

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) กับการฟื้นฟูหายจากโรควัณโรค ซึ่งหมายถึงธรรมชาติที่อยู่รอบตัวและสิ่งก่อโรค ที่มีผลต่อมนุษย์โดยตรง การดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเข้มข้นจำเป็นต้องมีการแยกผู้ป่วย ดังนั้นสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแล หรือผู้ที่ทำหน้าที่กำกับการกินยา ควรมีการจัดการผู้ป่วยให้ถูกวิธี เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ ที่สำคัญคือการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก จำนวนหน้าต่างห้องนอนที่มีจำนวนมาก โอกาสการหายป่วยจากโรคในผู้ป่วยวัณโรคดีขึ้น โดยเฉพาะการดูแลทางด้านจิตใจ ตามหลักศาสนาอิสลามส่งเสริมให้มีความอดทนเมื่อเจอกับปัญหาและความทุกข์โดยถือว่าความอดทนเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน และการรำลึกถึงพระเจ้า (ซิกิร) ช่วยเสริมสร้างสมาธิทำให้สภาพจิตใจแข็งแรง การละหมาดวันละ 5 เวลาจะช่วยทำให้จิตใจสงบ การถือศีลอดจะเป็นการช่วยควบคุมสติไม่ให้ฟุ้งซ่าน ช่วยส่งผลให้ความเครียดและภาวะวิตกกังวลจากโรคที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น เป็นการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ศาสนาอิสลามให้กล่าวบทดุอา เป็นการขอพรต่ออัลลอฮ์ก่อนเริ่มการงานที่ดีในทุกกิจวัตรประจำวัน รวมถึงป้องกันความปลอดภัยจากสิ่งไม่ดี หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา และไม่เครียดง่าย อีกทั้งหากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีความเข้าใจว่า ศาสนาส่งเสริมให้ดูแลเพื่อนมนุษย์ที่เจ็บป่วย ทำให้ได้รับผลบุญมากมาย มีความเข้าใจในการเจ็บป่วย ส่งผลทำให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบได้ ส่งผลทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรค

สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

โรควัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ที่ระดับปกติ มีอัตราการเกิดโรคและการดื้อยา ส่งผลทำให้อัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ทำให้การระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลกของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ตลอดจนโรงพยาบาลชุมชน พบว่า โรควัณโรคมีการเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยรายใหม่เป็นจำนวนมาก และแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นทุกปี และการควบคุมโรคให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคลดลงในเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรควัณโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านมนุษย์ ปัจจัยด้านสิ่งก่อให้เกิดโรค และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยสามทางทางการระบาดที่สามารถแก้ไขได้ และจัดการได้ ส่งผลให้การเกิดโรคลดลง และมีการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามุ่งเน้นในเรื่องการค้นหาปัจจัยในการเกิดโรคในรูปแบบทั่วไป ไม่มีรูปแบบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิม โดยเฉพาะการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคหลังจากการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายก็จะเกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ปอดและอวัยวะต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำหรือบกพร่อง โดยเฉพาะในกลุ่มสูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกาย กลุ่มที่ยากจน ขาดสารอาหาร กลุ่มคนที่ด้อยโอกาสทางการศึกษา และผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ไม่ถูกสุขอนามัย ชุมชนแออัด มีภาวะทุพโภชนาการ และไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งบริบทของชาวมุสลิมมักตั้งบ้านเรือนอยู่เป็นกลุ่มอยู่เป็นหมู่บ้าน ประกอบอาชีพด้วยกันในชุมชนเดียวกัน มีการประกอบพิธีกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มสังคม โอกาสการเกิดโรคพบได้ง่ายในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ลักษณะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดการป่วยและเสียชีวิตมากกว่า รวมถึงผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคและเจ็บป่วยสูง เพราะผู้ที่สูบบุหรี่จะกระตุ้นปอดให้ดำเนินโรครุนแรงและเลวร้ายเพิ่มขึ้น ซึ่งชาวมุสลิมภาคใต้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าภูมิภาคอื่นๆ การเกิดโรควัณโรคนอกจากมีผลต่อร่างกายแล้ว ทางด้านจิตใจรู้สึกว่าเป็นภาระกับผู้อื่น กลัวสังคมรังเกียจ อาจเกิดภาวะเครียดและมีความเบื่อหน่ายในการรักษา อีกทั้งทำให้สูญเสียรายได้ ต้องหยุดงานชั่วคราวในช่วงที่ต้องแยกผู้ป่วย ในศาสนาอิสลามสอนให้มุสลิมนำหลักการมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพดี หายจากการเจ็บป่วยโดยดูแลทั้งทางด้านร่างกายและสุขภาพจิตใจ ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งเสริมต่อการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย คือการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือแย่ง การรับประทานยาเป็นวิธีการควบคุมการระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะความสะอาด การส่งเสริมการออกกำลังกายที่ไม่ขัดกับหลักการศาสนา การพักผ่อนและการจัดการความเครียด การดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว สังคม รวมถึงการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทั้งหมดนี้มีส่วนสำคัญในการหายจากการเจ็บป่วย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย (Retrospective descriptive study design) นำข้อมูลทุติยภูมิจากแบบบันทึกการรักษาวัณโรค (TB01) และทะเบียนวัณโรคของหน่วยบริการ (TB03) มาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูหายจากโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด มีวิธีการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่นับถือศาสนาอิสลาม มีการขึ้นทะเบียนจากโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนราธิวาส โดยศึกษาข้อมูลในช่วงระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม 2559

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามหลักการที่เสนอโดย ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) โดยคำนวณจากจำนวนข้อมูลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนราธิวาส ตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2559 มีจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด 390 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 196 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยการจับฉลากการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Simple without Replacement)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งมี 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB 01) ของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (สำนักวัณโรค, 2556) ใช้ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Host) ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว สถานภาพ และประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อน 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค (Agent) ได้แก่ ประวัติการได้รับวัคซีน และประวัติการแพ้ยา

และ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย และประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ความสะอาดในการเดินทางมารับการรักษา และจำนวนหน้าต่างห้องนอน

ส่วนที่ 2 แบบทะเบียนวัณโรคของหน่วยบริการ (TB03) ของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (สำนักวัณโรค, 2556) ใช้ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Host) ประกอบด้วย เพศ อายุ ประเภทผู้ป่วย ระดับการศึกษา ผลเอกซเรย์ สถานภาพ และการตรวจเลือดเอชไอวี 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค (Agent) ได้แก่ การได้รับยาต้านไวรัส และการป้องกันโรคติดเชื้ออวัยวะอื่น ๆ และ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ผู้ที่ทำหน้าที่กำกับรักษา การได้รับการปรึกษาเอชไอวี ความสะอาดในการเดินทางมารับการรักษา และจำนวนหน้าต่างห้องนอน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) เป็นข้อมูลเสริมในการวิเคราะห์ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่ ขนาดโรงพยาบาล ระดับการศึกษา สถานภาพ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการรับประทานยา ความสะอาดในการเดินทางมารับการรักษา การเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนหน้าต่างห้องนอน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือแบบบันทึกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ผู้วิจัยควบคุมความตรงของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน 3 ท่าน คือ อายุรแพทย์ประจำคลินิกวัณโรค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำคลินิกวัณโรคที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเฉพาะ และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา ความซ้ำซ้อน และความชัดเจนของแบบบันทึก ความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของการใช้งาน ซึ่งเครื่องมือมีค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ 1 โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า เครื่องมือแบบบันทึกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด มีความสอดคล้อง ถูกต้อง และชัดเจน และมีข้อเสนอแนะว่า แบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB01) และแบบทะเบียนวัณโรคของหน่วยงาน (TB03) มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมจากเวชระเบียนนอก (OPD Card) มีข้อเสนอแนะให้ปรับการใช้คำให้ถูกต้อง และเพิ่มประเด็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสิ่งที่ก่อโรคให้ชัดเจน หลังจากนั้นนำแบบบันทึกไปทดลองใช้เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบบันทึกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นเครื่องมือตามมาตรฐานของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มาตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

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

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมการด้านความรู้ ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องระบาดวิทยา วิถีชีวิตมุสลิม ปัจจัยในการเกิดโรคและการฟื้นฟูหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

1.2. เสนอโครงร่างต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย และติดตามผลการพิจารณา

1.3. ขออนุญาตรับรองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เพื่ออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งรวมถึงผู้ประสานงานวัณโรคใน

ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อชี้แจงรายละเอียดให้ผู้บริหารหน่วยงาน ผู้รับผิดชอบเกี่ยวข้องงาน วัคซีนในแต่ละโรงพยาบาลได้รับทราบ

1.5. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคมุสลิม จากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมใน โรงพยาบาลชุมชน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด

2. ขั้นตอนการ

2.1. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัคซีนในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งเป็น ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่คัดลอกข้อมูลโรงพยาบาลละ 1 คน เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การศึกษา และขั้นตอนวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจในแนวทางเดียวกันก่อนทำการคัดลอก ข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้มีการซักถามถึงปัญหาและข้อสงสัยรายละเอียดขั้นตอน การเก็บข้อมูล

2.2. เก็บข้อมูลโดยคัดลอกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคจากแบบบันทึกการรักษา (TB01) ทะเบียนวัณโรคของหน่วยบริการ (TB03) และแบบบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ตาม ช่วงระยะเวลาที่กำหนด

2.3. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล

2.4. รวบรวมข้อมูลที่ได้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ความ สมบูรณ์ของข้อมูล แล้วจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนด ระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

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

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย (Retrospective descriptive study design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนการรักษาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 196 ราย โดยใช้ข้อมูลระหว่างช่วงเวลาเดือนมกราคม-ธันวาคม 2559 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์การเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

4.1 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านมนุษย์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

4.2 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

4.3 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์การฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

5.1 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านมนุษย์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

5.2 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

5.3 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนการรักษา จำนวน 196 ราย ตัวแปรที่นำมาพิจารณาได้แก่ เพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย อาชีพ อาการแสดงที่เกิดขึ้น ประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อน ประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นวัณโรค โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการได้รับวัคซีน BCG

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมุสลิมส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ (ร้อยละ 92.3) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.5) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 มากที่สุด (ร้อยละ 37.8) รองลงมาคือ มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี (ร้อยละ 34.7) อาศัยอยู่บริเวณเขตออบต.มากที่สุด (ร้อยละ 90.8) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 48.5) อาการป่วยที่เกิดขึ้น 3 อันดับแรก ได้แก่ ไอ (ร้อยละ 100) เสมหะปนเลือด (ร้อยละ 62.2) และมีไข้ (ร้อยละ 55.6) ไม่เคยมีประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อน (ร้อยละ 93.9) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการเป็นวัณโรคมากที่สุด (ร้อยละ 95.9) และส่วนใหญ่มีประวัติไม่ได้รับวัคซีน BCG มากที่สุด (ร้อยละ 52.0) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด (N=196)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การขึ้นทะเบียนการรักษา		
ใหม่	181	92.3
กลับเป็นซ้ำ	6	3.1
รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว	3	1.5
รับโอน	6	3.1
เพศ		
ชาย	148	75.5
หญิง	48	24.5
อายุ (ปี) (Max=74) (Min=14) (M=4.83, SD=13.62)		
20-29	1	0.5
30-39	53	27.0
40-59	68	34.7
≥ 60	74	37.8
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเทศบาล	18	9.2
เขตออบต.	178	90.8
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	4.6
เกษตรกรรม	95	48.5
ค้าขาย	47	24.0
รับจ้าง	34	17.3
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	3.1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
นักเรียน/นักศึกษา	5	2.5
อาการแสดงที่เกิดขึ้น*		
ไข้	109	55.6
ไอ	196	100
เสมหะปนเลือด	122	62.2
เจ็บหน้าอก	61	31.1
เหนื่อยหอบ	64	32.6
ประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคมามาก่อน		
เคย	12	6.1
ไม่เคย	184	93.9
สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นวัณโรค		
มี	38	19.4
ไม่มี	158	80.6
โรคประจำตัว		
ไม่มี	148	75.5
มี	48	24.5
ความดันโลหิตสูง	18	37.5
เบาหวาน	14	29.2
ภูมิแพ้	8	16.7
กระเพาะอาหารอักเสบ	4	8.3
ไขมันในเลือดสูง	3	6.2
ไมเกรน	1	2.1
ประวัติการแพ้ยา		
แพ้	8	4.1
ไม่แพ้	188	95.9
ประวัติการได้รับวัคซีน BCG		
ได้รับ	47	24.0
ไม่ได้รับ	102	52.0
ไม่แน่ใจ	47	24.0

หมายเหตุ * เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

การฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดในการศึกษารั้งนี้ ตัวแปรที่นำมาพิจารณาได้แก่ เพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย สูตรการรักษา ประเภทผู้ป่วย ผลเอกซเรย์ ผู้ทำหน้าที่กำกับการกินยา ผลการรักษา การให้การปรึกษาเอชไอวี การตรวจเลือดเอชไอวี การได้รับยาต้านไวรัส และการป้องกันโรคติดต่ออวัยวะอื่น ๆ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมพบเพศชายมากที่สุด (ร้อยละ 75.7) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 37.8) รองลงมา ช่วงอายุ 40-59 ปี (ร้อยละ 34.7) อาศัยเขตอบต.มากที่สุด (ร้อยละ 90.8) สูตรยาที่รักษามากที่สุดคือ สูตรที่ 1 (ร้อยละ 97.0) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นประเภทผู้ป่วยรายใหม่ (ร้อยละ 92.3) การตรวจเอกซเรย์พบว่า พบความผิดปกติชนิดมีแผลโพรงมากที่สุด (ร้อยละ 46.0) รองลงมาเป็นแบบผิดปกติชนิดไม่มีแผลโพรง (ร้อยละ 43.9) ผู้ที่ทำหน้าที่กำกับการกินยาในผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมมากที่สุดคือ ญาติ (ร้อยละ 41.8) ผลการรักษามากที่สุดคือ รักษาหาย (ร้อยละ 66.3) มีการได้รับคำปรึกษาเอชไอวีมากที่สุด (ร้อยละ 84.7) การยินยอมในการตรวจเลือดเอชไอวีส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมยินยอมตรวจ (ร้อยละ 58.2) มีการไม่ได้รับยาต้านไวรัสมากที่สุด (ร้อยละ 96) และในการป้องกันโรคติดต่ออวัยวะอื่น ๆ พบไม่ได้รับยามากที่สุด (ร้อยละ 98.0) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด (N=196)

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	148	75.5
	หญิง	48	24.5
อายุ (ปี)	20-29	1	0.5
	30-39	53	27.0
	40-59	68	34.7
	≥ 60	74	37.8
	เขตที่อยู่อาศัย		
	เขตเทศบาล	18	9.2
	เขตอบต.	178	90.8
สูตรการรักษา	1	190	97.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
2		6	3.0
ประเภทผู้ป่วย			
	ใหม่	181	92.3
	กลับเป็นซ้ำ	6	3.1
	รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว	3	1.5
	รับโอน	6	3.1
ผลเอกซเรย์			
	ปกติ	17	8.6
	ผิดปกติชนิดมีแผลโพรง	90	46.0
	ผิดปกติชนิดไม่มีแผลโพรง	86	43.9
	ไม่ได้ตรวจ/ตรวจไม่ได้	3	1.5
ผู้ทำหน้าที่กำกับการกินยา			
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	45	23.0
	อาสาสมัคร	64	32.7
	ญาติ	82	41.8
	ไม่มี	5	2.5
ผลการรักษา			
	รักษาหาย	130	66.3
	รักษาครบ	39	19.9
	ล้มเหลว	8	4.1
	ตาย	10	5.1
	ขาดยามากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน	4	2.0
	โอนออกไม่ทราบผลการรักษา	5	2.6
การให้การปรึกษาเอชไอวี			
	ได้รับ	166	84.7
	ไม่ได้รับ	30	15.3
การตรวจเลือดเอชไอวี			
	ยินยอม	114	58.2
	ไม่ยินยอม	82	41.8
การได้รับยาต้านไวรัส			
	ไม่ได้รับ	188	96.0
	ได้รับก่อนการรักษาวัณโรค	5	2.5
	ได้รับหลังการเริ่มรักษาวัณโรค	3	1.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ		
ได้รับยา	12	6.1
ไม่ได้รับยา	184	93.9

ส่วนที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก ในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรที่นำมาพิจารณาได้แก่ ขนาดโรงพยาบาล สถานภาพ ระดับการศึกษา สูบบุหรี่ ระยะเวลาการรับประทานยา ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา เคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนหน้าต่างห้องนอน

ผลการศึกษาพบว่า ขนาดโรงพยาบาล 30 เตียง พบผู้ป่วยวัณโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมากที่สุด (ร้อยละ 56.1) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 82.1) จบระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.มากที่สุด (ร้อยละ 29.1) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 68.4) ระยะเวลาการรับประทานยา มากที่สุดใน 6 เดือน (ร้อยละ 94.4) มีความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 68.4) เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 76.5) โรคระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 26.5) และโรคระบบไหลเวียน (ร้อยละ 24.0) จำนวนหน้าต่างห้องนอนผู้ป่วยวัณโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมากที่สุดคือ 3 บานขึ้นไป (ร้อยละ 44.4) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก (N=196)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ขนาดโรงพยาบาล (เตียง) (Max=60) (Min=30)		
30	110	56.1
60	86	43.9
สถานภาพ		
โสด	27	13.8
คู่	161	82.1
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	0.5
หม้าย	7	3.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	29	14.8
ประถมศึกษา	49	25.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	20.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	57	29.1
อนุปริญญา/ปวส	18	9.2
ปริญญาตรี	3	1.5
สูบบุหรี่		
สูบ	134	68.4
ไม่สูบ	62	31.6
ระยะเวลาการรับประทานยา (เดือน) (Max=8) (Min=6)		
6	185	94.4
> 6	11	5.6
ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา		
สะดวก	118	60.2
ไม่สะดวก	78	39.8
เคยเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล *		
ไหลเวียน	47	24.0
ทางเดินอาหาร	52	26.5
ทางเดินปัสสาวะ	26	13.3
ทางเดินหายใจ	150	76.5
จำนวนหน้าต่างห้องนอน (บาน) (Max=5, Min=1) (M=4.23, SD=1.43)		
< 2	50	25.5
ระหว่าง 2-3	59	30.1
> 3	87	44.4

หมายเหตุ * เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์การเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

4.1 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านมนุษย์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านมนุษย์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด พบว่า สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.042$) โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.017$) และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.026$) ส่วนเพศ อายุ อาชีพ ประวัติการรับการรักษาวัณโรคมาก่อน และการสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านมนุษย์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด จากการทดสอบไควสแควร์ (Chi-square test) ($N=196$)

ตัวแปร	รายใหม่ (n = 181)		กลับเป็นซ้ำ (n = 15)		X^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					0.05	1	.139
ชาย	140	77.3	8	53.3			
หญิง	41	22.7	7	46.7			
อายุ (ปี)					0.85	2	.065
20-39	49	27.1	5	33.3			
40-59	62	34.2	6	40.0			
≥ 60	70	38.7	4	26.7			
อาชีพ					7.18	3	.945
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	6.1	3	20.0			
เกษตรกร	92	50.8	3	20.0			
ค้าขาย	42	23.2	5	33.3			
รับจ้าง/ลูกจ้าง	36	19.9	4	26.7			
สถานภาพ					22.90	1	.042*
โสด/หย่า/หม้าย	26	14.4	9	60.0			
คู่	155	85.6	6	40.0			
โรคประจำตัว					5.71	1	.017*
ไม่มี	141	77.9	7	46.7			
มี	40	22.1	8	53.3			

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	รายใหม่		กลับเป็นซ้ำ		X ²	df	p-value
	(n = 181)		(n = 15)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการศึกษา					8.78	2	.026*
ประถมศึกษา	73	40.0	5	33.3			
มัธยมศึกษา	92	51.0	5	33.3			
ปริญญาตรี	16	9.0	5	33.3			
ประวัติการได้รับการรักษา					3.14	1	.133
วัณโรคมามาก่อน							
เคย	10	5.5	2	13.3			
ไม่เคย	171	94.5	13	86.7			
การสูบบุหรี่					1.02	1	.841
สูบบุหรี่	126	69.6	8	53.3			
ไม่สูบบุหรี่	55	30.3	7	46.6			

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ *p<.05, **p<.01, ***p<.001

4.2 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งก่อกำเนิดโรคกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งก่อกำเนิดโรคกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด พบว่า ประวัติการแพ้ยา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.023) ส่วนประวัติการได้รับ BCG พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>.05) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งก่อกำเนิดโรคกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด จากการทดสอบไครสแควร์ (Chi-square test) (N=196)

ตัวแปร	รายใหม่		กลับเป็นซ้ำ		X ²	df	p-value
	(n = 181)		(n = 15)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ประวัติการได้รับ BCG					0.00	1	.510
ได้รับ	44	24.3	3	20.0			
ไม่ได้รับ	137	75.7	12	80.0			

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ตัวแปร	รายใหม่		กลับเป็นซ้ำ		X ²	df	p-value
	(n = 181)		(n = 15)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ประวัติการแพ้ยา					63.92	1	.023*
แพ้	2	1.1	6	40.0			
ไม่แพ้	179	98.9	9	60.0			

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ *p<.05, **p<.01, ***p<.001

4.3 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด พบว่า เขตที่อยู่อาศัย ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา จำนวนหน้าต่างห้องนอน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>.05) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด จากการทดสอบไคว์สแควร์ (Chi-square test) (N=196)

ตัวแปร	รายใหม่		กลับเป็นซ้ำ		X ²	df	p-value
	(n = 181)		(n = 15)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เขตที่อยู่อาศัย					32.44	1	.038*
เขตเทศบาล	11	6.1	7	46.7			
เขตอบต.	170	93.9	8	53.3			
ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค					12.41	1	.027*
เคย	15	8.3	5	33.3			
ไม่เคย	166	91.7	10	66.7			

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ *p<.05, **p<.01, ***p<.001

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ตัวแปร	รายใหม่		กลับเป็นซ้ำ		X^2	df	p-value
	(n = 181)		(n = 15)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความสะดวกในการ เดินทางมารับการรักษา					0.06	1	.910
สะดวก	109	60.2	9	60.0			
ไม่สะดวก	72	39.8	6	40.0			
จำนวนหน้าต่าห้องนอน (บาน)					2.06	2	.462
< 2	45	24.9	5	33.3			
ระหว่าง 2-3 บาน	53	29.3	6	40.0			
> 3 บาน	83	45.8	4	26.7			

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์การฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

5.1 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านมนุษย์กับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านมนุษย์กับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด พบว่า ประเภทผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.003) และผลเอกซเรย์ มีความสัมพันธ์กับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.002) ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การตรวจเลือดเอชไอวี พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นหายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>.05) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านมนุษย์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด จากการทดสอบไคว์สแควร์ (Chi-square test) (N=196)

ตัวแปร	รักษาสำเร็จ		รักษาล้มเหลว		X ²	df	p-value
	(n = 169)		(n = 27)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					1.03	1	.522
ชาย	126	74.6	22	81.5			
หญิง	43	25.4	5	18.5			
อายุ (ปี)					0.63	2	.421
20-39	50	29.6	4	14.8			
40-59	59	34.9	9	33.3			
≥ 60	60	35.5	14	51.9			
สถานภาพ					2.10	1	.720
โสด/หย่า/หม้าย	28	16.6	7	25.9			
คู่	141	83.4	20	74.1			
ระดับการศึกษา					1.89	2	.924
ประถมศึกษา	72	42.6	6	22.2			
มัธยมศึกษา	82	48.5	15	55.6			
ปริญญาตรี	15	8.9	6	22.2			
ประเภทผู้ป่วย					10.32	1	.003**
ใหม่	160	94.7	21	77.8			
กลับเป็นซ้ำ/อื่นๆ	9	5.3	6	22.2			
ผลเอกซเรย์					7.62	2	.002**
ปกติ	15	8.9	5	18.5			
ผิดปกติชนิดมีแผล	74	43.8	16	59.3			
โพรง							
ผิดปกติชนิดไม่มีแผล	80	47.3	6	22.2			
โพรง							
การตรวจเลือดเอชไอวี					2.42	1	.703
ยินยอม	102	60.4	12	44.4			
ไม่ยินยอม	67	39.6	15	55.6			

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ *p<.05, **p<.01, ***p<.001

5.2 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งทีก่อให้เกิดโรคกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งทีก่อให้เกิดโรคกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด พบว่า การได้รับยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.002$) และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.012$) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งทีก่อให้เกิดโรคกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด จากการทดสอบไคว์สแควร์ (Chi-square test) ($N=196$)

ตัวแปร	รักษาสำเร็จ		รักษาล้มเหลว		X^2	df	p-value
	(n = 169)		(n = 27)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การได้รับยาต้านไวรัส					12.66	1	.002**
ไม่ได้รับ	166	98.2	22	81.5			
ได้รับ	3	1.8	5	18.5			
การได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ					11.05	1	.012*
ได้รับยา	7	4.1	5	18.5			
ไม่ได้รับยา	162	95.9	22	81.5			

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

5.3 การหาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด พบว่า การให้คำปรึกษาเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.002$) ส่วนเขตที่อยู่อาศัย ผู้ทำหน้าที่กำกับการกินยา ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา และจำนวนหน้าต่างห้องนอน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดจากการทดสอบไคว์สแควร์ (Chi-square test) (N=196)

ตัวแปร	รักษาสำเร็จ		รักษาล้มเหลว		X ²	df	p-value
	(n = 169)		(n = 27)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เขตที่อยู่อาศัย					0.53	1	.923
เขตเทศบาล	15	8.9	3	11.1			
เขตอบต.	154	91.1	24	88.9			
ผู้ทำหน้าที่กำกับการกินยา					0.26	2	.134
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	38	22.5	7	26.0			
อาสาสมัคร	55	32.5	9	33.3			
ญาติ/ไม่มีญาติ	76	45.0	11	40.7			
การให้คำปรึกษาเอชไอวี					54.86	1	.002**
ได้รับ	156	92.3	10	37.0			
ไม่ได้รับ	13	7.7	17	63.0			
ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา					1.88	1	.103
สะดวก	99	58.6	19	70.4			
ไม่สะดวก	70	41.4	8	29.6			
จำนวนหน้าต่างห้องนอน (บาน)					0.50	2	.229
< 2	42	24.8	8	29.6			
ระหว่าง 2-3	50	29.6	9	33.3			
> 3 บาน	77	45.6	10	37.0			

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ *p<.05, **p<.01, ***p<.001

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด การอภิปรายผลการวิจัยจะนำเสนอในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคมากกว่าเพศหญิง (Lienhardt C. et al. 2009, Luu Thi Lien et al. 2009) ส่วนใหญ่เพศจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้ป่วย โดยเฉพาะเพศชาย เพราะเพศชายมักมีสถานะทางอารมณ์และสังคมที่รุนแรง รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิตมากกว่าเพศหญิง เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านเรือน เป็นต้น และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบว่าอายุที่มากกว่าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า (Lienhardt C. et al. 2009) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้สุขภาพร่างกายมีความสมบูรณ์ลดลง แข็งแรงลดลง รวมทั้งอาจมีตัวแปรอื่นๆที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลร่วมกันทำให้เกิดมีความเสี่ยงสูงในการเกิดและพบในผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยมีการขาดยา ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ป่วยมีโรคประจำตัวและโรคแทรกซ้อน เป็นผู้สูงอายุ และมีเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยที่ไม่ยอมรับการรักษา ส่งผลให้การเกิดโรคเพิ่มขึ้น และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน และยังพบว่า มีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่ มักพบในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีภาวะเสี่ยงในการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าระบบอื่นๆ ผู้ป่วยวัณโรคหลังจากที่มีการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายก็จะเกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ปอดและอวัยวะต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว ภูมิต้านทานต่ำหรือผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น ได้รับเชื้อวัณโรคครั้งแรกเป็นจำนวนมาก ทำให้กลายเป็นวัณโรคได้ง่าย (ทวี, 2551, เก่ง, 2559, knelchel, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอาจทำให้ร่างกายอ่อนแอลง สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่มารบกวน อีกทั้งถ้ามีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ขาดการดูแลสุขภาพ ยิ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่ายขึ้น (Lienhardt C. et al., 2009)

กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่เขตอบต. ซึ่งเป็นเขตชุมชนชนบทเป็นส่วนใหญ่ โดยปกติแล้วชาวมุสลิมส่วนใหญ่มักมีการประกอบพิธีกรรมเป็นกลุ่ม มีการไปมาหาสู่ตลอดเวลา การตั้งบ้านเรือนอาศัยอยู่รวมกันเป็นหมู่บ้าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2559) ทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ง่าย สิ่งแวดล้อมของมนุษย์เป็นสาเหตุโดยตรงหรือสาเหตุร่วมของการเจ็บป่วยทุกชนิด (ค่านวน, 2559)

ปัจจัยด้านสถานภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่สถานภาพคู่โอกาสในการเกิดโรคมียากกว่าสถานภาพโสด อาจด้วยจากการนำเชื้อของคู่สมรสมาแพร่กระจายสู่ครอบครัวได้ง่าย แต่ในขณะเดียวกันการส่งเสริมด้านการหายป่วย สถานภาพคู่จะหายป่วยได้ดีกว่าจากการดูแลซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Philip C Hill et al. (2006) พบว่าสถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรค ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lienhardt C. et al. (2009) พบว่าสถานภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรค โดยผู้ที่มีสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแล้ว ส่วนการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Richard Coker et al. (2005) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรค (p-

value=.03) โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค และ Luu Thi Lien et al. (2009) พบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคมากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยหรือสูงกว่า แสดงว่าการศึกษาน้อยอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่ายกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง เนื่องจากความรู้ ความเข้าใจในการควบคุมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคน้อย

ส่วนปัจจัยด้านการสูบบุหรี่พบมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสการเกิดโรควัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Lin et al., 2009) เพราะผู้ที่สูบบุหรี่จะกระตุ้นปอดให้ดำเนินโรครุนแรงและเลวร้ายเพิ่มขึ้น (ATS, 2009) ซึ่งพบในชาวมุสลิมภาคใต้ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าภูมิภาคอื่นๆ (มาหามะและคณะ, 2552) อีกทั้งปัจจัยของจำนวนหน้าต่างห้องนอนมากที่สุดจำนวน 3 บาน และด้วยบริบทของชุมชนมุสลิมอาศัยเป็นบ้านไม้ยกพื้นโล่งๆ มักจะไม่แยกห้อง หากมีจำนวนหน้าต่างมากเท่าไร อากาศถ่ายเทได้สะดวก ความเสี่ยงในการเกิดโรคน้อยลง อีกทั้งเมื่อเจ็บป่วยการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยก็ดีขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

การเกิดความเจ็บป่วย อิสลามไม่ได้ถือว่าความเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย แต่เชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นไปตามพระประสงค์ของพระเจ้า และการหายหรือไม่หายจากการเจ็บป่วย หรือการตาย ก็เป็นพระประสงค์ของพระเจ้าเช่นกัน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ให้ผู้ป่วยนอนรอจนกว่าพระองค์จะกำหนดให้หายโดยไม่พยายามเยียวยารักษาป้องกัน อิสลามถือว่า ความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบ วัตถุประสงค์ธำรงรักษา ความอดทน ความยำเกรงต่อพระเจ้า นอกจากนี้ การที่พระองค์ให้เราเจ็บป่วยยังถือเป็นความเมตตา และไม่ให้เราท้อแท้สิ้นหวัง ให้รีบบำบัดเพื่อจะได้หายได้เคารพภักดีต่อพระองค์ต่อไป (อิสมาอีลลูตฟี, 2555) เมื่อมีการเกิดโรคขึ้นทำให้ร่างกายมีการเสียสมดุลไป เกิดความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายที่แตกต่างกันไปตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแต่ละระบบต่างๆในร่างกาย โดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงในการเกิดโรค จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด พบว่า ปัจจัยด้านมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด คือ สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.042) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lienhardt C. et al. (2009) พบว่า สถานภาพในผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ส่วนใหญ่แล้วผู้ที่เป็นโสดมักจะมีสุขภาพไม่ดี มักจะมีการตายมากกว่าผู้ที่สถานภาพคู่ เนื่องจากมักจะดำรงชีวิตแบบง่าย ๆ ไม่ค่อยสนใจในการดูแลตนเอง ซึ่งแตกต่างกับผู้ที่แต่งงานแล้วมีโอกาสได้รับการปลอบใจ หรือดูแลจากคู่สมรสในการดำเนินชีวิตและเวลาป่วยมากกว่าผู้ที่เป็นโสด (ฤทัยพรและผจงศิลป์, 2550) ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.017) จากการศึกษาของเก่ง (2551) พบว่า โรคประจำตัวอาจมีผลต่อการก่อโรคที่อาจถูกถ่ายทอดกันมา การมีโรคประจำตัว หรือร่างกายมีโรคประจำตัวที่มีภูมิต้านทานของร่างกายอ่อนแอ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อมากกว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อครั้งแรกอาจป่วยได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว และมีอาการรุนแรง (ทวี, 2551, WHO,

2010) การพิการแต่กำเนิด หรือการเจ็บป่วยเกี่ยวกับความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน ในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือบกพร่องได้รับเชื้อวัณโรคครั้งแรกเป็นจำนวนมาก ทำให้กลายเป็นวัณโรคได้ (ทวี, 2551) ผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยเมื่อมีการเจ็บป่วย มีโอกาสเกิดโรควัณโรคสูง และถ้าหากผู้ป่วยมีโรคไตร่วมด้วย มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตด้วยวัณโรคปอดสูงขึ้น (Christopoulos et al., 2009) อีกทั้งสภาพภูมิคุ้มกันของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคโดยตรงในผู้ที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีประวัติการแพ้ยาผู้ที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง อาจเกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (แก่ง, 2556) และปัจจัยเกี่ยวกับโรคระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.026$) การศึกษามีผลต่อการเกิดโรคได้ง่าย หากผู้ป่วยมีความรู้ต่ำ ส่งผลต่อความเข้าใจในการดูแลตัวเองน้อย คนที่มีการศึกษาตีพบว่า มักจะดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (คานวนและคณะ, 2559) ส่วนเพศ อายุ อาชีพ ประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน และการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบว่าอายุที่มากกว่าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค 6.84 เท่าของอายุ 0-4 ปี (Lienhardt C. et al. 2009) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้สุขภาพร่างกายมีความสมบูรณ์ลดลง แข็งแรงลดลง มีความเสื่อมของร่างกาย และความเสี่ยงจะเพิ่มตามอายุ (Heo et al, 2009) อายุมีความสัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย บุคคลที่มีอายุมากการเกิดโรคจะง่ายขึ้น เนื่องจากร่างกายอ่อนแอลง จากข้อมูลสำนักวัณโรค (2557) พบว่า กลุ่มอายุที่มีการเกิดโรควัณโรคมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรคได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากการสะสมของสิ่งที่เป็นพิษต่างๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้นตามอายุที่ผ่านไป ภูมิคุ้มกันโดยธรรมชาติของร่างกายค่อยๆ ลดลง เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (ฤทัยพรและผดุงศิลป์, 2550) และเพศ อัตราการเกิดโรคในเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างด้านฮอร์โมน และการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล จากการศึกษาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรควัณโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคมากกว่าเพศหญิง (สำนักวัณโรค, 2556, พัฒนโชค, 2554, Lienhardt C. et al. 2009, Luu Thi Lien et al. 2009) ส่วนใหญ่เพศจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้ป่วย โดยเฉพาะเพศชาย เพราะเพศชายมักมีสภาวะทางอารมณ์และสังคมที่รุนแรง รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิตมากกว่าเพศหญิง เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านเรือน เป็นต้น

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด คือ ประวัติแพ้ยา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.023$) ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาเดิม ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำอยู่แล้ว โอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย หากผู้สัมผัสและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคบ่อยครั้งอย่างใกล้ชิด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับเชื้อเป็นระยะเวลานาน ๆ ซึ่งการเคยสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค 7.79 เท่าของคนที่ไม่เคยสัมผัส (Coker et al., 2006) ก่อให้เกิดระยะแสดงอาการของ

โรค (คำนวณและคณะ, 2559) ระยะนี้สิ่งที่ทำให้เกิดโรคได้ทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพจนร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และเกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วยเริ่มต้น และค่อย ๆ มากขึ้น จนแสดงอาการเกิดขึ้น เช่น ไอเสมหะปนเลือด ไข้ เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ 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 ($p\text{-value} = .027$) จากการศึกษาพบว่า การเดินทางที่ลำบากหรืออาศัยอยู่บริเวณชนบท ต้องใช้ระยะเวลานานในการเดินทาง ผู้ป่วยต้องอาศัยระยะเวลา ส่งผลต่อการไม่ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการติดเชื้อ ต้อตา และแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย อีกทั้งการอาศัยในที่อยู่ที่มีความแออัดมีความเสี่ยงเกิดการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด 2.99 เท่า (Coker et al., 2006) การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรควัณโรค มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ที่ไม่มียาติป่วยเป็นวัณโรค (Lienhardt C. et al, 2009, Coker et al., 2006) ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทาง และจำนวนหน้าต่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) แต่ในการดูแลผู้ป่วยและการนอนร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าผู้ที่นอนแยกห้องกับผู้ป่วย อีกทั้งลักษณะบ้านไม้ชั้นเดียว การถ่ายเทอากาศในห้องนอนไม้ดีมีผลต่อการเกิดโรคได้ง่ายด้วย โดยเฉพาะบ้านที่มีจำนวนหน้าต่างห้องนอนน้อย ทำให้การระบายอากาศได้ไม่ดีเท่าบ้านที่มีหน้าต่างหลายบาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด

ประชากรมุสลิมมีวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากศาสนาอื่นอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการปฏิบัติศาสนกิจ ความเชื่อ กิจวัตรประจำวัน โดยนำหลักการทางศาสนานำมาปรับใช้ในทุกการดำเนินชีวิต เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น อิสลามได้มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยและการหายป่วยเกิดจากพระเจ้า (อิสมาอีลลูตี, 2555) ซึ่งทุกการเจ็บป่วยมีทางรักษา โดยการรักษานั้นต้องไม่ขัดกับหลักการทางศาสนา เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายจากการเจ็บป่วย ทำให้สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งการหายจากการเจ็บป่วยเป็นการที่ร่างกายกลับสู่สภาพปกติเหมือนก่อนการเจ็บป่วยหรือ

ดีกว่าก่อนการเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่มีการดำเนินชีวิตเป็นกลุ่มสังคม

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด พบว่า ปัจจัยด้านมนุษยกับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดพบว่า ประเภทผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการฟื้นหายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.003$) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่พบผู้ป่วยประเภทรายใหม่ที่สูงทะเบียนมากที่สุด และในขณะเดียวกันกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่มีจำนวนการรักษาหายและรักษาครบมากที่สุดกว่ากลุ่มอื่น ๆ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2559) เนื่องจากการได้รับความรู้ ความเสี่ยงของโรค การปฏิบัติตัวต่างๆ ตั้งแต่เริ่มการขึ้นทะเบียนรักษา อีกทั้งผู้ป่วยมุสลิมมีความเร่งรีบในการรักษาให้หายจากการเจ็บป่วย เพื่อได้ประกอบพิธีทางศาสนาอย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการส่งเสริมให้เกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยได้ด้วยการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการให้ความรู้เรื่องวัณโรค การรักษาและการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในครั้งแรกที่ขึ้นทะเบียนรักษา มีโอกาสได้รับการหายสูงที่สุดในการรักษาครั้งแรกเกือบร้อยละ 100 (สำนักวัณโรค, 2556, สำนักการแพทย์, 2550) อีกทั้งการส่งเสริมในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ส่งผลต่ออาการเจ็บป่วยของโรคดีขึ้น (ไพรัช, วนิดา, จริยาวัตร, และวิรัช, 2555) และยังพบในกลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ หากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องเชื่อว่าวัณโรคจะไม่ตาย ทำให้ผู้ป่วยไม่หาย ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ หรือขาดยา จะมีผลต่อระยะเวลาในการรักษาที่นานขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การหยุดงาน การปรับเปลี่ยนงาน มีข้อจำกัดด้านความสามารถ ทำให้ต้องให้การดูแลรักษาเพิ่มเติม และเกิดภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะวัณโรคที่ดื้อยา (การิมาน, 2554) และปัจจัยด้านมนุษยกับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดพบว่า ผลเอกซเรย์มีความสัมพันธ์กับการฟื้นหายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.002$) ซึ่งการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือการเอกซเรย์ในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย มีส่วนช่วยในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง สามารถจำแนกวัณโรคในระยะลุกลามจากวัณโรคระยะสงบหรือวัณโรคระยะอื่น ๆ ได้ (สำนักวัณโรค, 2556)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านสิ่งก่อกำเนิดโรคกับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด พบว่า การได้รับยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.002$) และการป้องกันโรคติดเชื้ออวัยวะอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.012$) การให้บริการ การปรึกษาและตรวจเลือดภายในระยะเวลาที่รวดเร็วส่งผลต่อการรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว โดยผู้ให้บริการสาธารณสุขให้การปรึกษา ให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรค รวมถึงประโยชน์ของการรู้สถานการณ์การติดเชื้อ โดยการให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและยินยอมการตรวจเลือดเอชไอวีเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ทำให้เกิดการรักษาแบบองค์รวมและเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้ป่วย อีกทั้งการได้รับยาจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ (สำนักวัณโรค, 2556) ซึ่งศาสนาอิสลามให้เร่งรีบในการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตามแต่ต้องไม่ขัดกับหลักศาสนา ยกเว้นบางอย่างที่จำเป็นจริง ๆ และอาจมีภาวะเสี่ยงถึงชีวิต ถือว่าเป็นที่อนุญาต

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านสิ่งแวดล้อมกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด พบว่า การให้คำปรึกษาเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.002$) การที่ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี มีผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ และความสำคัญของการป่วยวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้มีแนวทางในการรักษาที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดการดื้อยา การให้การปรึกษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับเขตที่อยู่อาศัย ผู้ที่ทำหน้าที่กำกับการณ์ยา ความสะอาดในการเดินทางมารับการรักษา และจำนวนหน้าต่างห้องนอน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) เนื่องจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวมนุษย์ อาจจะเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิตก็ได้ สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์และมีผลกับมนุษย์ อาจเป็นสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางเคมี สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม วิธีการป้องกันและควบคุมปัจจัยด้านนี้ได้โดยการจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อเป็นการตัดวงจรของการติดต่อของโรค ได้แก่ การกำจัดแหล่งของเชื้อโรค การกำจัดขยะมูลฝอย รวมถึงน้ำและอาหารด้วย สภาพแวดล้อมทำหน้าที่เสมือนตัวส่งเสริมการก่อโรค คนก็มีโอกาสเป็นโรคมมากขึ้น เช่นเดียวกัน หากสภาพแวดล้อมดี ก็มีผลต่อการหายเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูดีขึ้น ดังเช่นหากมีญาติพี่น้องป่วยเป็นวัณโรค มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเจ็บป่วยด้วยวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ญาติพี่น้องป่วยเป็นวัณโรค (Coker et al, 2006) ในขณะเดียวกันผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ไม่ถูกสุขอนามัย ชุมชนแออัด มีน้ำขัง และไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โอกาสก่อของเชื้อวัณโรคจะเกิดขึ้นในชุมชนได้ง่าย (Knelchel, 2009) หากสิ่งแวดล้อมดี สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลและปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธี การฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยก็มีมากขึ้น

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สรุปได้ว่า การนำแนวคิดระบาดวิทยาปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือปัจจัยด้านมนุษย์ ปัจจัยด้านสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ล้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ซึ่งการเกิดโรคเป็นความเจ็บป่วยอันเกิดจากสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต กระทบต่อร่างกายมนุษย์ แล้วเกิดความผิดปกติขึ้นในร่างกายแสดงออกมาเป็นอาการ การเกิดโรคสามารถเกิดขึ้นได้หลายปัจจัยที่เข้ามาอิทธิพลเกี่ยวข้องกันอย่างต่อเนื่อง อาจเนื่องจากสิ่งที่ทำให้เกิดโรคเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง หรือตัวมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงภาวะปกติ ทำให้เกิดโรคขึ้น หรือมีการระบาดของโรคเกิดขึ้นได้ และอีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยได้ด้วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาสำรวจเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด มีรูปแบบการศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย (Retrospective descriptive study design) เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (TB01, TB03, OPD card) ในผู้ป่วยวัณโรคมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนราธิวาส ศึกษาในช่วงเวลาดังแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Chi-square

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด นำแนวคิดทางระบาดวิทยาามาปรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านมนุษย์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดพบว่า สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมนุษย์ที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.042$) โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมนุษย์ที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.017$) และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมนุษย์ที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.026$) ส่วนเพศ อายุ อาชีพ ประวัติการรับการรักษาวัณโรคมามาก่อน และการสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) ปัจจัยด้านสิ่งก่อกำเนิดโรคกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดพบว่า ประวัติการแพ้ยา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.023$) ส่วนประวัติการได้รับ BCG พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดพบว่า เขตที่อยู่อาศัย ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา จำนวนหน้าต่างห้องนอน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด นำแนวคิดทางระบาดวิทยาปรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านมนุษย์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดพบว่า ประเภทผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.003$) และผลเอกซเรย์ มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.002$) ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การตรวจเลือดเอชไอวี พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) ปัจจัยด้านสิ่งก่อกำเนิดโรคกับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดพบว่า การได้รับยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.002$) และการป้องกันโรคติดต่ออวัยวะอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.012$) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับ

การฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด พบว่า การให้คำปรึกษาเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูหายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.002$) ส่วนเขตที่อยู่อาศัย ผู้ทำหน้าที่กำกับกรกินยา ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา และจำนวนหน้าต่างห้องนอน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$)

ผลการศึกษานี้ ช่วยให้บุคลากรมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเกิดโรคและการฟื้นฟูหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวิธีการดูแลป้องกันเพื่อให้เกิดโรคลดลง และมีการฟื้นฟูหายมากขึ้นอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเดิมที่มีอยู่แล้วจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผู้เก็บข้อมูลเดิมอาจเก็บข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ อาจทำให้ผลที่ได้ไม่สมบูรณ์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับหน่วยงานสาธารณสุข ควรมีการปฏิบัติงานแบบเชิงรุกในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเนื่องจากบริบทในพื้นที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม รวมทั้งสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองและการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยนำหลักการศาสนามาใช้ให้เหมาะสม

2. ระดับชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ สร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยวัณโรคมุสลิม โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนในการป้องกันตั้งแต่แรกเกิดว่ามีผลดีต่อการเกิดโรคและการฟื้นฟูหายจากโรค เช่น การประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อร่วมกันเป็นต้น โดยการลงเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน การให้ความรู้ในอสม. และให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน เช่น ผู้นำศาสนา ครู และอื่นๆ.

3. ระดับการบริหารการพยาบาล สามารถนำปัจจัยที่สำคัญที่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเฉพาะ มาปรับแนวทางการให้การพยาบาล การบริการ การดูแลกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเฉพาะในเขตภาคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- การิमान มะยิ. (2554). การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงเป็นญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- แก่ง มังกรนิทรา. (2556). รูปแบบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/271990>. สืบค้นวันที่ 10 มกราคม 2559.
- คำนวน อึ้งชูศักดิ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์, และชูลีพร จิระพงษ์. (บรรณาธิการ). (2559). *พื้นฐานระบาดวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: แคนนา กราฟฟิค.
- คำนวน อึ้งชูศักดิ์. (2559). *ระบาดวิทยาเพื่อการบริการงานสาธารณสุข*. นนทบุรี: แคนนา กราฟฟิค.
- จามรี อีรตกุลพิศาล. (2554). *วัณโรคในเด็ก*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- จินณพัทธ์ ธนกิจวรบูลย์. (2554). *พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี*. การศึกษาศึกษาหลักสูตรพยาบาล จิรัชยา อินตะบุญมา. (2550). *การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลเชียงใหม่*. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จุฬารณณ์ กัญญาคำ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, และเบญจพร ศิลารักษ์. (2555). *คุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด*. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ ครั้งที่ 4 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ดวงกมล วัดราตุล, และปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. (2548). *ความพร้อมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอด*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ดำรง แวอาลี. (2552). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์.
- ทวี โชติพิทยสุนนท์. (บรรณาธิการ). (2551). *โรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ*. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นาฎพฐ์ สงวนวงศ์, และมนะพล กุลประณีต. (บรรณาธิการ). (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2555*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- นิรัชรา สาแล๊ะ, กิตติกร นิลมานัต และวิภาวี คงอินทร์. (2554). ประสบการณ์ของสตรีไทยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *วารสารสภากาชาดไทย*; 26(1) 82-93.
- บัญญัติ ปรัชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร, และสงคราม ทรัพย์เจริญ. (2549). *วัณโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนอม นพคุณ. (2551). *ผลของการสอนด้วยสื่อประสมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ปราชนีย์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2551). สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข. *วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*, 29, 170–172.
- พงศ์เทพ สุธีรภูมิ, และยุชฟู นิมะ. (2552). *การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย: วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พัฒนโชค โขศสวัสดิ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- เพชรธยา แป้นวงศ์ษา. (2546). *วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยกลยุทธ์ DOTS ของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.*
- ไพบุลย์ เอี่ยมอินทร์. (2542). *ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตามกลยุทธ์ DOTS แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติของผู้ให้บริการทางสุขภาพในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ไพรัช ม่วงศรี, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพัยค์ม, และวิรัช ตั้งสุจริตวิจิตร. (2555). *ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทักษะการพยาบาลของโอเรมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- มัสนัน มาหามะ. (2552). *อิสลามวิถีแห่งชีวิต*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มาหามะ เมาะมูลา, และคณะ. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีศาสนาสานอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: โรคเรื้อรัง*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยุทธชัย เกษตรเจริญ. (2550). *ยุทธศาสตร์หลักในการควบคุมวัณโรค*. *วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*, 28(3-4), 155-158.
- ยุชฟู นิมะ, และสุภัทร ฮาจิณสุวรรณ. (บรรณาธิการ). (2551). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตมุสลิม*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รอฮานา อาแว. (2552). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานต่อความเครียดของผู้ป่วยเบาหวาน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รัฐประกรณ์ พวงเงินมาก. (2544). *ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยงในผู้ป่วยวัณโรค อัมภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ฤทัยพร ตีตรง, และผจงศิลป์ เฟิงมาก. (2550). *ระบอดวิทยา: แนวคิดพื้นฐานและแนวทางการนำไปใช้*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2552). *โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล*. สงขลา: ก๊อปปี้คอนเนอร์ ดิจิตอลปริ้นท์เซ็นเตอร์.

- ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กาญจนบุรี.
- สมัยพร อาชาล. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สำนักการแพทย์. (2550). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านวัณโรคสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, กรุงเทพมหานคร*.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. (2559). *รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2559. นราธิวาส: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส*.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ผลการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ*. นนทบุรี: ซีซี จำกัด.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวทางแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB)*. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556ก). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556ข). *สถานการณ์และยุทธศาสตร์การดำเนินงานวัณโรค 2556*. กรุงเทพมหานคร: มปส.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *หลักสูตรการอบรมแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ สำหรับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคและผู้ประสานงานวัณโรคโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุพิชชา อยู่สุข. (2551). *ผลลัพธ์ของการบริหารกลัศจรรย์แก่ผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสิงห์บุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อะเคื้อ ออหนะเลขกะ. (2556). *การติดเชื้อในโรงพยาบาล : ระบาดวิทยาและการป้องกัน*. เชียงใหม่: มิ่งเมือง.
- อิสมาอีลลูตฟี จะปะกียา. (2555). *คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักการอิสลาม*. นนทบุรี: เพ็رسอพอเซ็ท.
- American Thoracic Society (ATS). (2009). *Smoking increase a risk of developing active TB*. Retrieved August 30, 2009, from http://www.eurekalert.org/pub_releases2009-08/ats-sir081909.php
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2005). *Guideline for Prevention the transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Setting. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, 13-25.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Trends in Tuberculosis-United States, 2009. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(10), 289-294.

- 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.
- Christopoulos AI, Diamantopoulos AA, Dimopoulos PA, Goumenos DS, &Barbalias GA. (2009). Risk factors for tuberculosis in dialysis patients: a prospective multi-center clinical trial. *BMC Nephrology*, 10:36.
- 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.
- Daniel Faurholt-Jepsen, Nyagosya Range, George Praygod, Jeremiah Kidola, Maria Faurholt-Jepsen, Martine Grosos Aabye, John Changalucha, Dirk Lund Christensen, Torben Martinussen, Henrik Krarup, Daniel Rinse Witte, Ase Bengard Andersen and Henrik Friis. (2012). The role of diabetes co-morbidity for tuberculosis treatment outcomes: a prospective cohort study from Mwanza, Tanzania. *BMC Infectious Disease*, 12:165.
- 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>
- Granich, R., Akolo, C., Gunneberg, C., Getahun, H., & Williams, P. (2010). *Prevention of Tuberculosis in People Living with HIV*. Downloaded from <http://cid.oxfordjournals.org/at Prince of Songkhla University, Hat Yai Campas: Health Science Library>.
- Heo EY, Chun JE, Lee CH, Kim WY, Han SK, Shim YS, et al. (2009). Radiographic improvement and its predictors in patients with pulmonary tuberculosis. *Int J Inf Dis* 2009; 13: 371-376.
- International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. (2016). *Faith-based initiative improves access to TB care for India's Muslim populations*. Retrieved from <https://www.theunion.org/news-centre/news/faith-based-initiative-improve-access-to-tb-care-for-indias-muslim-populations>
- Knechel NA. (2009). Tuberculosis: pathophysiology, clinical features, and diagnosis. *Crit Care Nurse*; 29: 34-43.
- Lienhardt C, Fielding K, Sillah JS Manneh K, et al. (2009). Risk factors for tuberculosis infection in Sub-Saharan Africa. *Am J Respir Crit Care Med*; 168: 448-455.
- Lin HH, Ezzati M, Chang HY, &Murray M. (2009). Association between tobacco smoking and active Tuberculosis I Taiwan. *Am J Respir Crit Care Med*; 180: 475-480.

- Lonnroth K, Williams BG, Stadlin S, Jaramillo E, & Dye C. (2008). Alcohol use a risk factor for tuberculosis—a systematic review. *BMC Public Health*; 8: 289.
- Singhal, S., & Jaiswal, P. (2011). *Presentation of tuberculosis in TB-HIV co-infection patients and the treatment outcome with directly observed short course therapy*. Available online at www.sciencedirect.com
- Taro Yamane. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 3rd Ed. New York. Harper and Row Publication.
- World Health Organization. (2010). *Global tuberculosis control 2010*. Retrieved from http://www.who.int/publications_global_report/2010/en/index.html
- World Health Organization. (2011). *Tuberculosis in the muslim world*. Retrieved from http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/factsheets/TB_muslim_world_WEB.pdf
- World Health Organization. (2016). *Global tuberculosis report 2016*. Switzerland. World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามหลักการที่เสนอโดย ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) โดยคำนวณจากจำนวนข้อมูลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนการรักษาโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนราธิวาส ปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 390 ราย

เลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนจากสูตร (Taro Yamane, 1973)
ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้
N คือ จำนวนประชากรที่ทราบค่า
e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้

แทนค่า ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{390}{1 + 390(0.05)^2} \\ &= \frac{390}{1 + 390(0.0025)} \\ &= \frac{390}{1 + 0.99} \\ &= \frac{390}{1.99} \\ &= 195.97 \end{aligned}$$

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 ราย วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลากสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement)

ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง: แบบข้อมูลชุดนี้เป็นเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ
ส่วนที่ 1 แบบข้อมูลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB 01)
ส่วนที่ 2 แบบทะเบียนวัณโรคของหน่วยบริการ (TB03)
ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก (OPD Card)

ส่วนที่ 1 แบบข้อมูลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB 01) (ต่อ)

การรักษา

ผู้ทำหน้าที่กำกับการกินยา (DOT) DOT โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร ญาติ อื่นๆ (ระบุ) _____

No DOT

สูตรการรักษา New _____ History of previous treatment _____ ส่วนสูง _____ ซม.

เดือน	น้ำหนัก (กก.)	ขนาดของยา (มก./วัน)					ยารวมเม็ดหลายขนาน (FDC)	หมายเหตุ
		H	R	E	Z	S		
0								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

1. ระยะเข้มข้น (Intensive Phase)

เดือน	วัน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

2. ระยะต่อเนื่อง (Continuation phase)

เดือน	วัน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

หมายเหตุ X คือ วันที่ผู้ป่วยเริ่มกินยาและวันที่คาดว่าผู้ป่วยจะกินยาในเดือนถัดไป ✓ คือ ผู้ป่วยกินยา
- คือ จำนวนวันที่จ่ายยาให้กับผู้ป่วย 0 คือ ผู้ป่วยไม่กินยา

บันทึก _____

ผลการรักษา	
วันที่	_____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/>	รักษาหาย (Cured)
<input type="checkbox"/>	รักษาครบ (Completed)
<input type="checkbox"/>	ล้มเหลว (Failed)
<input type="checkbox"/>	ตาย (Died)
<input type="checkbox"/>	ขาดยา > 2 เดือนติดต่อกัน (Defaulted)
<input type="checkbox"/>	โอนออก ไม่ทราบผลการรักษา (Transferred Out)

13 พฤศจิกายน 2555

ภาคผนวก ค
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงสุพัตรา ปุสวิโร | นายแพทย์ระดับชำนาญการ
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนราธิวาส |
| 2. นางมยุรี หะยีปีเยาะ | พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
หัวหน้างานคลินิกวัณโรค
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนราธิวาส |
| 3. นางรัยฮานี ปือราเอง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญงาน
ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับ
คณะกรรมการประสานงานอำเภอ
จังหวัดนราธิวาส |

ภาคผนวก ง
หนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความวิจัย



جامعة فطاني
มหาวิทยาลัยฟาฏอนี
FATONI UNIVERSITY

ที่ ม.พ.น. 09.02/ ๐๙๑

วันที่ 16 สิงหาคม 2560

เรื่อง ตอบรับบทความวิจัยและตีพิมพ์วารสาร อัล-นุร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี

เรียน คุณนาบีละห์ สามแม

ตามที่กองบรรณาธิการวารสาร อัล-นุร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี ซึ่งเป็นวารสารที่จัดอยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ได้รับความวิจัยของท่านในหัวข้อ: "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยดังกล่าว ในวารสาร อัล-นุร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี นั้น

ในการนี้ ทางกองบรรณาธิการวารสาร อัล-นุร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี ให้ความเห็นชอบตอบรับการตีพิมพ์บทความดังกล่าวลงในวารสาร อัล-นุร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี ในฉบับที่ 25 ปีที่ 13 (ฉ.ที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2561) ต่อไป และขอขอบคุณ ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.มูฮำหมัดชากี เจ๊ะหะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัยและการวิจัย

และบรรณาธิการวารสาร อัล-นุร บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยฟาฏอนี

บัณฑิตวิทยาลัย
แผนกงานวิชาการและวารสาร
087-6852279
อีเมล: gsyiu2014@gmail.com, fariddoloh@gmail.com

ภาคผนวก จ
แบบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิจัย



แบบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิชาการ / บทความการวิจัย
วารสาร อัล-นूर บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี (เดิมมหาวิทยาลัยอิสลามยะลา)

1. ข้อมูลทั่วไป

(ชื่อ-สกุล) นายปิละห์ สาแม
(ประเภทบุคคล) นักศึกษาระดับปริญญาโท (สาขาวิชา/คณะ) เวชปฏิบัติชุมชน / พยาบาลศาสตร์
(สังกัด / สถาบัน) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ชื่อเรื่อง บทความวิชาการ / บทความการวิจัย

"ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด"

3. ข้อมูลการเผยแพร่

ตามที่กองบรรณาธิการวารสาร อัล-นूर บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี (เดิมมหาวิทยาลัยอิสลามยะลา) ได้รับบทความการวิจัยของ คุณนายปิละห์ สาแม ทางกองบรรณาธิการฯ ได้พิจารณาเห็นชอบตีพิมพ์ในวารสารดังกล่าว

ในการนี้ กองบรรณาธิการวารสาร อัล-นूर บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี ให้ความเห็นชอบจะดำเนินการตีพิมพ์บทความวิจัยดังกล่าว ใน

ฉบับที่ 25 (ฉบับที่ 2 / 2561)

ปีที่ 13

ประจำเดือน กรกฎาคม ถึงเดือน ธันวาคม ปี 2561

วารสาร อัล-นूर บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี	
<p>1. บรรณาธิการจัดการวารสาร อัล-นूर บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี</p> <p>ลงนาม <u>[Signature]</u> (นาย) <u>ปิละห์ สาแม</u> เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัยและการวิจัย วันที่ <u>16 AUG 2017</u></p>	<p>2. บรรณาธิการวารสาร อัล-นूर บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี</p> <p>ลงนาม <u>[Signature]</u> รศ.ดร.สุชัยกิจสงเคราะห์ (ศิษย์ คอมมิวนิสต์) วิทยาลัยและการวิจัย วันที่ <u>16 AUG 2017</u></p>

