

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดแพร่

ณัฐสุดา ตาสวรรณ¹ อักษรา ทองประชุม² และสินีนาฏ ชาวตระการ^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*ผู้รับผิดชอบบทความ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการติตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดแพร่ และเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติตราและการเลือกปฏิบัติในผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP ซึ่งมารับการรักษาหรือติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดแพร่ จำนวน 235 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher's exact test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.5 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 53.6 และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 96.2 ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.1 โดยมีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ร้อยละ 95.7 แต่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการติดต่อผ่านการรับประทานอาหารร่วมกัน ร้อยละ 82.1 และการใช้สิ่งของร่วมกัน ร้อยละ 68.9 ด้านการติตราและการเลือกปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเผชิญกับการเลือกปฏิบัติในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 82.7 รองลงมาคือการติตราตนเอง ร้อยละ 82.6 การเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 34.5 และการเลือกปฏิบัติในที่ทำงานพบน้อยที่สุด ร้อยละ 9.6

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการติตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระดับการศึกษาและประวัติการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติในครอบครัว ($p < 0.05$) ขณะที่อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ และการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ($p < 0.05$) และไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติในที่ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนากิจกรรมเพื่อลดการติตราและการเลือกปฏิบัติ ส่งเสริมความต่อเนื่องในการรักษา และลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

คำสำคัญ การติตราและการเลือกปฏิบัติ, ผู้ป่วยวัณโรค, จังหวัดแพร่

Factors Associated with Stigma and Discrimination Among Tuberculosis Patients in Phrae Province

This descriptive cross-sectional study aimed to examine stigma and discrimination among tuberculosis (TB) patients in Phrae Province, and to identify factors associated with stigma and discrimination in TB patients. The sample consisted of 235 TB patients registered in the National Tuberculosis Information Program (NTIP) who received treatment or follow-up care at hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Phrae Province. Data were collected from December 2025 to February 2026. The research instrument was a questionnaire developed by the Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics, including Chi-square test or Fisher's exact test, with a statistical significance level of 0.05.

The results revealed that the majority of the sample were male (65.5%), aged 60 years and older (55.7%), had completed primary education or below (53.6%), and were newly diagnosed patients (96.2%). Regarding knowledge about tuberculosis, most participants had a low level of knowledge (62.1%). While the majority correctly understood airborne transmission (95.7%), misconceptions remained regarding transmission through shared meals (82.1%) and shared personal belongings (68.9%). Concerning stigma and discrimination, family-based discrimination was most prevalent (82.7%), followed by self-stigma (82.6%), discrimination in healthcare settings (34.5%), and workplace discrimination, which was least common (9.6%).

The analysis of associated factors found that TB knowledge level and having underlying diseases were significantly associated with self-stigma ($p < 0.05$). Educational level and smoking history were significantly associated with family-based discrimination ($p < 0.05$). Occupation, smoking history, and underlying diseases were significantly associated with discrimination in healthcare settings ($p < 0.05$). No personal or clinical factors were found to be significantly associated with workplace discrimination. The findings of this study can serve as baseline data for planning and developing interventions to reduce stigma and discrimination, promote treatment adherence, and eliminate barriers to healthcare access among TB patients.

Keywords: stigma and discrimination, tuberculosis patients, Phrae Province

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยในปี ค.ศ. 2023 องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 10.8 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.25 ล้านราย โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีสัดส่วนผู้ป่วยสูงที่สุดถึงร้อยละ 45 ของผู้ป่วยทั่วโลก (World Health Organization, 2024) สำหรับประเทศไทยซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม 30 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง มีอุบัติการณ์ลดลงจาก 133 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2565 เหลือ 123 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2567 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567b) อย่างไรก็ตาม จังหวัดแพร่ยังคงมีอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคสูงเป็นอันดับ 2 ของเขตสุขภาพที่ 1 ที่ร้อยละ 16.02 โดยในปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาสูงถึง 555 ราย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพอาจไม่ได้จำกัดอยู่เพียงมิติทางการแพทย์เท่านั้น

การตีตรา (Stigma) และการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) เป็นอุปสรรคสำคัญที่ฝังรากลึกในสังคม มีสาเหตุหลักจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการแพร่เชื้อ ความกลัวการติดเชื้อ และการเหมารวมว่าวัณโรคเป็นโรคของคนยากจนหรือมีความเชื่อมโยงกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Courtwright & Turner, 2010) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการ "ตีตราตนเอง" รู้สึกด้อยค่า อับอาย และแยกตัวออกจากสังคม จนนำไปสู่การปกปิดสถานะและการเข้ารับการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและการเกิดภาวะดื้อยา (Chopra & Arora, 2020) ผลการสำรวจของกองวัณโรคปี พ.ศ. 2566 พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 9.1 ถูกเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาล และยังเผชิญการตีตราจากครอบครัวและสถานที่ทำงาน ขณะที่การศึกษาของรุ่งทิภา สุวรรณรัตน์ และคณะ (2566) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 74.6 มีการตีตราตนเอง

ในบริบทของจังหวัดแพร่ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับระดับการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่ผู้ป่วยวัณโรคเผชิญ ทั้งในมิติตนเอง ครอบครัว ที่ทำงาน และสถานบริการสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความจำเป็น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตีตราและการเลือกปฏิบัติ รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีตราและการเลือกปฏิบัติในผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดแพร่

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้ขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) ปีงบประมาณ 2567 ที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดแพร่ จำนวน 8 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลแพร่ โรงพยาบาลสูงเม่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย โรงพยาบาลร่องกวาง โรงพยาบาลลอง โรงพยาบาลสอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้ขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP และมารับการรักษาหรือติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาล ทั้ง 8 แห่งในจังหวัดแพร่ จำนวน 235 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยดังนี้

1. ผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบโปรแกรม NTIP ได้รับประทานยาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป และไม่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป
3. ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
4. ไม่มีภาวะทางจิตเวชรุนแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้ข้อมูล
5. ไม่มีอาการรุนแรงหรือมีอาการป่วยถึงขั้นวิกฤตจนไม่สามารถให้ข้อมูล
6. ยินดีให้ข้อมูล

โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) จากผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการในช่วงเวลาที่ทำเนิกรการเก็บข้อมูล ระหว่างรอพบแพทย์ หรือขณะรอรับยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยวัณโรคซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกองวัณโรค กรมควบคุมโรค ร่วมกับภาคีเครือข่าย เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้สำรวจสถานการณ์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2564 และมีการปรับปรุงในปี พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา ลักษณะการอยู่อาศัยในปัจจุบัน ประวัติการใช้บุหรี่และแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ประเภทการรักษาวัณโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นวัณโรค

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค โดยกองวัณโรค กรมควบคุมโรค ร่วมกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ การติดต่อ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยกำหนดให้คำตอบที่ถูกต้องได้ 1 คะแนน และคำตอบที่ไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนรวมมาคำนวณเป็นร้อยละ และจัดระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของบลูม (Bloom, 1995) ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.00 – 100 (ตอบถูกต้อง 6-7 ข้อ) หมายถึง ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60.00 – 79.99 (ตอบถูกต้อง 5 ข้อ) หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0.00 – 59.99 (ตอบถูกต้อง 0-4 ข้อ) หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการติดตามและการเลือกปฏิบัติ โดยกองวัณโรค กรมควบคุมโรค ร่วมกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น

1. การติดตามตัวเอง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-5 และ 11-12 เลือกตอบเพียง “ใช่/ไม่ใช่”
2. การเลือกปฏิบัติในครอบครัว จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6-10 เลือกตอบเพียง “เคย/ไม่เคย/ไม่เกี่ยวข้อง”
3. การเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 13-19 เลือกตอบเพียง “เคย/ไม่เคย/ไม่เกี่ยวข้อง”
4. การเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 20-25 เลือกตอบเพียง “เคย/ไม่เคย”

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย พร้อมทั้งประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานคลินิกวิมลโรคของทุกโรงพยาบาลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามและขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยหรือผู้รับผิดชอบงานคลินิกวิมลโรคของแต่ละโรงพยาบาลดำเนินการขอความยินยอมจากผู้ป่วยวิมลโรคที่เข้ารับการรักษาในคลินิกและได้รับประทานยาต้านไวรัสโรคมาระหว่างอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะต้องลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent Form)

3) เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในระหว่างรอรับบริการตรวจจากแพทย์ โดยใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 และแบบสอบถามทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องก่อนนำไปลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน (n) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ค่าต่ำสุด (Minimum: Min) และค่าสูงสุด (Maximum: Max)

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก และระดับความรู้กับการติตราและการเลือกปฏิบัติ ดำเนินการโดยใช้สถิติเชิงอนุมานที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล ดังนี้

Chi-square test ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยมีเงื่อนไขว่าค่าความถี่คาดหวัง (Expected Frequency) ในแต่ละช่องต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 5 และจำนวนช่องที่มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 ต้องไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนช่องทั้งหมด

Fisher's exact test ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ในกรณีที่มีข้อมูลไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของ Chi-square test กล่าวคือ เมื่อมีค่าความถี่คาดหวังในช่องใดช่องหนึ่งน้อยกว่า 5 หรือมีจำนวนช่องที่มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนช่องทั้งหมด โดยใช้กับตารางแบบ 2×2

ทั้งนี้ ตัวแปรผลลัพธ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ประกอบด้วย การติตราตนเอง (พิจารณาจากข้อที่ 1–5) การเลือกปฏิบัติโดยสมาชิกในครอบครัว (พิจารณาจากข้อที่ 6–7 และข้อที่ 9) การเลือกปฏิบัติ

ในสถานที่ทำงาน (พิจารณาจากข้อที่ 15, 16 และ 19) และการเลือกปฏิบัติโดยบุคลากรสถานบริการสุขภาพ (พิจารณาจากข้อที่ 20–25) โดยหากผู้ป่วยตอบว่า "ใช่" หรือ "เคย" ในข้อใดข้อหนึ่ง จะจัดว่าผู้ป่วยรายนั้น มีประสบการณ์ในด้านนั้น ๆ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET042/2568 วันที่รับรอง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 006/2569 วันที่รับรอง 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 เพื่อคุ้มครองสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.5 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 59.09 ปี (SD = 14.69) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 58.3 ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเทียบเท่าประถมศึกษา ร้อยละ 53.6 ประกอบอาชีพใช้แรงงาน/เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 56.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,001–7,000 บาท ร้อยละ 32.4 อาศัยร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 86.0 และใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 85.5 ด้านข้อมูลคลินิก พบว่าส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 46.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.2 เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 96.2 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 24 สัปดาห์ขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 40.9 โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเจ็บป่วย 19.49 สัปดาห์ (SD = 9.65) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 235)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	154	65.5
หญิง	81	34.5
อายุ (ปี)		
18–44 ปี	42	17.9
45–59 ปี	62	26.4
60 ปีขึ้นไป	131	55.7

Mean = 59.09, SD = 14.69, Median = 62, IQR = 21

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 235) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	23	9.8
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	126	53.6
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)	26	11.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) / ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	39	16.6
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)/ อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค (ปวท.)	12	5.1
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	9	3.8
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/พ่อบ้าน แม่บ้าน	79	33.6
ประกอบอาชีพ	156	66.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	51	21.7
น้อยกว่า 3,000 บาท	68	28.9
3,001-7,000 บาท	76	32.4
มากกว่า 7,000 บาท	40	17.0
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรทอง	201	85.5
ประกันสังคม	20	8.5
กรมบัญชีกลาง/อื่นๆ	14	6.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 235) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	146	62.1
สูบ	27	11.5
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	62	26.4
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	87	37.0
ดื่ม	36	15.3
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	112	47.7
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
น้ำหนักน้อย/ผอม (<18.5)	77	32.8
ปกติ (18.5–22.9)	108	46.0
น้ำหนักเกิน (>23)	50	21.2
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	125	53.2
มีโรคประจำตัว	110	46.8
ประเภทการรักษาวัณโรค		
ผู้ป่วยรายใหม่	226	96.2
กลับเป็นซ้ำ	9	3.8
ระยะเวลาการเจ็บป่วยวัณโรค		
2-<8 สัปดาห์	23	9.8
8-<16 สัปดาห์	53	22.6
16-<24 สัปดาห์	63	26.8
24 สัปดาห์ขึ้นไป	96	40.8
Mean = 19.49, SD = 9.65, Median = 20 สัปดาห์		

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับวัณโรครายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุด คือ วัณโรคปอดติดต่อทางการหายใจเอาอากาศที่มีละอองเสมหะปนเปื้อนเชื้อ ร้อยละ 95.7 รองลงมาคือ การสวมหน้ากากอนามัยช่วยป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ร้อยละ 84.3 ขณะที่ข้อที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนสูงที่สุด คือ การติดต่อผ่านการดื่มหรือรับประทานอาหารร่วมกัน ร้อยละ 82.1 รองลงมาคือการใช้ของใช้ร่วมกัน ร้อยละ 68.9 เมื่อจัดระดับความรู้โดยภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.1 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรครายข้อและระดับความรู้โดยภาพรวม (n = 235)

ข้อคำถาม	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. วัณโรคปอดติดต่อทางการหายใจเอาอากาศที่มีละอองเสมหะปนเปื้อนเชื้อ	225	95.7	10	4.3
2. การสวมหน้ากากอนามัยช่วยป้องกันการติดเชื้อวัณโรค	198	84.3	37	15.7
3. วัณโรคปอดไม่สามารถแพร่เชื้อได้หลังรักษาถูกต้องมาแล้ว 2 สัปดาห์	158	67.2	77	32.8
4. วัณโรคติดต่อทางการสัมผัสใกล้ชิดโดยการแตะเนื้อต้องตัว	166	70.6	69	29.4
5. วัณโรคติดต่อทางการใช้ห้องน้ำร่วมกัน	122	51.9	113	48.1
6. วัณโรคติดต่อทางการใช้ของใช้ร่วมกัน	73	31.1	162	68.9
7. วัณโรคติดต่อทางการดื่ม/รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	42	17.9	193	82.1
ระดับความรู้	จำนวน (คน)		ร้อยละ	
ระดับสูง (6-7 คะแนน)	43		18.3	
ระดับปานกลาง (5 คะแนน)	46		19.6	
ระดับต่ำ (0-4 คะแนน)	146		62.1	
Mean = 4.19, SD = 1.42, Median = 4, IQR = 2, Min = 1, Max = 7				

การตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเผชิญกับการเลือกปฏิบัติในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 82.7 โดยพฤติกรรมที่พบมากที่สุดคือการถูกขอให้สวมหน้ากากอนามัยขณะอยู่บ้าน ร้อยละ 72.8 รองลงมาคือการแยกห้องนอน ร้อยละ 60.4 และการแยกรับประทานอาหาร ร้อยละ 58.9 รองลงมาคือการตีตราตนเอง ร้อยละ 82.6 โดยพบมากที่สุดคือการลดการเข้าสังคม ร้อยละ 70.2 รองลงมาคือความรู้สึกละอายใจกับตนเอง ร้อยละ 53.6 และนอกจากนี้ ในกลุ่มที่อาศัยร่วมกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 53.2 ขอแยกรับประทานอาหารเอง และร้อยละ 50.7 ขอแยกห้องนอนเองโดยที่ครอบครัวไม่ได้ร้องขอ การเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพพบร้อยละ 34.5 โดยพบมากที่สุดคือการถูกจัดให้นั่งแยกจากผู้อื่น ขณะรอรับบริการ ร้อยละ 26.8 และการเลือกปฏิบัติในที่ทำงานพบน้อยที่สุด ร้อยละ 9.6 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การตีตราและการเลือกปฏิบัติ

การตีตราและการเลือกปฏิบัติ	เคย		ไม่เคย/ไม่เกี่ยวข้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การตีตราตนเอง (n = 235)	194	82.6	41	17.4
2.การเลือกปฏิบัติในครอบครัว (n = 202)	167	82.7	35	17.3
3.การเลือกปฏิบัติในที่ทำงาน (n = 156)	15	9.6	141	90.4
4.การเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ (n = 235)	81	34.5	154	65.5

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ($p = 0.024$) และการมีโรคประจำตัว ($p = 0.033$) มีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการเลือกปฏิบัติในครอบครัว พบว่าระดับการศึกษา ($p = 0.007$) และประวัติการสูบบุหรี่ ($p = 0.004$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอาชีพ ($p = 0.049$) ประวัติการสูบบุหรี่ ($p = 0.014$) และการมีโรคประจำตัว ($p < 0.001$) และไม่พบปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจจัยด้านคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติในที่ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติตราและการเลือกปฏิบัติ

ปัจจัย	การติตราและการเลือกปฏิบัติ (p-value)			
	การติตรา ตนเอง	การเลือกปฏิบัติ ในครอบครัว	การเลือกปฏิบัติ ในที่ทำงาน	การเลือกปฏิบัติ ในสถานบริการ สุขภาพ
เพศ	0.754 ^a	0.107 ^a	0.233 ^b	0.258 ^a
อายุ	0.591 ^a	0.800 ^a	0.135 ^a	0.144 ^a
สถานภาพสมรส	0.759 ^a	0.911 ^a	0.749 ^a	0.443 ^a
ระดับการศึกษา	0.403 ^a	0.007* ^a	0.063 ^a	0.403 ^a
อาชีพ	0.516 ^a	0.226 ^a	-	0.049* ^a
รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน	0.660 ^a	0.817 ^a	0.532 ^a	0.337 ^a
ศาสนา	1.000 ^b	1.000 ^b	-	1.000 ^b
ลักษณะการอยู่อาศัยในปัจจุบัน	0.708 ^b	-	0.696 ^b	0.300 ^a
จำนวนสมาชิกที่อยู่ร่วมกัน (รวมตัวท่าน)	0.988 ^a	0.932 ^a	1.000 ^b	0.948 ^a
ประวัติการใช้บุหรี่	0.545 ^a	0.004* ^a	0.238 ^a	0.014* ^a
ประวัติการแอลกอฮอล์	0.139 ^a	0.608 ^a	1.000 ^a	0.687 ^a
สิทธิการรักษาพยาบาล	0.842 ^a	0.627 ^a	0.132 ^a	0.087 ^a
ดัชนีมวลกาย (BMI)	0.217 ^a	0.295 ^a	0.251 ^a	0.899 ^a
โรคประจำตัว	0.033* ^a	0.657 ^a	0.423 ^a	<0.001* ^a
ประเภทของการรักษาวัณโรค	0.708 ^a	1.000 ^b	0.335 ^a	0.281 ^b
ระยะเวลาการรักษาวัณโรค	0.107 ^a	0.998 ^a	0.257 ^a	0.085 ^a
ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	0.024* ^a	-	-	-

^aวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test

^bวิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติตราและการเลือกปฏิบัติในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดแพร่ ผลการศึกษาเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

การติตราตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีการติตราตนเองในระดับสูง แสดงออกผ่านการลดการพบปะผู้คน ความรู้สึกด้อยค่า และการแยกตัวจากสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับผลสำรวจผู้ป่วยวัณโรคจังหวัด เชียงราย ซึ่งพบการติตราตนเองสูงถึงร้อยละ 82.0 และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิวา สุวรรณรัตน์ และคณะ (2566) ที่รายงานว่า การติตราตนเองส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความต่อเนื่องในการรักษา

การเลือกปฏิบัติในครอบครัว ที่ทำงาน และสถานบริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.7 เคยประสบการเลือกปฏิบัติจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะการถูกแยกห้องนอนและแยกรับประทาน อาหาร แสดงให้เห็นว่าความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการแพร่เชื้อวัณโรคในครอบครัวยังมีความเข้าใจผิด ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเว้นระยะห่างและการปฏิบัติที่แตกต่างจากสมาชิกในบ้าน นอกจากนี้ยังพบ การเลือกปฏิบัติในที่ทำงาน เช่น การถูกย้ายแผนกและการถูกปฏิเสธการรับเข้าทำงาน รวมถึงในสถานบริการ สุขภาพ เช่น การถูกจัดให้นั่งรอนในพื้นที่แยก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิวา สุวรรณรัตน์ และคณะ (2566) และรายงานของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค (2566)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ พบว่าระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับการติตราตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติในครอบครัว เนื่องจาก ผู้มีการศึกษาสูงมีทัศนคติที่เปิดกว้างและยอมรับความเจ็บป่วยได้เหมาะสมกว่า ประวัติการสูบบุหรี่และ การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติทั้งในครอบครัวและสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากสังคม มักเชื่อมโยงพฤติกรรมเสี่ยงกับการเจ็บป่วย ส่วนอาชีพมีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติในสถานบริการ สุขภาพ สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำทางสถานะทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการติตราของ Goffman (1963) อังไฉ จิราภรณ์ ชวงค์ และคณะ, 2562 ที่ชี้ว่าความไม่รู้ อคติ และความแตกต่างทางสถานะสังคม ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการติตราและการเลือกปฏิบัติ

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการติตราและการเลือกปฏิบัติในผู้ป่วยวัณโรคยังคงเป็นปัญหา สำคัญในทุกระดับ การพัฒนาความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรคในชุมชน ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดการติตรา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) ระดับชุมชนและครอบครัว ควรเน้นการให้สุขศึกษาเชิงรุกที่ระบุชัดเจนว่า "เมื่อรักษาไปแล้วก็วัน จังหวะจะไม่แพร่เชื้อ" หรือการสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) เพื่อลดความกังวลของคนที่ใกล้ชิด และลดการแยกตัวผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสม

2) หน่วยงานสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนและพัฒนากิจกรรมเพื่อลดการติตรา และการเลือกปฏิบัติในผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรค แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการประสานและอำนวยความสะดวกด้านข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลแพร่ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าของเอกสาร ตำรา งานวิจัย และบทความทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดกรอบแนวคิด การพัฒนาเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการอภิปรายผล ซึ่งทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567b). สถานการณ์และการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566d). รายงานฉบับสมบูรณ์ ผลการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากวัณโรคในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ ในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2566.
- รุ่งทิwa สุวรรณรัตน์, ธนิษฐา เหมทานนท์, และ ทานูมาศ หนูพันธ์. (2566). การสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี, 2(2).
- จิราภรณ์ ชูวงศ์, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ, และ ดวงใจ สวัสดิ์. (2562). ผลกระทบจากการตีตราและแนวทางการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย.
- Chopra, K. K., & Arora, V. K. (2020). COVID-19 and social stigma: Role of scientific community. *Indian Journal of Tuberculosis*, 67(3), 284–285. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2020.07.012>
- Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and stigmatization: Pathways and interventions. *Public Health Reports*, 125(4_suppl), 34–42. <https://doi.org/10.1177/00333549101250S407>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- World Health Organization. (2024). *Global tuberculosis report 2024*. <https://iris.who.int/handle/10665/379339>
- Bloom, B. S. (1995). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. New York: Longman.