

ความรู้ การตีตราและประสบการณ์ของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับวัณโรคและการสำรวจวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัส

วรรษาน อิมสงวน*

สุรรัตน์ ท้าวกิ่ง†

ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ*

จินตนา งามวิทยาพงศ์-ยาไน†

ผู้รับผิดชอบบทความ: จินตนา งามวิทยาพงศ์-ยาไน

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: การสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค (contact investigation-CI) เป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดปัญหาวัณโรค แต่การทำ CI ยังมีความครอบคลุมต่ำ เนื่องจากปัจจัยด้านผู้ป่วย การตีตราทางสังคม รวมทั้งความรู้และทัศนคติของแพทย์และพยาบาลที่มีต่อวัณโรคและการทำ CI **ระเบียบวิธีศึกษา:** ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม ดำเนินการสนทนากลุ่มกับแพทย์และพยาบาลที่เคยป่วยเป็นวัณโรค เพื่อทราบประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการตีตราทางสังคมและการทำ CI ในฐานะเป็นผู้ป่วย ใช้แบบสอบถามกับแพทย์ 60 คน และพยาบาล 178 คน วัดระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การตีตราและการทำ CI ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน **ผลการศึกษา:** อัตราการตอบแบบสอบถามเท่ากับ 100% เกือบ 20% ของแพทย์และ 14% ของพยาบาล อายากหลีกเลี่ยงการทำงานกับผู้ป่วยวัณโรคเพราะกลัวติดโรค ปัจจัยที่มีผลต่อการทำ CI ของแพทย์คือ แพทย์หญิงมีการทำ CI มากกว่าแพทย์ชาย 2.07 คะแนน (95%CI 0.21, 3.92) อายุรแพทย์และกุมารแพทย์มีการทำ CI น้อยกว่าแพทย์ประจำบ้าน 3.82 คะแนน (95%CI -6.04, -1.60) และ 0.17 คะแนน (95%CI -2.51, 2.17) สำหรับพยาบาล ระยะเวลาทำงานเพิ่มขึ้น 1 ปี จะทำ CI เพิ่มขึ้น 0.09 คะแนน (95%CI 0.01, 0.17) พยาบาลที่ได้รับการอบรมเรื่องวัณโรค ทำ CI มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรม 2.52 คะแนน (95%CI 0.99, 4.05) แพทย์และพยาบาลที่ป่วยเป็นวัณโรคทุกคนมีการนำคนในบ้านมารับการตรวจวัณโรค มีส่วนน้อยที่รู้สึกรุนแรงถึงการตีตราวัณโรคในขณะที่ตนเองป่วย **วิจารณ์:** พยาบาลควรได้รับการอบรมเรื่องวัณโรคเพิ่มขึ้น ควรเข้มงวดเรื่องการตรวจคัดกรองวัณโรคประจำปีในกลุ่มแพทย์และพยาบาล หากแพทย์หรือพยาบาลป่วยเป็นวัณโรค ควรพิจารณาสำรวจผู้สัมผัสโรคที่เป็นผู้ร่วมงานและผู้ป่วย

คำสำคัญ: วัณโรค การสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค แพทย์-พยาบาล การตีตรา ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม

Abstract Knowledge, Perceived Stigma and Experiences of Doctors and Nurses Regarding Tuberculosis and Contact Investigation

Worarat Imsanguan*, Sureerat Thawthong**, Supalert Nedsuwan*,
Jintana Ngamvithayapong-Yanai**

*Chiang Rai Prachanukroh Hospital, **TB/HIV Research Foundation (THRF)

Corresponding author: Jintana Ngamvithayapong-Yanai, jintanajip@gmail.com

Background: Contact investigation (CI) reduces tuberculosis (TB) burden. Yet, implementing CI is still low. One of CI Barriers is health workers' knowledge and attitude about TB. **Design/Methods:**

*โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

†มูลนิธิวิจัยวัณโรคและโรคเอดส์

Mixed-methods. A focus group discussion with doctors and nurses who had TB was conducted. A self-administered questionnaire was distributed to 60 doctors and 178 nurses. The questionnaire measured TB knowledge, stigma and CI practice. A stepwise multiple regression analysis was employed. **Results:** Response rate was 100%. Almost 20% of doctors and about 14% of nurses prefer a job without exposure to TB patients. Female doctors practiced CI 2.07 scores more than male doctors (95%CI 0.21, 3.92). The internists and the pediatricians had less CI scores than the resident doctors, respectively, 3.82 scores (95%CI -6.04, -1.60) and 0.17 scores (95%CI -2.51, 2.17). For nurses, an additional one year working experience increased 0.09 CI scores (95%CI 0.01, 0.17). Nurses obtaining TB training had 2.52 CI scores more than nurses without training (95%CI 0.99, 4.05). All household contacts of doctors and nurses having TB received TB screening. But contacts at the workplace (colleagues and patients) were not systematically investigated. **Conclusions:** TB training may increase CI practice in nurses. Annual health check for doctors and nurses should be reinforced. When doctors and nurses have TB, their contacts in the workplaces (co-workers and patients) should receive CI.

Keywords: tuberculosis, contact investigation, doctor-nurse, stigma, mixed-methods

ภูมิหลังและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่คร่าชีวิตประชากรโลกมากเป็นอันดับแรกๆ เป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับความยากจน และเป็นโรคที่มีการตีตราทางสังคม (social stigma) องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ รายงานว่า ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 14 ประเทศของโลกที่มีปัญหาวัณโรคร่วมกันทั้ง 3 ด้าน คือ 1) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมาก 2) มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในวัณโรคสูง และ 3) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ทั้งๆ ที่วัณโรคเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาให้หายได้ และประชาชนไทยได้รับการคุ้มครองโดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ประเทศไทยยังคงมีผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรคปีละประมาณ 12,000 ราย การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันหรือรักษาวัณโรคอย่างรวดเร็วเป็นการตัดวงจรการแพร่วัณโรคและลดการเสียชีวิต องค์การอนามัยโลก⁽²⁾ จึงให้ความสำคัญอย่างมากในการแนะนำ (strongly recommend with strong evidences) ให้ทำการสำรวจวัณโรคในผู้สัมผัสวัณโรค (contact investigation) ถึงแม้การสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคเป็นมาตรการสำคัญในการลดปัญหาวัณโรค แต่จากข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่าความครอบคลุมในการสำรวจผู้สัมผัสโรครวมเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุด มีเพียงประมาณร้อยละ 30

การศึกษาในต่างประเทศรายงานว่าสาเหตุที่ความครอบคลุมการสำรวจวัณโรคในผู้สัมผัสมีอัตราต่ำ มีหลายประการ ทั้งปัจจัยจากผู้ป่วย (เช่น ยากจน การตีตรา) ปัจจัยเกี่ยวกับระบบบริการ และปัจจัยที่เกิดจากความรู้และทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อวัณโรค^(3,4) งานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศ^(5,6,7,8) รายงานสอดคล้องกันว่า ความรู้และทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อวัณโรคและต่อผู้ป่วยวัณโรค ส่งผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อโรคได้ และมีผลต่อผลการรักษาวัณโรคด้วยการศึกษาที่ประเทศบอตสวานา ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ ทัศนคติและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคของบุคลากรการแพทย์ 104 คน (แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) พบว่า ร้อยละ 99 ของบุคลากรทราบถึงความสำคัญของการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค แต่ร้อยละ 44 ยังขาดความรู้ในขั้นตอนการปฏิบัติ และร้อยละ 38 ไม่เคยปฏิบัติเลย ผู้วิจัยให้ความเห็นว่าการขาดความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรเป็นปัจจัยที่ทำให้การสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคต่ำกว่าที่ควรจะเป็น⁽⁹⁾

การวิจัยที่ผ่านมาทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ ไม่ได้ศึกษาพฤติกรรมว่า เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ป่วยเป็นวัณโรคจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคอย่างไร ดังนั้นในการศึกษานี้จึงใช้คำถามในการวิจัย

หลักสองข้อคือ 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคในกลุ่มแพทย์และพยาบาลที่มีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคืออะไร และ 2) แพทย์และพยาบาลที่ป่วยเป็นวัณโรคมีประสบการณ์เกี่ยวกับวัณโรคอย่างไรและการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคของแพทย์และพยาบาลที่ป่วยเองเป็นอย่างไร

บทความนี้รายงานผลการวิจัยซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค โดยการสำรวจความรู้ การติตราและการปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคในกลุ่มแพทย์และพยาบาลที่มีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคและศึกษาประสบการณ์ของกลุ่มแพทย์และพยาบาลที่ป่วยเป็นวัณโรค

นิยาม

การสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค (contact investigation) หมายถึง การที่แพทย์หรือพยาบาล 1) ซักถามข้อมูลจำนวนคนในบ้านที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค 2) ซักถามจำนวนเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีในบ้านที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค 3) ซักถามข้อมูลจำนวนคนที่อยู่ใกล้ชิดนอกบ้าน 4) แนะนำให้นำเด็กและผู้สัมผัสใกล้ชิดมาตรวจหาวัณโรค 5) บันทึกข้อมูลเรื่องผู้สัมผัสลงในเวชระเบียน 6) ติดตามข้อมูลของผู้สัมผัสจากผู้ป่วยว่าได้มารับการตรวจตามที่แนะนำหรือไม่

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณรวมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (mixed methods) ทำการศึกษาในกลุ่มแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยส่งแบบสอบถามให้แพทย์และพยาบาลทุกรายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคในผู้ใหญ่และเด็ก ได้แก่ แพทย์ในแผนกกุมารเวชกรรม 18 ราย อายุรแพทย์ 23 รายและแพทย์ประจำบ้าน 19 ราย รวมแพทย์ 60 ราย พยาบาลกุมารเวชกรรม 54 ราย พยาบาลอายุรกรรม 124 ราย รวมพยาบาล 178

ราย ไม่ต้องระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม (anonymous questionnaire) ผู้ตอบฯ ได้รับค่าเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 100 บาท แบบสอบถามมีเนื้อหาประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์ทางวิชาชีพ และประสบการณ์เกี่ยวกับวัณโรคและการฝึกอบรมเกี่ยวกับวัณโรค ส่วนที่ 2 คือ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เป็นคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ การติดต่อ การรักษา การป้องกันวัณโรค และการสำรวจวัณโรคในผู้สัมผัสโรค เหล่านี้เป็นตัวแปรระดับการวัดในมาตราอันตรภาค (interval scale) วัดระดับเป็นคะแนน ส่วนที่ 3 คือ ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค เป็นการให้ผู้ตอบระบุระดับการปฏิบัติ เป็น 4 ระดับคือ ไม่ทำเลย ทำเป็นบางครั้ง ทำเป็นส่วนใหญ่ และทำทุกครั้ง ซึ่งเป็นตัวแปรระดับการวัดในมาตราอันตรภาค (interval scale) ตามลำดับ 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับ และแบบสอบถามส่วนที่ 4 เป็นการวัดระดับการติตราทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรค ได้แก่ ประโยคที่ให้ผู้ตอบแบบให้ความเห็นเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นตัวแปรระดับการวัดในมาตราอันตรภาค (interval scale) 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ คำถามของส่วนนี้ดัดแปลงจากเครื่องมือของงานวิจัย ของ Van Rie และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่รายงานว่า เครื่องมือจะมีความเที่ยงตรงสูง ถ้ามีประโยคต่อไปนี้ “วัณโรคเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ” “ถ้าฉันป่วยเป็นวัณโรค จะไม่บอกผู้ร่วมงาน เพราะกลัวถูกรังเกียจ” “รู้สึกฝืนใจ อึดอัดใจ หรือกลัวที่จะต้องดูแลผู้ป่วยวัณโรค” “จะเลือกงานที่ไม่ต้องตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรคเพราะกลัวติดโรค” แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรคและการติตราทางสังคมรวม 4 ท่าน ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือ (reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)⁽¹¹⁾ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสำหรับกลุ่มแพทย์และกลุ่มพยาบาล เท่ากับ 0.75 และ 0.79 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติต่างๆ คือ 1) ข้อมูล



ทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค กับปัจจัยต่างๆ ใช้สถิติ One-way ANOVA และ Kruskal Wallis Test และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 หรือ ค่า Null value ของ 95% confidence interval (95%CI) เท่ากับ 0 ในกรณีเป็นค่า difference

สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เลือกแพทย์และพยาบาลที่เคยป่วยเป็นวัณโรค ทั้งนี้ เมื่อถึงวันนัดทำสนทนากลุ่ม มีแพทย์มาร่วมประชุม 2 ราย (ผู้หญิง 1) และพยาบาล 2 ราย (ผู้หญิง 1) รวมเป็น 4 ราย ผู้ดำเนินการสนทนาเป็นนักวิจัยทางสังคมศาสตร์ มีประสบการณ์การวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเกี่ยวกับวัณโรคมาแล้วมากกว่า 20 ปี ไม่ได้เป็นบุคลากรของโรงพยาบาล การสนทนาจัดขึ้นในห้องประชุมของโรงพยาบาล ใช้เวลาสนทนา 75 นาที และบันทึกบทสนทนาโดยเครื่องบันทึกเสียง เพื่อให้ได้ข้อมูลว่าในฐานะที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์นั้น เมื่อป่วยเป็นวัณโรคจะต้องประสบความสำเร็จอย่างไร มีระดับการตีตราทางสังคมต่อการเป็นโรคนี้อะไรหรือไม่ มีความรู้และมีการปฏิบัติอย่างไรเกี่ยวกับการสำรวจวัณโรคในผู้สัมผัส แนวทางในการสนทนาจึงเริ่มจากการให้ผู้ร่วมสนทนาช่วยกันเล่าประสบการณ์การป่วยเป็นวัณโรค และตอบคำถามเกี่ยวกับการเปิดเผยเรื่องการป่วยเป็นวัณโรคให้แก่ครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน การสำรวจวัณโรคในผู้สัมผัสที่บ้านและที่โรงพยาบาล ประสบการณ์การถูกรังเกียจจากผู้อื่น และร่วมกันให้ความเห็นว่าจะต้องทำอะไรจึงจะเพิ่มความครอบคลุมของการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคได้โดยไม่ทำให้เกิดการรังเกียจหรือเกิดผลกระทบทางสังคมแก่ผู้ป่วย หลังจากสิ้นสุดการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งอยู่ในที่ประชุม ทำการถอดเทปการสนทนา และเพิ่มข้อมูลจากการ

สังเกต (ได้แก่ ท่าทาง น้ำเสียง) นักวิจัยวิเคราะห์เนื้อหาให้รหัสข้อมูลเป็นตัวอักษร จัดหมวดหมู่ข้อมูล โดยวิเคราะห์ตามคำถามในการวิจัยและกรอบความคิดที่พัฒนาจากข้อมูลที่ได้

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ ขร. 0032.102/8398 ลงวันที่ 10 มีนาคม 2560. และเพื่อป้องกันผลกระทบทางสังคมที่อาจเกิดกับผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เนื่องจากมีผู้ร่วมสนทนาจำนวนน้อย การเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์คำพูด จะไม่เปิดเผยเพศ และข้อมูลเกี่ยวกับแผนกที่ทำงานของผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ความรู้ การตีตรา และการปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคในกลุ่มแพทย์

จากแพทย์ทั้งหมด 60 คนที่ตอบแบบสอบถาม ตารางที่ 1 (table 1) สัดส่วนแพทย์ชายมากกว่าแพทย์หญิงเพียงร้อยละ 3 เป็นแพทย์ประจำบ้าน อายุรแพทย์ และกุมารแพทย์ ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยของแพทย์ประมาณ 37 ปี มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ยประมาณ 10 ปี แพทย์เกือบร้อยละ 95 ตอบว่าเคยได้รับความรู้เรื่องวัณโรคในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ประมาณ 3 ใน 4 ของแพทย์ได้รับการฝึกอบรมเรื่องวัณโรคเพิ่มเติมหลังจากจบการศึกษาแพทยศาสตร และเกือบร้อยละ 80 ได้รับความรู้เรื่องวัณโรคจากการสอนในระหว่างการปฏิบัติงาน ประมาณร้อยละ 9 ตอบว่าตนเองหรือคนในครอบครัวเคยป่วยด้วยวัณโรค ประมาณร้อยละ 7 ไม่เคยวินิจฉัยหรือรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในขณะที่เกือบร้อยละ 40 เคยรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรคมากกว่า 20 ราย แพทย์มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเรื่องวัณโรคดีพอสมควรคือ 78 จาก 100 คะแนน ความรู้ที่แพทย์ส่วนใหญ่ขาดเพราะตอบผิดมากที่สุดคือ ความรู้เกี่ยวกับ

Table 1 General characteristics, knowledge, attitudes and experiences regarding tuberculosis contact investigation of doctors

Characteristics	n=60 (%)
Male	32 (53.3)
Mean and median age (Range 25-60 years, SD = 9.7)	37.1 and 37 years
Specialty of doctors	
Resident doctor	18 (30.0)
Internist	23 (38.3)
Pediatrician	19 (31.7)
Work experiences (years) after graduation (Range 1-29 years, SD = 8.5)	11.8 and 10 years
Studying tuberculosis in medical school? Yes	56 (94.9)
Attending tuberculosis training after graduation? Yes	44 (73.3)
Learning about TB from supervisor or during ward rounds? Yes	46 (78.0)
Mean and median scores on TB knowledge (full score 100 points) (Range 56.5-91, SD = 8.5)	73.8 and 73.5
Mean and median TB stigma scores (16 points) (Range 4-14, SD = 2.0)	8.5 and 8
Having a self-history or a history of TB in family? Yes	5 (8.9)
Having experiences of diagnosis and care for smear-positive TB patients?	
No experiences	4 (7.4)
Yes, 1-10 patients	22 (40.8)
Yes, 11-20 patients	7 (13.0)
Yes, more than 20 patients	21 (38.9)

การสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับวิธีการแพร่กระจายของวัณโรค คะแนนเฉลี่ยระดับการตีตราเกี่ยวกับวัณโรคคือปานกลาง เกือบร้อยละ 20 ของแพทย์เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าหากเลือกได้ก็อยากหลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค ระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการสำรวจวัณโรคในผู้สัมผัส อยู่ในระดับปานกลาง (11 จาก 18 คะแนน) สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มแพทย์นั้น จากการวิเคราะห์ โดยใช้ One-way Anova และ Kruskal-Wallis test (ดังปรากฏในตารางที่ 2) ได้แก่ เพศ ($p = 0.03$) และสาขาเชี่ยวชาญของแพทย์ ($p = 0.001$) อีกทั้ง เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

พบว่าแพทย์ที่เป็นเพศหญิงมีการทำการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค (CI) มากกว่าเพศชาย 2.07 คะแนน (95%CI 0.21, 3.92) และแพทย์ในกลุ่มอายุแพทย์มีการทำ CI น้อยกว่าแพทย์ประจำบ้าน 3.82 คะแนน (95%CI -6.04, -1.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแพทย์ในกลุ่มกุมารแพทย์มีการทำ CI น้อยกว่าแพทย์ประจำบ้าน 0.17 คะแนน (95%CI -2.51, 2.17) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้ การตีตรา และการปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคในกลุ่มพยาบาล

พยาบาลเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ 29-30 ปี เป็นพยาบาลแผนกอายุรกรรมเกือบร้อยละ 70 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ยประมาณ 6 ปี

**Table 2** Factors associating with practicing contact investigation of doctors (full score = 18 points) using one-way ANOVA and Kruskal-Wallis Analysis (non-parametric test)

Characteristics	n (%)	Means scores of CI	SD	p-value
Gender	n=56			
Male	29 (51.8)	9.4	4.1	0.03*
Female	27 (48.2)	11.8	3.6	
Age (years)	n=56			
20-30	21 (37.5)	11.3	4.2	0.33*
31-50	29 (51.8)	9.8	3.8	
>50	6 (10.7)	11.8	4.0	
Specialty of doctors	n=56			
Resident	18 (32.1)	12.1	3.6	0.001*
Internist	21 (37.5)	8.1	3.9	
Pediatrician	17 (30.4)	12.0	3.0	
Work experiences (years) after graduation	n=55			
0-9 years	25 (45.5)	11.0	4.0	0.35*
>=10 years	30 (54.5)	10.0	3.9	
Studying tuberculosis in medical school	n=55			
No	3 (5.5)	13.0	1.7	0.23**
Yes	52 (94.5)	10.5	4.1	
Attending tuberculosis training after graduation	n=56			
No	14 (25.0)	10.6	4.4	0.98*
Yes	42 (75.0)	10.6	3.9	
Learning about TB from supervisor or during ward rounds	n=55			
No	10 (18.2)	9.1	4.5	0.19*
Yes	45 (81.8)	11.0	3.9	
Knowledge scores (100 points)	n=55			
<70	16 (29.1)	9.4	3.9	0.44*
70-80	23 (41.8)	10.9	3.9	
>80	16 (29.1)	11.1	4.3	
Stigma score (16 points)	n=52			
<8	13 (25.0)	11.6	3.5	0.35*
>=8	39 (75.0)	10.4	4.2	
Having a self-history or a history of TB in family	n=56			
Never	51 (91.1)	10.4	3.9	0.20*
Yes	5 (8.9)	12.8	4.3	

Note : * One-way ANOVA

** Kruskal-Wallis Analysis



มากกว่าร้อยละ 95 เคยเรียนเรื่องวัณโรคในหลักสูตรพยาบาล แต่มีเพียงประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่เคยเข้ารับการอบรมเรื่องวัณโรคหลังจากจบการศึกษาพยาบาลมากกว่าร้อยละ 65 ได้รับความรู้เรื่องวัณโรคจากการสอนในระหว่างการปฏิบัติงานหรือในเทศงาน เกือบร้อยละ 8 ตอบว่าตนเองหรือคนในครอบครัวเคยป่วยด้วยวัณโรคประมาณร้อยละ 7 ของพยาบาลไม่เคยให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค ในขณะที่ร้อยละ 44 เคยให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยวัณโรคมากกว่า 20 ราย พยาบาลมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเรื่องวัณโรคค่อนข้างต่ำคือ 59.9 คะแนนจาก 100 คะแนน ความรู้ที่พยาบาลส่วนใหญ่ขาดเพราะตอบผิดมากที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันวัณโรคให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก ความรู้ที่พยาบาลขาดตรงลงมาคือการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคและลักษณะของการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค คะแนนเฉลี่ยระดับการตีตราเกี่ยวกับวัณโรคค่อนข้างต่ำ (คือ 7 จาก 16 คะแนน) เพียงร้อยละ 14 ของพยาบาลเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าหากเลือกได้ อยากหลีกเลี่ยงการทำงานเกี่ยวข้องกับวัณโรค ระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการสำรวจวัณโรคในผู้สัมผัส อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (คือ 9 จาก 18 คะแนน) จากการวิเคราะห์โดยใช้ One-way Anova และ Kruskal-Wallis test พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มพยาบาล (ดังปรากฏในตารางที่ 4) ได้แก่ อายุ ($p = 0.02$) ระยะเวลาทำงานในวิชาชีพ ($p = 0.001$) การได้รับการอบรมเรื่องวัณโรคหลังเรียนจบ ($p < 0.001$) การได้รับความรู้ระหว่างปฏิบัติงาน ($p = 0.01$) และระดับการตีตรา ($p = 0.02$) แต่เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าเมื่อประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพหลังเรียนจบเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีปฏิบัติการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคเพิ่มขึ้น 0.09 คะแนน (95%CI 0.01, 0.17) การได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับวัณโรคจากการอบรมหลังจากเรียนจบของพยาบาลทำให้มีปฏิบัติการสำรวจผู้สัมผัสฯ มากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้

รับ 2.52 คะแนน (95%CI 0.99, 4.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับอุปสรรคสำคัญที่แพทย์คิดว่าทำให้การสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคมีความครอบคลุมต่ำก็คือ แพทย์ขาดความรู้และไม่เห็นความสำคัญในเรื่องการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค จึงไม่แนะนำแก่ผู้ป่วย ในขณะที่พยาบาลส่วนใหญ่คิดว่าอุปสรรคคือ ผู้ป่วยวัณโรคไม่กล้าบอกข้อมูลแก่ผู้สัมผัส เพราะกลัวควรรู้และรังเกียจ

ผลการสนทนากลุ่ม

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มมีอายุระหว่าง 28–42 ปี เป็นแพทย์และพยาบาลที่มีลักษณะงานที่ต้องพบผู้ป่วยเป็นประจำ ผู้ร่วมสนทนา 2 ราย มีอาการป่วยเป็นวัณโรคปอดในขณะตั้งครรภ์ ในขณะที่อีก 2 ราย ไม่มีอาการป่วยใดๆ ทั้งสิ้น รายหนึ่งคลำเจอก้อนที่คอ และอีกรายหนึ่งผู้ร่วมงานเคยยื่นเคาะยอให้ตรวจเอ็กซเรย์ปอด เมื่อตรวจพบว่ามีแผลโพรงในปอดจึงตกใจและซีดมาก เพราะร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีอาการของวัณโรค แพทย์ทั้ง 2 ราย ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี เพราะมั่นใจว่าตนเองสุขภาพแข็งแรงดี ผู้ร่วมสนทนาสองรายที่ตรวจพบวัณโรคระหว่างตั้งครรภ์ พบว่ารายหนึ่งเอ็กซเรย์ปอดเป็นประจำ แต่พอตั้งครรภ์ก็ไม่ได้ตรวจ อีกรายหนึ่งไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีไม่ว่าจะตั้งครรภ์หรือไม่ การป่วยครั้งนี้ทำให้แพทย์ผู้นี้เปลี่ยนความคิดไปมากเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีว่ามีความสำคัญมากสำหรับแพทย์ ผู้ร่วมสนทนาที่เป็นพยาบาลให้ความเห็นว่า ฝ่ายการพยาบาลมีอาสาสมัครอาสาชื่อนามัยตามหอผู้ป่วยต่างๆ ที่คอยกระตุ้นให้เพื่อนพยาบาลไปตรวจสุขภาพ ในขณะที่แพทย์ไม่มีระบบดังกล่าว

“ส่วนใหญ่ ถ้าเป็นบุคลากรอื่น เขาจะมี schedule เนาะ ของแพทย์เนี่ยจะไม่ค่อยมี เพราะว่าแพทย์แต่ละคนจะคิดว่า ฉันเป็นหมอ ฉันสามารถดูแลตัวเองได้ ไม่ต้องมาตรวจ ฉัน diag ตัวเองได้ รักษาตัวเองได้”(แพทย์ 1)

ผู้ร่วมสนทนาทุกราย คิดว่าติตวัณโรคมาจากการทำงานในโรงพยาบาล เพราะมีผู้ป่วยวัณโรคเป็นจำนวนมาก

หอผู้ป่วยบางหอไม่มีห้องแยกโรค ทั้งทั้งโรงพยาบาลมีห้องควบคุมการติดเชื้อที่มีความดันอากาศเป็นลบ (negative air pressure) เพียง 2 ห้อง จึงไม่พอเพียงกับจำนวนผู้ป่วย อีกทั้งยังชำรุดบ่อย การซ่อมบำรุงก็ยากและใช้เวลานานมาก การที่ห้องแยกโรคไม่เพียงพอ ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก จึงต้องนอนรักษาตัวปะปนอยู่กับผู้ป่วยอื่น ส่วนการใช้หน้ากาก N-95 เป็นเรื่องปฏิบัติยาก เพราะสภาพอากาศร้อนทำให้หายใจไม่ออก เนื่องจากการให้การพยาบาลนั้นกระทำในห้องที่มีสภาพปกติ

“คนไข้ TB เยอะกว่าห้อง คือห้องไม่พอแม้กระทั่งคนไข้ที่ใส่ Tube ที่เจอ เสมหะ 3+ ก็อยู่กลาง Ward ค่ะ” (พยาบาล 1 และสนับสนุนโดยแพทย์ 1 และแพทย์ 2)

การตีตราทางสังคมโดยตนเองและโดยผู้อื่น

ผู้ร่วมสนทนาจาก 3 ใน 4 รายไม่ได้รู้สึกตกใจหรือวิตกกังวลเมื่อทราบผลว่าเป็นวัณโรค เพราะรู้ตัวว่ามีความเสี่ยงต่อการติดวัณโรคสูงอยู่แล้ว ผู้ร่วมสนทนาเพียงรายเดียวที่เป็นแพทย์ที่รู้สึกมีอาการจิตตกและร้องไห้ ปิดความลับเรื่องวัณโรค ไม่บอกแม้กระทั่งคนในครอบครัว สำหรับโรงพยาบาลที่ศึกษาในครั้งนี้ แพทย์คลินิกวัณโรคจะส่งให้บุคลากรโรงพยาบาลที่เป็นวัณโรคבוד หยุดพักปฏิบัติงานเป็นเวลา 2 สัปดาห์ในช่วงแรกที่เริ่มรักษา ดังนั้นแพทย์ผู้นี้จึงเดินทางไปชายทะเลทางภาคใต้ เพื่อปรับสภาพจิตใจ โดยระหว่างเดินทางโดยเครื่องบิน ได้สวมหน้ากากอนามัย และสวมทับด้วยหน้ากากพิเศษ N-95 เป็นสองชั้น เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้โดยสารอื่น

Table 3 General characteristics, knowledge, attitudes and experiences regarding tuberculosis contact investigation of nurses

Characteristics	n=178 (%)
Male	2 (1.1)
Mean and median age (Range 21-60 years, SD = 8.6)	31.9 and 29 years
Department	
Internal Medicine	124 (69.7)
Pediatrics	54 (30.3)
Mean and median of work experiences (years) after graduation (Range 0.7-40 years, SD = 8.8)	9.5 and 6 years
Studying tuberculosis in nursing school? Yes	168 (95.5)
Attending tuberculosis training after graduation? Yes	57 (34.3)
Learning about TB from supervisor or during ward rounds? Yes	108 (65.9)
Mean and median scores on TB knowledge (full score 100 points) (Range 39.6-81.2, SD = 8.9)	59.9 and 58.8
Mean and median TB stigma scores (16 points) (Range 4-14, SD = 2.0)	7.3 and 7
Having a self-history or a history of TB in family? Yes	14 (7.9)
Having experiences of diagnosis and care for smear-positive TB patients?	
No experiences	13 (7.4)
Yes, 1-10 patients	64 (36.6)
Yes, 11-20 patients	21 (12.0)
Yes, more than 20 patients	77 (44.0)

Table 4 Factors associating with practicing contact investigation of nurses (full score = 18 points) using one-way ANOVA and Kruskal-Wallis Analysis (non-parametric test)

Characteristics	n (%)	Means scores of CI	SD	p-value
Gender	n=174			
Male	2 (1.2)	7.0	0.0	0.50*
Female	172 (98.8)	9.2	4.5	
Age (years)	n=174			
20-30	115 (66.1)	8.5	4.3	0.02*
31-50	50 (28.7)	10.5	4.8	
>50	9 (5.2)	10.7	4.3	
Department	n=174			
Internal Medicine	122 (70.5)	8.9	4.0	0.35**
Pediatrics	52 (29.5)	9.8	5.5	
Work experiences (years) after graduation	n=173			
0-9 years	118 (68.2)	8.4	4.3	0.001*
>=10 years	55 (31.8)	10.8	4.6	
Studying tuberculosis in nursing school	n=174			
No	8 (4.6)	10.4	4.0	0.44*
Yes	166 (95.4)	9.1	4.5	
Attending tuberculosis training after graduation	n=164			
No	107 (65.2)	8.1	4.2	<0.001*
Yes	57 (34.8)	11.3	4.7	
Learning about TB from supervisor or during ward rounds	n=162			
No	54 (33.3)	7.9	4.1	0.01*
Yes	108 (66.7)	9.8	4.7	
Knowledge scores (100 points)	n=171			
<70	141 (82.5)	9.0	4.5	0.39**
70-80	26 (15.2)	10.2	4.9	
> 80	4 (2.3)	10.8	2.2	
Stigma score (16 points)	n=164			
<8	86 (52.4)	9.8	4.2	0.02*
>=8	78 (47.6)	8.2	4.5	
Having a self-history or a history of TB in family	n=175			
Never	162 (92.6)	9.0	4.5	0.14*
Yes	13 (7.4)	10.9	3.7	

Note : * One-way ANOVA

** Kruskal-Wallis Analysis

Table 5 Factors associating with practicing contact investigation of doctors and nurses using stepwise multiple regression analysis (full score = 18)

Characteristics	Doctor		Nurse	
	b	p-value	b	p-value
Female	2.07	0.03		
Internist	-3.82	0.001		
Pediatrician	-0.17	0.883		
Work experiences (years) after graduation			0.09	0.038
Attending tuberculosis training after graduation			2.52	0.001
Constant	11.08	<0.001	7.46	<0.001
R ²	0.297	p <0.001	0.13	p <0.001

ผู้ร่วมสนทนาทุกรายกล่าวว่า ไม่มีเพื่อนร่วมงานผู้ใดแสดงความรังเกียจ แพทย์ผู้ที่รู้สึกเศร้ารุนแรงเพียงรายเดียวที่คิดว่าคนอื่นน่าจะรังเกียจ ตนเองจะพยายามอยู่ห่างๆ จากผู้ป่วยเวลาตรวจรักษา และถึงแม้ว่าแพทย์ผู้นี้จะเก็บเรื่องการป่วยเป็นวัณโรคไว้เป็นความลับ แต่เพื่อนร่วมงานก็รู้ บางคนเข้ามาทัก และพูดให้กำลังใจในการรักษา ผู้ร่วมสนทนาอีกรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า มีเพื่อนนอกวงการแพทย์คนหนึ่งมีท่าทีเปลี่ยนไป ไม่พยายามเข้าใกล้ผู้ป่วยเพราะกลัวติดโรค แต่เมื่ออธิบายให้เข้าใจว่าวัณโรคต่อมน้ำเหลืองเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ เพื่อนก็ไม่รังเกียจอีกต่อไป

การสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคในบ้านของแพทย์และพยาบาลที่ป่วยเป็นวัณโรค

แพทย์และพยาบาลทุกราย ยกเว้นพยาบาลที่เป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง บอกกับคนในบ้านทุกรายให้มารับการตรวจคัดกรองวัณโรค ซึ่งไม่พบผู้ติดเชื้อ ในทุกๆ บ้านที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามแพทย์รายหนึ่งซึ่งเกิดภาวะซ็อกและร้องไห้เสียใจที่ป่วยเป็นวัณโรค ให้ข้อมูลว่า ตนปิดบังข้อมูลกับคนในบ้านอยู่นาน 2 สัปดาห์ เนื่องจากเกรงว่ามารดาจะวิตกกังวล เพราะมารดาเองก็กลัววัณโรค และคอยเตือนบุตรที่เป็นแพทย์เสมอว่าให้ระวังติดวัณโรคจากผู้ป่วย

“คือเราจะเล่าให้แม่ฟังตลอดไม่ว่าเราทำงานอะไร

ตรวจโรคอะไร แม่เราก็จะบอกเราตลอด ใส่ mask รีปาว ใส่ถุงมือรีปาว เราก็เลยไม่อยากบอกให้แม่ เพราะกลัวว่าแม่จะกังวล” (แพทย์)

การสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคที่เป็นเพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาล

ผู้ร่วมสนทนาทุกราย (ยกเว้นแพทย์ที่เข้าใจไม่ได้) ได้แจ้งเพื่อนร่วมงานทันทีที่รู้ว่าป่วยเป็นวัณโรค แพทย์รายหนึ่งแจ้งเพราะเกรงว่าเพื่อนแพทย์จะมาเยี่ยมและจะติดโรคจากตน ไม่มีแพทย์หรือพยาบาลคนใดแจ้งเพื่อให้เพื่อนร่วมงานมารับการตรวจวัณโรคในฐานะของผู้สัมผัสโรค ถึงแม้แพทย์รายหนึ่งไม่เปิดเผยข้อมูลแต่เพื่อนร่วมงานก็ทราบทุกคน แต่ไม่มีการขอคัดกรองวัณโรคในฐานะผู้สัมผัส เนื่องจากเพื่อนร่วมงานเหล่านี้เพิ่งผ่านการตรวจสุขภาพประจำปีและเอกซเรย์ปอดในเวลาใกล้เคียงกับที่แพทย์รายนี้ตรวจพบวัณโรค

วิจารณ์

การวิจัยนี้มีข้อเด่นคือ สามารถเก็บแบบสอบถามคืนได้ครบ 100% เนื่องจากมีการกระจายและติดตามแบบสอบถามผ่านหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยและเลขานุการแผนก โดยนักวิจัย (ผู้เขียน 1) ได้ไปชี้แจงด้วยวาจาจากทุกหอ

ผู้ป่วย และในการพิมพ์แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้เลือกใช้กระดาษสี เพื่อให้สังเกตเห็นได้ง่าย จึงอาจมีส่วนช่วยกระตุ้นให้มีการตอบแบบสอบถาม⁽¹²⁾ และเนื่องจากเป็นแบบสอบถามนิรนาม ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะหัวข้อที่อ่อนไหวเกี่ยวกับการติตรา นอกจากนี้การเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม ดำเนินการโดยนักวิจัยภายนอก ทำให้บุคลากรของโรงพยาบาลสามารถแสดงทัศนคติได้อย่างเปิดเผย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้เก็บข้อมูลจากแพทย์แผนกศัลยกรรม และแผนกอื่น ซึ่งมีการวินิจฉัยวัณโรคบ้างในบางครั้ง

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าแพทย์ผู้หญิงปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจวัณโรคในผู้สัมผัสมากกว่าแพทย์ผู้ชายสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่รายงานว่าเพศของแพทย์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย แพทย์ผู้หญิงปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการรักษา และปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มากกว่าแพทย์ผู้ชาย⁽¹³⁾ ผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาตัวในโรงพยาบาลที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่รักษากับแพทย์ผู้หญิง มีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเข้ารักษาซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยที่รักษากับแพทย์ผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁴⁾ ส่วนผลการศึกษาที่พบว่าแพทย์ประจำบ้าน ปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจวัณโรคในผู้สัมผัสมากกว่าแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมและกุมารเวชกรรมนั้น ถึงแม้แพทย์เฉพาะทางทุกสาขามีบทบาทในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรค แต่ส่วนใหญ่มักจะส่งต่อให้อายุรแพทย์โรคระบบหายใจหรือแพทย์โรคติดเชื้อเป็นผู้ดูแลแทน มากกว่าจะรักษาและแนะนำผู้ป่วยด้วยตัวเอง ต่างกับแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งยังมีสถานะคล้ายนักเรียนแพทย์ มีความตื่นตัวศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับโรค ปฏิบัติตนตามมาตรฐานวิชาการแพทย์ ใช้เวลาในการตรวจรักษา ให้คำแนะนำผู้ป่วยมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง และมีการประเมินความรู้และคุณภาพการปฏิบัติงานค่อนข้างเข้มงวด เช่น การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในระเบียบก็จะมีควมสมบูรณ์มากกว่า เนื่องจากเป็นคะแนนภาคปฏิบัติอย่างหนึ่ง

คล้ายกับผลการศึกษาที่ประเทศอิตาลี⁽¹⁵⁾ ที่รายงานว่าแพทย์ประจำบ้านมีคะแนนความรู้วัณโรคสูงสุด และการศึกษาอื่น⁽¹⁶⁾ ก็คล้ายกับการศึกษานี้

ไม่เพียงแต่ประชาชนทั่วไปที่รังเกียจวัณโรค การศึกษานี้พบว่าเกือบร้อยละ 20 ของแพทย์อยากหลีกเลี่ยงการทำงานกับผู้ป่วยวัณโรค แต่ก็ยังน้อยกว่าการศึกษาที่ประเทศอินเดีย ซึ่งรายงานว่าแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 51 อยากหลีกเลี่ยงงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรค แต่การอบรมเรื่องวัณโรคและการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อให้แพทย์ปลอดภัยจากการติดต่อของโรค ก็สามารถเปลี่ยนทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยวัณโรคได้มาก⁽¹⁷⁾ มาตรการในการลดการติตราวัณโรคในบุคลากร จึงจำเป็นต้องให้ทั้งความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันและการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้บุคลากรปลอดภัย และนอกจากการฝึกอบรมแล้วการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องหรือการนิเทศงานในขณะปฏิบัติงาน ก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งในงานวัณโรค⁽¹⁸⁾ พยาบาลที่ได้รับการอบรมเรื่องวัณโรคหลังจากสำเร็จการศึกษาพยาบาลและพยาบาลที่ได้รับความรู้จากแพทย์ขณะตรวจเยี่ยมในหอผู้ป่วย จะมีความรู้และปฏิบัติการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคมากกว่า มีการติตราน้อยกว่า ดังนั้น พยาบาลควรได้รับการอบรมเรื่องวัณโรคและควรได้รับความรู้เรื่องวัณโรคอย่างต่อเนื่องจากแพทย์ระหว่างตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เพราะอาจจะช่วยลดการติตราและเพิ่มความครอบคลุมในการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรค

การวิจัยทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ รายงานสอดคล้องกันว่า⁽¹⁹⁾ บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าประชากรทั่วไป รายงานที่มีอยู่กล่าวถึงว่าบุคลากรมีความเสี่ยงได้รับเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย และจะต้องทำการป้องกันวัณโรคให้แก่บุคลากร แต่ไม่มีการรายงาน ว่า แพทย์และพยาบาลที่ป่วยเป็นวัณโรคมีโอกาสเป็นผู้แพร่วัณโรคให้แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการทางการแพทย์ได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้พบว่าแพทย์และพยาบาลที่ป่วยเป็นวัณโรคได้นำผู้ที่มีโอกาสสัมผัสโรค (contact cases) ในครอบครัวมาตรวจ



คัดกรองวัณโรคอย่างครบถ้วน และเกือบทุกรายมีการแจ้งให้เพื่อนร่วมงานทราบทันที แต่ไม่มีการพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ตนดูแลเป็นผู้สัมผัสที่อาจมีความเสี่ยงรับเชื้อวัณโรคจากแพทย์และพยาบาลได้ การศึกษาที่ประเทศเยอรมนี ซึ่งเป็นประเทศที่มีอุบัติการณ์วัณโรคต่ำ ไม่พบว่าการแพร่วัณโรคในสถานบริการสาธารณสุขจากผู้ป่วยวัณโรคเสมอมาสู่บุคลากรทางการแพทย์ และโอกาสการแพร่เชื้อจะน้อยมากหากบุคลากรสัมผัสผู้ป่วยน้อยกว่า 40 ชั่วโมง⁽²⁰⁾ ผลการศึกษาครั้งนี้ตอกย้ำความสำคัญเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพและการคัดกรองวัณโรคประจำปีในบุคลากรทางการแพทย์ โดยบุคลากรต้องทำความเข้าใจว่า การเอ็กซเรย์ปอดประจำปี มีใช้เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของแพทย์และพยาบาลเท่านั้น แต่ทำเพื่อป้องกันการแพร่วัณโรคให้แก่ผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และผู้อื่นในโรงพยาบาลด้วย บุคลากรที่ตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคหลังจากคลอดบุตร การค้นพบวัณโรคแต่เนิ่นๆ ในบุคลากร จะช่วยลดช่องทางการแพร่กระจายวัณโรคในสถานพยาบาลได้

ข้อยุติ

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจผู้สัมผัสวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกรณีกลุ่มแพทย์ ได้แก่ เพศและลักษณะเฉพาะทางของแพทย์ ในกรณีกลุ่มพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาปฏิบัติงานในวิชาชีพและการได้รับการอบรมวัณโรคหลังจากสำเร็จการศึกษาพยาบาล

เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และลดความเสี่ยงที่บุคลากรจะเป็นผู้แพร่วัณโรคให้แก่ผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน การตรวจสุขภาพประจำปีและการรับการตรวจคัดกรองวัณโรคถือเป็นหน้าที่ที่บุคลากรพึงปฏิบัติ และหากแพทย์หรือพยาบาลป่วยเป็นวัณโรค ก็ควรพิจารณาสำรวจผู้สัมผัสโรคทั้งที่เป็นผู้ร่วมงานและที่เป็นผู้ป่วยด้วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยที่ได้รับทุน

สนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ช่อตกลอง เลขที่ สวรส. 60-033) ขอขอบพระคุณ ดร.พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ ผู้ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความเที่ยงตรง ให้คำแนะนำเรื่องแบบสอบถามและการวิเคราะห์ข้อมูล คุณจิราภรณ์ วงใหญ่ ผู้ให้คำแนะนำการวิเคราะห์และการเสนอข้อมูลทางสถิติ และขอขอบพระคุณแพทย์ พยาบาล ที่ให้ความร่วมมือตอบและส่งแบบสอบถามกลับครบทุกราย

References

1. World Health Organization (2015a). Global Tuberculosis Report 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1 (accessed 19 August 2017).
2. World Health Organization (2015b). Systematic screening for active tuberculosis: an operational guide. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181164/1/9789241549172_eng.pdf?ua=1&ua=1 (accessed 19 August 2017).
3. Omotowo BI, Ekwueme OC, Aghaji MN. Tuberculosis control mechanisms and contact tracing: knowledge and practice among TB patients at DOT centres in Southeast Nigeria. *Scientific reports*. 2012.
4. Fox GJ, Loan LP, Nhung NV, Loi NT, Sy ND, Britton WJ, et al. Barriers to adherence with tuberculosis contact investigation in six provinces of Vietnam: a nested case-control study. *BMC Infectious Diseases* 2015;15:103
5. Dodor E. Health professionals expose TB patients to stigmatization in society: insights from communities in an urban district in Ghana. *Ghana Med J* 2008;42(4):144-8.
6. Jill Alison Miller. The perceptions and beliefs of health-care workers about clients with tuberculosis. Auckland, University of Auckland Master of public health 2007.
7. Lertkanokkun S, Okanurak K, Kaewkungwal J, Meksawadichai N. Healthcare providers' knowledge, attitudes & practices regarding tuberculosis care. *JITMM2012 PROCEEDINGS*. 2013 (2): 1 -10. <http://www.jitmm.com/proceeding/compPaper/2013/Sumanee.pdf> (accessed 17 August 2017).
8. Sanchez-Perez HJ, Reyes-Guillen I. Anti-tuberculosis treatment defaulting. An analysis of perceptions and interactions in Chiapas, Mexico. *Salud Publica De Mexico* 2008;50(3):251-7.
9. Tlale L.B., Mooketsi T. M., Jose-Gaby T. Knowledge, atti-



- tudes and practices of health care workers' towards tuberculosis contact tracing in a TB/HIV prevalent setting. *Int J Int Med Res.* 2015;2(3):16-22.
10. Van Rie A, Sengupta S, Pungrassami P, Balhithip Q, Choonuan S, Kasetjaroen Y, et al. Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales. *Trop Med Int Health.* 2008 Jan;13(1):21-30. doi:10.1111/j.1365-3156.2007.01971.x. PubMed PMID: 18290998.
 11. Worakitkasemkul S. Testing the quality of research tool in behavioral and social science research. Udonrthani: Aksornsilpa printing. 2010. pp.255-96. (in Thai)
 12. United State Department of Health and Human Service. Increase questionnaire response rate. Evaluation Brief. No.21 July 2010. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/evaluation/pdf/brief21.pdf> (accessed 20 January 2017).
 13. Baumhäkel M, Müller U, Böhm M. Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. *Eur J Heart Fail.* 2009; 11(3):299–303. [PubMed: 19158153].
 14. Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparison of hospital mortality and readmission rates for medicare patients treated by male vs female physicians. *JAMA Intern Med.* 2017 Feb 1;177(2):206-13. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7875.
 15. Laurenti P, Federico B, Raponi M, Furia G, Ricciardi W, Damiani G. Knowledge, experiences, and attitudes of medical students in Rome about tuberculosis. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research.* 2013;19:865-874. doi:10.12659/MSM.889515.
 16. Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med.* 1999 Aug;14(8):499-511.Review.
 17. Pardeshi GS, Kadam D, Chandanwale A, Bollinger R, Deluca A. Resident doctors' attitudes toward tuberculosis patients. *Indian J Tuberc.* 2017 Apr;64(2):89-92. doi: 10.1016/j.ijtb.2016.11.001. Epub 2016 Dec 27. PubMed PMID: 28410704; PubMed Central PMCID: PMC5494964.
 18. Naidoo S, Taylor M, Esterhuizen TM, Nordstrom DL, Mohamed O, Knight SE, et al. Changes in healthcare workers' knowledge about tuberculosis following a tuberculosis training programme. *Educ Health (Abingdon).* 2011 Aug;24(2):514. Epub 2011 Jul 29. PubMed PMID: 22081655.
 19. Juajamsai N. Tuberculosis prevention for health care workers. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center.* 2003(20):13-32. (in Thai)
 20. Ringshausen FC, Schlösser S, Nienhaus A, Schablon A, Schultze-Werninghaus G, Rohde G. In-hospital contact investigation among health care workers after exposure to smear-negative tuberculosis. *J Occup Med Toxicol.* 2009 Jun 8;4:11.doi: 10.1186/1745-6673-4-11.