

ผลกระทบจากการตีตราและแนวทางการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง สำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย

People with Tuberculosis in Thailand: Impacts of Stigma and Directly Observed Treatment Practice Guidelines

จิราภรณ์ ชูวงศ์^{1*}, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ¹ และ ดวงใจ สวัสดิ์¹
Jiraporn Choowong^{1*}, Penjan Maneechote¹ and Duangjai Sawatdee¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Trang^{1*}

(Received: November 09, 2018; Revised: December 21, 2018; Accepted: January 07, 2019)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการตีตรา และเสนอแนะแนวทางการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย วิธีการกำกับการกินยาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงเป็นวิธีการหนึ่งที่มีหลักฐานยืนยันว่า ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีวินัยในการกินยาอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการถูกตีตราจากครอบครัว ชุมชนและสังคม ยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลความเจ็บป่วยด้วยวัณโรคและการเข้ารับการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงซึ่งถือเป็นผู้ที่คอยอำนวยความสะดวกในการกินยาของผู้ป่วยจะต้องเป็นคนที่มีความน่าเชื่อถือ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคคล ดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และต้องมีความเชื่อถือว่าวางใจผู้ป่วย อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวินัยในการกินยาจนครบตามแผนการรักษา หายจากโรค และลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การตีตรา, การกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง, วัณโรค, วินัยในการกินยา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jirapornc@bcnt.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 094-5973736)

Abstract

Tuberculosis (TB) has been received heavy attention in the last decade. However, it remains a major health problems worldwide, including in Thailand. The aim of this descriptive paper was to precise content and scope of the concept of effect on stigma and, therefor to provide directly observed treatment practice (DOT) guidelines for people with TB in Thailand. TB is considered a shameful disease, which may lead people to hide their disease and change their social interaction after being diagnosed. The fear of stigma among TB patients was found to be the main barrier to the practice of DOT. Since TB patients would conceal their illness and struggle for social belonging, not only the individuals but also the whole family may suffer from social stigma and its negative consequences. The fear of stigma is a universal concept and applied in a similar way in Thai like any other cultural perspective. The DOT observers, as facilitators, need to support and provide encouragement to the TB patients in order to help them to achieve adherence to treatment. They need strong interpersonal and communication skills and must be able to earn trust and respect of the TB patients.

Keywords: TB, DOT, Stigma, Directly Observed Treatment, Tuberculosis, Adherence

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่กลับมามีปัญหาใหม่ในประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น การเคลื่อนย้ายแรงงาน จากรายงานวัณโรคของโลก (Global Tuberculosis Report) ปี ค.ศ. 2017 องค์การอนามัยโลกคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 1.7 ล้านคน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) 1.03 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดโดยมีผู้เสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคน สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา หลายขนาน (Multidrug-Resistant Tuberculosis: MDR-TB) คาดว่าจะมี 6 แสนคน พบในผู้ป่วยใหม่คิดเป็นร้อยละ 4.1 และในผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อนคิดเป็นร้อยละ 19 ในจำนวนนี้เป็น MDR-TB 4.9 แสนคน (World Health Organization, 2018)

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากลที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยจัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคสูง (TB) 2) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง และ 3) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน สำหรับประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม คาดประมาณว่ามีผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 119,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตรา 172 ต่อแสนประชากร โดยมีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยประมาณ 10,000 ราย และมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 4,700 คนต่อปี สำนักวัณโรครายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี ค.ศ. 2016 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 70,114 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง 13 ราย (World Health Organization, 2018)

ในปี ค.ศ. 2016 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี ค.ศ. 2035 กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ ค.ศ. 2017 - 2021 เป็นกรอบการดำเนินงานโดยมีมาตรการหลักในการดำเนินการเพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรคไปสู่เป้าหมายยุติวัณโรค ดังนี้ 1) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณ

จากอุบัติการณ์ 2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Center Care) ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90

วัณโรคสามารถติดต่อระหว่างคนสู่คน เมื่อผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ ไอ จาม โดยไม่ปิดปาก และจาม ทำให้ละอองเสมหะขนาดเล็ก (Droplet Nuclei) ฟุ้งกระจายในอากาศ เมื่อผู้อื่นสูดหายใจเอาละอองเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป ทำให้เชื้อวัณโรคสามารถเข้าถึงถุงลมในปอดได้ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้รับการรักษาหรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่หายสามารถแพร่เชื้อต่อให้ผู้อื่นไปได้เรื่อย ๆ ผู้ที่ได้รับเชื้ออาจจะไม่ป่วยเป็นวัณโรคทุกคนเพราะร่างกายมีกลไกหลายอย่างที่ต่อสู้และป้องกันเชื้อวัณโรค อย่างไรก็ตามในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 5 ป่วยเป็นวัณโรคใน 2 ปีแรกหลังการติดเชื้อ และอีกร้อยละ 5 เกิดในช่วงเวลาที่เหลือของช่วงชีวิต ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคเนื่องจากร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง เช่น การติดเชื้อเอชไอวี เบาหวาน ภาวะขาดสารอาหาร การได้รับยากดภูมิคุ้มกันทำให้โอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรคมักขึ้น ในปัจจุบันนี้การติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการป่วยเป็นวัณโรค วัณโรคสามารถเป็นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย เช่น ปอด ลำไส้ ไต กระดูก ผิวหนัง ต่อม้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น แต่ที่พบบ่อยและเป็นปัญหามากในปัจจุบัน คือ วัณโรคปอด วัณโรคเป็นโรคที่ปรากฏอาการช้า ๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังอยู่ในชุมชนและเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขล่าช้า หรือบางรายเข้าไม่ถึงระบบบริการ หรือเข้าสู่ระบบบริการแล้วแต่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่นส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคในภาพรวม

ในปัจจุบันการรักษาวัณโรคที่สำคัญ คือ การดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอควบคู่กับการดูแลสุขภาพ โดยยาที่แพทย์ใช้เป็นมาตรฐานในการรักษา ได้แก่ ไอโซไนอาซิด (Isoniazid) ริฟแอมพิซิน (Rifampicin) อีแทมบูทอล (Ethambutol) ไพราซินามิด (Pyrazinamide) แต่ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการดื้อยาก็อาจจะต้องใช้ยาตัวอื่นๆ ร่วมด้วยเพื่อให้การรักษาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้นที่ใช้ในปัจจุบัน นับเป็นระบบยาที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีที่สุดในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายได้เกือบร้อยละ 100 (Bureau of Tuberculosis, Ministry of Public Health, Thailand, 2018) ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแล โดยคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ให้ยาถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน ยาบางชนิดมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อในขณะที่บางชนิดมีฤทธิ์หยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ ซึ่งยาชนิดใดชนิดหนึ่งนั้นไม่สามารถจะรักษาวัณโรคได้จะต้องให้เป็นระบบ ในการรักษาวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อมี 2 ระยะ ในระยะเข้มข้น (Intensive Phase) ซึ่งยาจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะแพร่เชื้อ หลังจากนั้นในระยะต่อเนื่อง (Continuation Phase) จะใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิด ซึ่งจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคที่หลงเหลืออยู่เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. ระยะเวลาการรักษาเพียงพอตามกำหนดระบบยามาตรฐาน 6 เดือน การที่ผู้ป่วยจะต้องได้ยาครบตามกำหนดจึงเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่ง มิฉะนั้นแล้วเชื้อวัณโรคอาจจะตายไม่ทั้งหมด และผู้ป่วยอาจจะกลับเป็นวัณโรคอีกครั้งหรือเกิดวัณโรคดื้อยาได้
3. ความต่อเนื่องของการรักษา หากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องเชื้อวัณโรคจะไม่ตายและทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่หายและอาจเกิดเชื้อดื้อยาได้

กลยุทธ์สำคัญที่นำมาใช้ช่วยส่งเสริมให้การรักษาเป็นไปตามแผน คือ การให้ผู้ป่วยรับประทานยาภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครหรือผู้นำในชุมชน หรือสมาชิกในครอบครัว (Directly Observed therapy, DOT) ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือเป็นอย่างดีจากตัวผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในด้านของสมาชิกของสังคมแวดล้อมผู้ป่วย จะต้องมีความรับผิดชอบที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรค โดยต้องเข้าใจว่าปัจจุบันโรคนี้ไม่ได้น่ารังเกียจตามความเชื่อเดิม อย่างไรก็ตามในสังคมไทยผู้ป่วยบางคนยังไม่กล้าเปิดเผยตัวเองว่าป่วยเป็นวัณโรค เนื่องจากกลัวถูกคนในสังคมตีตราว่า เจ็บป่วยด้วยโรคที่น่ารังเกียจ รู้สึกถูกแบ่งแยกกีดกัน กลัวไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่กล้าเข้ารับการรักษาหรือรับประทานยาภายใต้การกำกับของพี่เลี้ยง เพราะกลัวเป็นที่สังเกตและสงสัยของชุมชน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญในแง่การควบคุมและการป้องกันโรค เนื่องจากเป็นแหล่งกระจายเชื้อ

ให้กับผู้คนที่อยู่รอบข้างได้โดยง่าย (Choowong, Tillgren, & Söderbäck, 2017; Courtwright, & Turner, 2010; Munro et al, 2007; Macq, Torfoss, & Getahun, 2007; Pungrassami, Kipp, Stewart, Chongsuvivatwong, Strauss, Van, & Rie, 2010)

ประเทศไทยได้ดำเนินการใช้กลยุทธ์การรักษาวัดโรค โดยการให้ระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงหรือแบบมีพี่เลี้ยง (DOT: Directly Observed Treatment) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า เป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัดโรครับประทานอย่างต่อเนื่องและครบตามแผนการรักษา) Open Society Institute Public Health Program, 2006; Pungrassami, Johnsen, Chonguvivatwong, & Olsen, 2002; Rakwong, Sillabutra, & Keiwkarnka, 2010; Suwankeeree, & Pichansathian, 2014)

การกำกับการกินยาวัดโรคแบบมีพี่เลี้ยง หมายถึง การให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้กินยาทุกขนาดอย่างครบถ้วน การดูแลติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะช่วยช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Adherence to Drug) โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุให้พี่เลี้ยงที่สำคัญลำดับแรก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงไป คือ บุคคลที่เชื่อถือได้ในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา พระ ครู และลำดับสุดท้าย คือ สมาชิกในครอบครัว

อย่างไรก็ตามการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงในสังคมไทยนั้น ยังมีปัญหาและอุปสรรคในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรค ผู้ป่วยปกปิดการเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษาล่าช้า เนื่องจากกลัวถูกตีตราว่า “เจ็บป่วยด้วยโรคที่น่ารังเกียจ” ผู้ป่วยไม่เชื่อถือหรือไม่ไว้วางใจพี่เลี้ยงที่คอยกำกับการกินยาแล้วจะถูกนำข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเองไปเปิดเผยในที่ชุมชน ทำให้เกิดความอับอาย (Choowong, Tillgren, & Söderbäck, 2016, 2017; Jin, Sklar, Sen, Oh, & Li, 2008; Lertmaharit, Kamol-Ratankul, Sawert, Jittimane, & Wangmanee, 2005; Pandit, & Choudhary, 2006; Sengupta et al, 2006) หรือแม้กระทั่งผู้ป่วยบางรายที่มีอุปนิสัยการรักอิสระ รักความเป็นไท ไม่ชอบการถูกควบคุมหรือกำกับ ดังมีคำกล่าวที่ว่า “ทำได้ตามใจ คือ คนไทยแท้” (CommisceoGlobal, 2016; Komin, 1991) ส่งผลต่อขาดความมีวินัยในการกินยาโดยอาจจะหยุดยาเองเมื่ออาการเจ็บป่วยดีขึ้น (Choowong, Tillgren, & Söderbäck, 2017; Ngamvithayapong-Yanai, Winkvist, Luangjina, & Diwan, 2005)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาการตีตราผู้ป่วยวัดโรคส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปจากบริบทของสังคมไทยตามการรับรู้ของผู้ป่วยเองหรือการรับรู้ของบุคคลอื่น และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากกระบวนการขณะเข้ารับการรักษา จากการใช้ผู้ป่วยต้องเผชิญจากการกำกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยงที่ผู้ป่วยไม่เชื่อถือและไว้วางใจ (Choowong, Tillgren, & Söderbäck, 2016, 2017, 2018) หากปัญหาการตีตราไม่ได้รับการแก้ไข และผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง เชื่อว่าวัดโรคจะไม่ตายและทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่หาย และอาจเกิดเชื้อดื้อยาผู้ป่วยวัดโรคกลุ่มนี้จะถือเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญมาก เพราะจะทำให้เกิดระบาดของวัดโรคดื้อยาที่ควบคุมได้ยาก บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการตีตรา และเสนอแนะแนวทางการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงสำหรับผู้ป่วยวัดโรคในสังคมไทย

การตีตรา (Stigma)

Stigma หรือ Stigmatization มีการใช้ในภาษาไทยแตกต่างกันไป เช่น “ตราบาป” หรือ “การตีตรา” ซึ่งในบทความนี้จะใช้คำว่า “การตีตรา”

การตีตรา (Stigma) เป็นแนวคิดที่มีมาตั้งแต่สมัยกรีก เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมว่าด้วยเครื่องหมายที่ปรากฏบนร่างกาย อันเนื่องมาจากบุคคลมีการกระทำบางสิ่งบางอย่างผิดไปจากปกติ เช่น นักโทษอาชญากรรม อาจตีตราประทับไว้ที่แขน เป็นตัวบ่งบอกคนทั่วไปว่าบุคคลนั้นเป็นคนไม่ดี ทำผิดกฎ ผิดศีลธรรม คนที่ถูกตีตราจะถูกแบ่งแยกให้โดดเดี่ยว ไม่ให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม สังคมจะจำกัดสิทธิของเขาเหล่านั้น การตีตราจึงเปรียบเสมือนการตีตราบอกให้รู้ว่า บุคคลนี้มีลักษณะอย่างไรอย่างหนึ่งนั่นเอง ทำให้บุคคลที่ถูกตีตราเปลี่ยน

จากบุคคล “ปกติธรรมดา” กลายเป็นบุคคล “ผิดปกติ” เป็นคนที่ไม่บริสุทธิ์ ต่างพร้อม มีรอยมลทิน ไร้คุณค่า แตกต่างไปจากบุคคลอื่น ๆ จึงกล่าวได้ว่าเป็น “การตีตรา” นั้นทำให้เกิด “การเลือกปฏิบัติ” ซึ่งเปรียบเสมือน หรือเท่ากับเป็น “การละเมิดสิทธิมนุษยชน” โดยไม่รู้ตัว (Chaichan, & Kampraw, 2014)

Goffman (1963) ได้นำเสนอแนวคิดการตีตราว่าเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม คือ ลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่แตกต่างไปจากบุคคลอื่น ส่งผลให้ไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไปในสังคม การตีตราสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การตีตราที่เกิดจากลักษณะทางกายภาพ หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่แตกต่างไปจากบรรทัดฐานปกติ ลักษณะทางกายภาพที่ไม่สมบูรณ์ เช่น โรคเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้เกิดความพิการกับตัวผู้ป่วย เป็นต้น การตีตราลักษณะนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเองหรือการรับรู้ของบุคคลอื่น
2. การตีตราที่เกิดจากบุคลิกที่ต่างพร้อม หมายถึง ลักษณะบุคลิกที่ผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของสังคม เช่น ผู้ติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยโรคจิต เป็นต้น
3. การตีตราที่เกิดจากเผ่าพันธุ์หรืออคติ การตีตราชนิดนี้จะเกิดขึ้นเมื่อกลุ่มบุคคลเปรียบเทียบแล้วพบว่ากลุ่มอื่นบกพร่องในบรรทัดฐานที่กลุ่มของตนเองสร้างขึ้น

กระบวนการปรับตัวต่อการตีตราตามแนวคิดของ Goffman (1963) แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1. การปิดบังซ่อนเร้นความเจ็บป่วย (Hiding Their Illness) ความพิการที่ถูกตีตราจากสังคม นอกจากนี้บุคคลอาจมีการแก้ไขสาเหตุที่สังคมตราหน้า ได้แก่ การทำศัลยกรรมตกแต่ง เป็นต้น
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ (Covering)
3. การเปิดเผยตนเอง (Disclosing) เพื่อขอความเห็นใจหรือขอรับการช่วยเหลือ
4. การปฏิเสธไม่ยอมรับว่ามีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน (Deviance Disavowal)
5. ไม่ยอมรับว่าตนถูกตีตราหรือมีการตีตราคนอื่นกลับว่าเป็นคนโง่ (Challenging or Resist Social Norms)

ผลกระทบจากการตีตราผู้ป่วยวัณโรค

คนไทยส่วนหนึ่งจะตีตราผู้ป่วยวัณโรคซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากหลายสาเหตุ เช่น มีความเชื่อว่าวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่น่ากลัว น่ารังเกียจ ที่สามารถแพร่กระจายเชื้อโรคให้บุคคลที่อยู่ใกล้ชิด บุคคลที่อาศัยอยู่รวมบ้านกับผู้ป่วย ถิ่นนอนห้องเดียวกัน (Household Intimate) มีโอกาสรับและติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (Household Regular) (Bureau of Tuberculosis, Ministry of Public Health, Thailand, 2018) ประกอบกับ ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยวัณโรคอาจจะถูกมองว่าเจ็บป่วยด้วยเอชไอวีหรือเอดส์ เนื่องจากมีอาการคล้ายกัน เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซบผอม เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อการขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง พยายามปิดบังซ่อนเร้นความเจ็บป่วยเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาจากการถูกกีดกันทางสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันในสังคม (Ngamvithayapong-Yanai, Winkvist, Luangjina, & Diwan, 2005) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย (Phata, & Suggravetsiri, 2015, Pungrassami, Kipp, Stewart, Chongsuvivatwong, Strauss, Van, & Rie, 2010)

แนวทางการกำกับการกินยาแบบมีที่เลี้ยงสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย

นอกจากการรักษาด้วยระบบยาที่มีประสิทธิภาพสูงในระยะเวลา 6 เดือนจะสามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากวัณโรคได้แล้ว การให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการตรวจสอบความต่อเนื่องของการรักษาของผู้ป่วยภายใต้การกำกับการกินยาแบบมีที่เลี้ยงภายใน 2 เดือนแรก ซึ่งเป็นระยะเข้มข้นของการรักษา นอกจากนี้การให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพของแผนการรักษา อีกทั้งเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตขณะเจ็บป่วยด้วย

แนวทางการกำกับการกินยาแบบมีที่เสี่ยงสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย มีดังนี้ (Bureau of Tuberculosis, Ministry of Public Health, Thailand, 2018; Choowong, Tillgren, & Söderbäck, 2017)

1. การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบขนาด และครบจำนวนอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวันตลอดระยะเวลาการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค เนื่องจากการรับประทานยารักษาวัณโรคแตกต่างจากโรคอื่นคือ รับประทานวันละหนึ่งมื้อ และจำนวนเม็ดยาในหนึ่งมื้อจึงมีปริมาณมาก จึงมีความจำเป็นจะต้องมีที่เสี่ยงดูแลการกินยาเพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามจำนวนและต่อเนื่อง

2. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกที่เสี่ยงด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคให้ความร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยที่เสี่ยงควรมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 ความน่าเชื่อถือ (Accountability) ต้องมีความรู้เรื่องวัณโรคสามารถให้คำแนะนำช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาระหว่างการรักษาวัณโรคได้

2.2 การยอมรับ (Acceptability) ของผู้ป่วย เช่น เป็นผู้ที่มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพมีความเป็นมิตร น่าเชื่อถือ

2.3 ความสะดวก รวดเร็วในการเข้าถึง (Accessibility) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขอคำแนะนำและความช่วยเหลือจากที่เสี่ยง

3. การสังเกตอาการข้างเคียงของยา ซึ่งมีทั้งอาการที่ไม่เป็นอันตราย (Minor Side Effect) แต่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น อาการคัน ปวดตามข้อ เป็นต้น และอาการที่เป็นอันตราย (Major Side Effect) ได้แก่ ตับอักเสบ ผื่นคันชนิดรุนแรง เป็นต้น การสังเกตอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาโดยที่เสี่ยงที่กำกับการกินยาจึงมีความสำคัญมาก เพราะที่เสี่ยงสามารถช่วยเหลือโดยการพาผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์เพื่อให้การรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

4. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการ ผู้ป่วยวัณโรคจัดได้ว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังร่างกายทรุดโทรม ผู้ป่วยมักเบื่ออาหาร ประกอบกับฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาวัณโรคมีผลต่อการรบกวนต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แสบท้อง ดังนั้นการดูแลในเรื่องอาหารจึงนับว่ามีความสำคัญ การดูแลให้ผู้ป่วยได้มีการพักผ่อน และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่สงบให้สามารถพักผ่อนอย่างเพียงพอ ตลอดจนการดูแลให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมจะช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดี ร่างกายฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น รวมทั้งการให้คำแนะนำในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยปิดปากปิดจมูกเวลาไอ จาม การบ้วนเสมหะในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด การทำลายเสมหะและสิ่งที่เป็นป้อนเสมหะ เช่น กระดาษทิชชู โดยการนำไปเผาไฟและการดูแลนำอุปกรณ์ เครื่องนอนไปผึ่งแดดจัดบ้านให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก แสงแดดส่องถึง ซึ่งแสงแดดสามารถ ฆ่าเชื้อโรคได้ภายใน 5 นาที

5. การกระตุ้นเตือน หรือพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด ตลอดจนให้นำเสมหะส่งตรวจตามนัดเพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการรักษา

6. การดูแลช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการประกอบอาชีพ เนื่องจากผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะพบเชื้อ มักต้องหยุดงานจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่น

7. การให้คำปรึกษาด้านสังคมและจิตใจ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเกรงว่าเพื่อนบ้านจะรังเกียจ เนื่องจากเป็นโรคที่ติดต่อ อาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และยอมรับความเจ็บป่วยตามความเป็นจริง การสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วยวัณโรคเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก จากการศึกษาของ Choowong Choowong, Tillgren, & Söderbäck (2017) และ Sengupta, Pungrassami, & Balthip (2006) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า พระพุทธศาสนามีอิทธิพลต่อทัศนคติของผู้ป่วยวัณโรคเกี่ยวกับการยึดมั่นในการรักษาหรือความมีวินัยในการกินยาของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จมีความเชื่อมั่นอย่างมากว่า “ความสำเร็จในการรักษาวัณโรคนั้นเป็นผลมาจากกระบวนการคิดเชิงบวก มีการรับรู้ความสามารถในตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสร้างความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนโดยไม่ได้ออกติกาแต่อย่างใด ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการ

รักษาอย่างต่อเนื่องและรับประทานยาตามแผนการรักษาจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด” (Choowong, Tillgren, & Söderbäck, 2017) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวกจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย (Chinnawong, 2007; Macq, Torfoss, & Getahun, 2007)

สรุป

การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบขนาดและครบจำนวนอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวันตลอดระยะเวลาการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากวัณโรค ผลกระทบจากการตีตราผู้ป่วยวัณโรคเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย ซึ่งอาจจะเกิดจากบริบทของสังคม กระบวนการขณะเข้ารับการรักษา การที่ผู้ป่วยต้องรับการกำกับกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยง ดังนั้นการลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรคจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยสมาชิกในครอบครัว ชุมชน สังคม และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องช่วยสร้างทัศนคติเชิงบวกแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง เข้าสู่กระบวนการรักษา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

แนวทางปฏิบัติการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงในผู้ป่วยวัณโรคที่ถูกตีตราในสังคมไทยโดยการสร้างทัศนคติเชิงบวกให้แก่ผู้ป่วยนั้น พี่เลี้ยงจะต้องเป็นบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคคล ดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ต้องมีความเชื่อใจไว้วางใจผู้ป่วย รวมทั้งจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในบริบท/สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวินัยในการกินยาจนครบตามแผนการรักษาหายจากวัณโรคและลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นต่อไป

References

- Bureau of Tuberculosis, Ministry of Public Health, Thailand. (2018). *National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand, 2018*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publication Limited Partnership.
- Chaichan, M., & Kampraw, P. (2014). Stigma of HIV: Social Illness. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 170-173.
- Choowong, J., Tillgren, P., & Söderbäck, M. (2016). Thai District Leaders' Perceptions of Managing the Direct Observation Treatment Program in Trang Province, Thailand. *BioMed Central Public Health*, 16(653), DOI 10.1186/s12889-016-3341-1.
- Choowong, J., Tillgren, P., & Söderbäck, M. (2017). Thai People Living with Tuberculosis and How They Adhere to Treatment: A Grounded Theory Study. *Nursing & Health Sciences*, 1-8, DOI: 10.1111/nhs.12362.
- Choowong, J., Tillgren, P., & Söderbäck, M. (2018) Directly Observed Therapy Providers' Practices When Promoting Tuberculosis Treatment in a Local Thai Community. *Journal of Public Health in Developing Countries*, 4(1), 458-466
- Chinnawong, T. (2007). *The Influences of Thai Buddhist Culture on Cultivating Compassionate Relationships with Equanimity Between Nurses, Participants and Relatives: a Grounded Theory Approach*. Unpublished Doctoral Dissertation. Southern Cross University: Lismore.
- Commisceo-Global. (2016). *Thai Guide: A Look at Thai Language, Culture, Customs and Etiquette*. Retrieved from: <http://www.commisceo-global.com/country-guides/thailand-guide>.



- Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions. *Public Health Reports, 125*(4), 34-42.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Note on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Jin, J., Sklar, G. E., Sen, Oh. V. M., & Li, S. C. (2008). Factors Affecting Therapeutic Compliance: A Review from the Participant's Perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management, 4*(1), 269- 286.
- Komin, S. (1991). *Psychology of the Thai People: Values and Behavioral Patterns*. National Institute of Development Administration (NIDA), Bangkok. (in Thai).
- Lertmaharit, S., Kamol-Ratankul, P., Sawert, H., Jittimane, S., & Wangmanee, S. (2005). Factors Associated with Compliance among Tuberculosis Participants in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand, 88*(4), S149-S156.
- Macq, J., Torfoss, T., & Getahun, H. (2007). Participant Empowerment in Tuberculosis Control: Reflecting on Past Documented Experiences. *Tropical Medicine & International Health, 12*(7), 873–885.
- Munro, S. A., Lewin, S. A., Smith, H. J., Engel, M. E., Fretheim, A., & Volmink J. (2007). Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. *PLoS Medicine, 4*(7), 1230-1245.
- Ngamvithayapong-Yanai, J., Winkvist, A., Luangjina, S., & Diwan, V. (2005). If We Have to Die, We Just Die: Challenges and Opportunities for Tuberculosis and HIV/AIDS Prevention and Care in Northern Thailand. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1164-1179. DOI: 10.1177/1049732305281616
- Open Society Institute Public Health Program. (2006). *Civil Society Perspectives on TB Policy in Bangladesh, Brazil, Nigeria, Tanzania and Thailand*. New York: Open Society Institute.
- Pandit, N., & Choudhary, S. K. (2006). A Study of Treatment Compliance in Directly Observed Therapy for Tuberculosis. *Indian Journal of Community Medicine, 31*(4), 241-243.
- Phata, R., & Suggravetsiri, P. (2015). Factors Related with Quality of Life among Tuberculosis Patients, Buadang-Pakdee-Somboon Health Network, Chaiyaphum Province. *KKU Journal for Public Health research, 8*(1), 6-12.
- Pungrassami, P., Johnsen, P., Chonguivatwong, V., & Olsen, J. (2002). Has Directly Observed Treatment Improved Outcome for Participants with Tuberculosis in Southern Thailand? *Tropical Medicine & International Health, 7*(3), 271-279.
- Pungrassami, P., Kipp, A. M., Stewart, P. W., Chongsuivatwong, V., Strauss, R. P., Van, & Rie, A. (2010). Tuberculosis and AIDS Stigma among Patients who Delay Seeking Care for Tuberculosis Symptoms. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 14*, 181-187.
- Sengupta, S., Pungrassami, P., & Balhithip, Q. (2006). Social Impact of Tuberculosis in Southern Thailand: Views from Participants, Care Providers and the Community. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 10*(9), 1008–1012.



- Suwankeeree, W., & Picheansathian, W. (2014). Strategies to Promote Adherence to Treatment by Pulmonary Tuberculosis Patients: a Systematic Review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 12(1), 3-16. DOI: 10.1097/01.XEB.0000444614.17658.46
- World Health Organization. (2006). *The Global Plan to Stop TB, 2006-2015. Actions for Life: Towards a World Free of Tuberculosis*. WHO/HTM/STB/2006.35. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *WHO Country Cooperation Strategy Thailand 2012–2016*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.
- World Health Organization. (2018). *Global Tuberculosis Report 2018*. France: World Health Organization, WHO/CDS/TB/