

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง และชนิดรุนแรงมาก เขตสุขภาพที่ 10

Model development of pre-extensively drug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis patient care in Health Region 10

เสถียร เชื้อลี

Sathien Chuaelee

จิรพันธ์ อินยาพงษ์

Jiraphan Inyaphong

ทนันทพัทธ์ นาคนิกร

Thananphat Naknikron

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
กรมควบคุมโรคOffice of Disease Prevention and Control,
Region 10 Ubon Ratchathani,
Department of Disease Control

DOI: 10.14456/dcj.2023.64

Received: December 11, 2022 | Revised: December 26, 2022 | Accepted: March 3, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง และชนิดรุนแรงมาก เขตสุขภาพที่ 10 ดำเนินการในพื้นที่ 5 จังหวัด โรงพยาบาล 16 แห่ง ที่มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา หลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยในพื้นที่ ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง ตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2565 การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์ปัญหา 2) ออกแบบกิจกรรมและพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วย และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่ 3) ติดตามประเมินผล ผลการศึกษา พบว่า เขตสุขภาพที่ 10 ยังไม่มีรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงและรุนแรงมาก ระบบส่งต่อยังไม่ชัดเจน ขาดระบบการให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรง มาก มักจะมีภาวะทุพโภชนาการและปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพ ทีม กำหนดบทบาทและพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกัน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ในระยะที่ดำเนินโครงการ พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก จำนวน 18 ราย รักษาหาย 13 ราย และอยู่ใน ระหว่างการรักษา 5 ราย เกิดเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วย เครือข่ายระบาดวิทยาการสอบสวนควบคุมโรค และ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมากในสถานพยาบาลและชุมชน เขต สุขภาพที่ 10

ติดต่อผู้พิมพ์ : เสถียร เชื้อลี

อีเมล : satainlee@gmail.com

Abstract

The study aimed at developing patient care model and the control of pre-extensively drug-resistant tuberculosis (Pre-XDR-TB) and extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB). The research was conducted in all five provinces under Health Region 10 and 16 hospitals where reported Pre-XDR-TB and XDR-TB patients were purposively recruited. The participants consisted of doctors, nurses, public health officers, public health volunteers, patients and their relatives in the area. Research duration was from October 2019 to September 2022. The study methods were divided into 3 stages: 1) analyzing the problem; 2) designing activities and developing patient care model, then applying the developed model to the patients in the area; 3) evaluation. The results showed that no patient care management for Pre-XDR-TB/XDR-TB patients, no existing scheme for referral system, and lack of consultation system. In addition, Pre-XDR-TB/XDR-TB patients suffered from malnutrition and socioeconomic problems. The developed Pre-XDR-TB/XDR-TB patient care model composed of expertise committee establishment; team potential-enhancement; collaborative role assignment and guideline development; and knowledge sharing arrangement. During this project, there were 18 patients with Pre-XDR-TB or XDR-TB which were 13 treatment cured cases and 5 on-going treatment cases. Also, there was the existence of patient care specialist network, epidemiology and disease control investigation network, and Pre-XDR-TB/XDR-TB patient care model in hospitals or communities in Health Region 10.

Correspondence: Sathien Chuaelee

E-mail: satainlee@gmail.com

คำสำคัญ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, วัณโรค,
วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง,
วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก

Keywords

action research, tuberculosis,
pre-extensively drug-resistant tuberculosis,
extensively drug-resistant tuberculosis

บทนำ

วัณโรค (tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่สำคัญของโลก และประเทศไทย เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรคใหม่ประมาณ 10 ล้านราย เสียชีวิตกว่า 1 ล้านคน⁽¹⁾ สถานการณ์วัณโรคประเทศไทย ปี 2564 อุบัติการณ์ 153 ต่อแสนประชากร ถูกจัดอันดับให้อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง ทั้งจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (TB) และวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิด

รุนแรงมาก (extensively drug-resistance TB: XDR-TB)⁽²⁾ เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 13 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 XDR-TB ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศ (airborne transmission) ใช้งบประมาณสูงและระยะเวลานานในการรักษามีค่าใช้จ่ายกว่า 2 ล้านบาทต่อราย ปีงบประมาณ 2562-2565 ประเทศไทยพบ XDR-TB ทั้งสิ้น 34 ราย⁽³⁾ เขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ 2562-2565 พบ Pre-XDR-

TB/XDR TB จำนวน 18 ราย ภายหลังประกาศให้ XDR-TB เป็นโรคติดต่ออันตราย เขตสุขภาพที่ 10 มีผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR TB ปีละ 4-5 ราย ในปัจจุบันในเขตยังไม่มียุทธศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโครงการวิจัยขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและควบคุมวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก

นิยามศัพท์เฉพาะ⁽⁴⁾

วัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (extensively drug-resistant TB: XDR-TB) หมายถึง วัณโรคคือยาหลายขนานที่คือยา 4 กลุ่ม ได้แก่ ยา isoniazid (INH) + rifampicin (R) + ยากลุ่ม fluoroquinolones เช่น levofloxacin (Lfx), moxifloxacin (Mfx) + ยาฉีดในกลุ่มยาแนวที่ 2 (second line injectable agent เช่น kanamycin (Km), amikacin (Am))

วัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (pre-extensively drug-resistant TB: Pre-XDR-TB) หมายถึง วัณโรคคือยา 3 กลุ่ม ได้แก่ INH + R + (ยากลุ่ม fluoroquinolones (Lfx, Mfx) หรือ คือยาฉีดกลุ่มยาแนวที่ 2 เช่น Km, Am)

วัณโรคคือยาหลายขนาน (multidrug-resistant TB:MDR-TB) หมายถึง วัณโรคคือยา INH + R

วัณโรคคือยา Rifampicin (rifampicin-resistant TB: RR-TB) หมายถึง วัณโรคคือยา Rifampicin

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและควบคุมวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก เขตสุขภาพที่ 10 ในบริบทของสถานพยาบาล โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research: AR) ทำการศึกษาระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2565 เลือกพื้นที่แบบเจาะจง เป็นโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre-

XDR-TB) และชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB)

กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาการดูแลรักษา และการควบคุมวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของพื้นที่ในครั้งนี้ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกสัชกร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้⁽⁵⁻⁹⁾

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหา กิจกรรมประกอบด้วย

1) การค้นหาและวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ สรุปข้อมูลจากการศึกษาบริบท และประเมินสถานการณ์ปัญหาวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมากในพื้นที่

2) การคัดเลือกพื้นที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกแบบเจาะจง พื้นที่ที่มีผู้ป่วย Pre-XDR-TB หรือ XDR-TB ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง

3) การคัดเลือกอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ โดยจะเลือกแบบเจาะจง จากโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีผู้ป่วย Pre-XDR-TB หรือ XDR-TB ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 34 คน

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบกิจกรรม และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมประกอบด้วย

1) พัฒนาศักยภาพนักวิจัย โดยการอบรมเทคนิคการดูแลผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB

2) การพัฒนา model การดูแลผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ร่วมกันและนำมาใช้จริงในพื้นที่ โดยการสื่อสารผ่านการประชุมร่วมกัน มอบหมายบทบาทภารกิจที่เกี่ยวข้องแต่ละหน่วยงาน

3) การดำเนินการตามแผนการพัฒนา และใช้ model ที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามประเมินผล ในการติดตาม

ประเมินผลจะติดตามใน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้รับบริการ ประเมินผลผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Program: NTIP) และด้านผู้ให้บริการด้วยการสรุปบทเรียนจากการดำเนินกิจกรรมด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการวิจัย เพื่อเป็นการถอดบทเรียนหลังดำเนินการ วิธีการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลเชิงปริมาณการดูแล และติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็นความถี่ และร้อยละ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสรุปจากเอกสาร และการถอดบทเรียนการดำเนินงาน

ผลการศึกษา

ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก เขตสุขภาพที่ 10 ผลการดำเนินงานวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้
1. การวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรค เขตสุขภาพที่ 10

1.1 ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลและสถานการณ์วัณโรค
เขตสุขภาพที่ 10 มีประชากร 4,614,055 คน ในปีงบประมาณ 2562-2565 พบผู้ป่วยวัณโรค 5,536, 5,683, 5,186 และ 4,581 ราย คิดอัตราป่วย 119.98, 123.16, 112.39 และ 99.28 ต่อแสนประชากร มีโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 62 แห่ง ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 บริบทโรงพยาบาลในเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

Table 1 Context of hospitals in health region 10

จังหวัด	ประชากร	จำนวนโรงพยาบาล		จำนวนผู้ป่วยวัณโรค			
		รพศ./รพท.	รพช.	2562	2563	2564	2565
อุบลราชธานี	1,874,548	4	22	1,997	2,063	1,896	1,653
ศรีสะเกษ	1,472,859	2	20	2,140	2,236	1,970	1,764
ยโสธร	537,299	1	8	668	714	691	616
อำนาจเจริญ	376,175	1	6	326	304	258	242
มุกดาหาร	353,174	1	6	405	366	371	306
รวม	4,614,055	9	62	5,536	5,683	5,186	4,581

ที่มาข้อมูล โปรแกรม NTIP ณ 1 ตุลาคม 2565

1.2 สถานการณ์วัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Pre-XDR-TB) และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) จำนวน 14 ราย และ 4 ราย เขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ 2562-2565 พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2562-2565

Table 2 Situation of drug-resistant tuberculosis patients in health region 10, fiscal year 2019-2022

ประเภท	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
วัณโรคทุกชนิด	5,536	5,683	5,186	4,581
RR-TB	14	11	9	5
MDR-TB	43	56	41	33
Pre-XDR-TB	6	3	2	3
XDR-TB	3	0	1	0

2. การวางแผนพัฒนาการออกแบบกิจกรรมการวิจัย และการแก้ไข้ปัญหา

หลังจากศึกษาสถานการณ์ และปัญหา คณะผู้วิจัย ได้ร่วมกันดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 พัฒนาศักยภาพนักวิจัย โดยการอบรม เทคนิคการดูแลผู้ป่วยในประเด็นความรู้ เรื่อง วัณโรค การบริหารจัดการเมื่อมีผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ประชุมครั้งที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระบบการดูแลผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB จากการประชุม และการทบทวนสถานการณ์วัณโรคในพื้นที่ พบว่า วัณโรคยังเป็นปัญหาในเขตสุขภาพที่ 10 ดังนี้ 1) ด้านการจัดระบบบริการ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 13 โรงพยาบาล ใน 16 โรงพยาบาล (ร้อยละ 81.25) การจัดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ชนิดรุนแรงยังไม่มีประสิทธิภาพ ยังไม่มีรูปแบบและแนวทางชัดเจนในการส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปสู่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) ไม่มีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังไม่มีช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ขาดระบบการให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 3) ร้อยละ 55.56 ของผู้ป่วย มีการติดตามการกำกับการกินยา ทั้งที่โรงพยาบาลและชุมชนที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ 4) กว่า ร้อยละ 83.33 ของผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB มีภาวะทุพโภชนาการ และปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน 5) ร้อยละ 67.00 ของผู้ป่วยเมื่อกลับไปรักษาต่อในชุมชน สภาพแวดล้อมชุมชนไม่เหมาะสม ครอบครัวผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องหยุดงานเพื่อรักษาวัณโรค ชุมชนยังขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย

ประชุมครั้งที่ 2 พัฒนางค์ความรู้และทักษะ การดูแลผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB หลังจากการประชุม 2 ครั้ง คณะผู้วิจัยได้ระดมสมองพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 10 และแต่งตั้งคณะกรรมการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ Pre-XDR-TB/XDR-TB เพื่อบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และได้ประชุมคณะ

กรรมการผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งคณะกรรมการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ Pre-XDR-TB/XDR-TB เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญวัณโรคดื้อยาระดับประเทศจาก สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ และคณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นที่ปรึกษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจ และบำบัดวิกฤตการหายใจจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ เป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วย อายุรแพทย์ที่รับผิดชอบคลินิกวัณโรคจากโรงพยาบาล ศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 15 คน และมีเจ้าหน้าที่จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เป็น เลขานุการ คณะกรรมการมีหน้าที่กำหนดสูตรยาเพื่อ รักษาผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB รวมทั้งเป็นที่ ปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระหว่างการรักษาในเขต

2.2 การพัฒนา model การดูแลผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ร่วมกันโดย กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย มอบหมายบทบาทภารกิจการดูแลให้แต่ละ สถานพยาบาลและนำมาใช้จริงในพื้นที่ โดยการสื่อสาร ผ่านการประชุมร่วมกัน

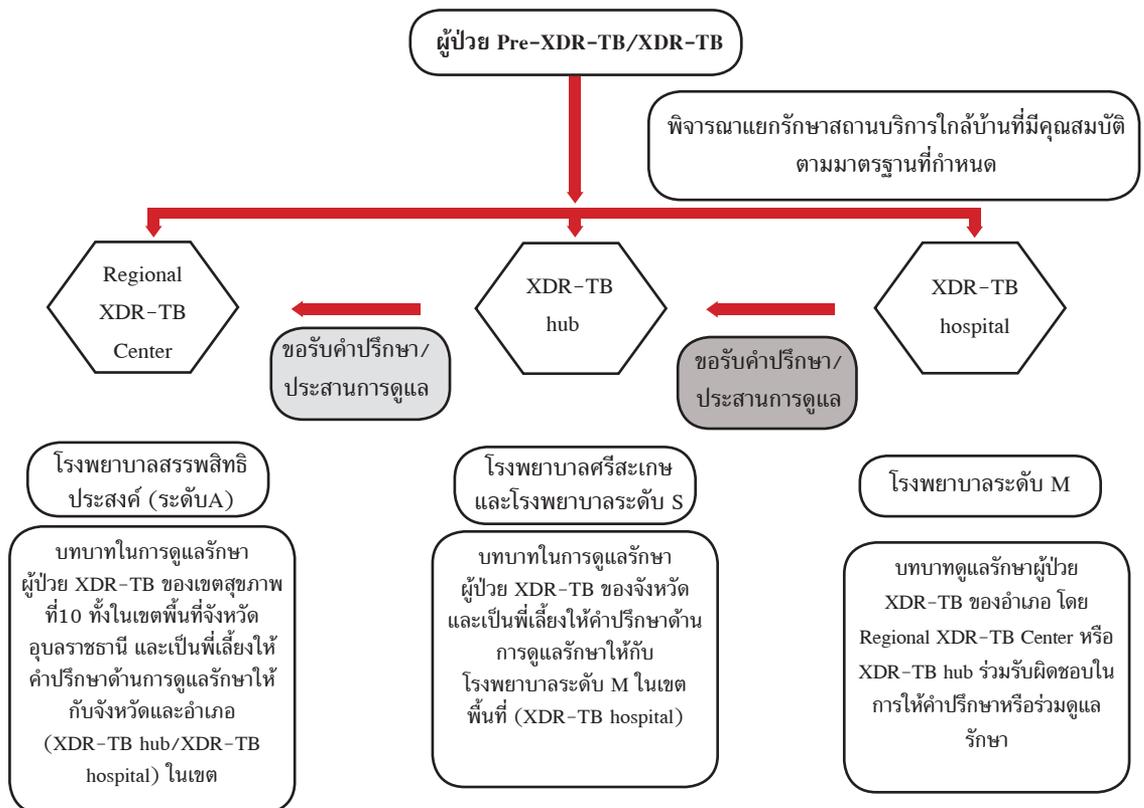
2.2.1 การดูแลรักษาผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB เขตสุขภาพที่ 10 ได้พัฒนามาจาก แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติปี 2561 ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้ดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ มาเป็น แนวทาง การเลือกสูตรยา การบันทึกและการติดตามการ รักษา

คณะผู้วิจัย ได้เตรียมความพร้อมโดยพัฒนา ศักยภาพที่วิจัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ เรื่อง Pre-XDR-TB/XDR-TB และได้พัฒนาแนวทาง รองรับกรณีพบผู้มีเหตุสงสัยหรือผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB โดยกรณีพบผู้มีเหตุอันควรสงสัยเป็นผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมผัส ผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ผู้ป่วย MDR-TB ที่ ปฏิเสธการรักษา หรือไม่มีคนกำกับการรับประทานยา ไม่ ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดยา ในกรณีพบผู้ป่วยดังกล่าว ให้แยกผู้ป่วยที่มีเหตุอันควร สงสัย เพื่อเก็บเสมหะส่งตรวจวินิจฉัยยืนยันที่สำนักงาน

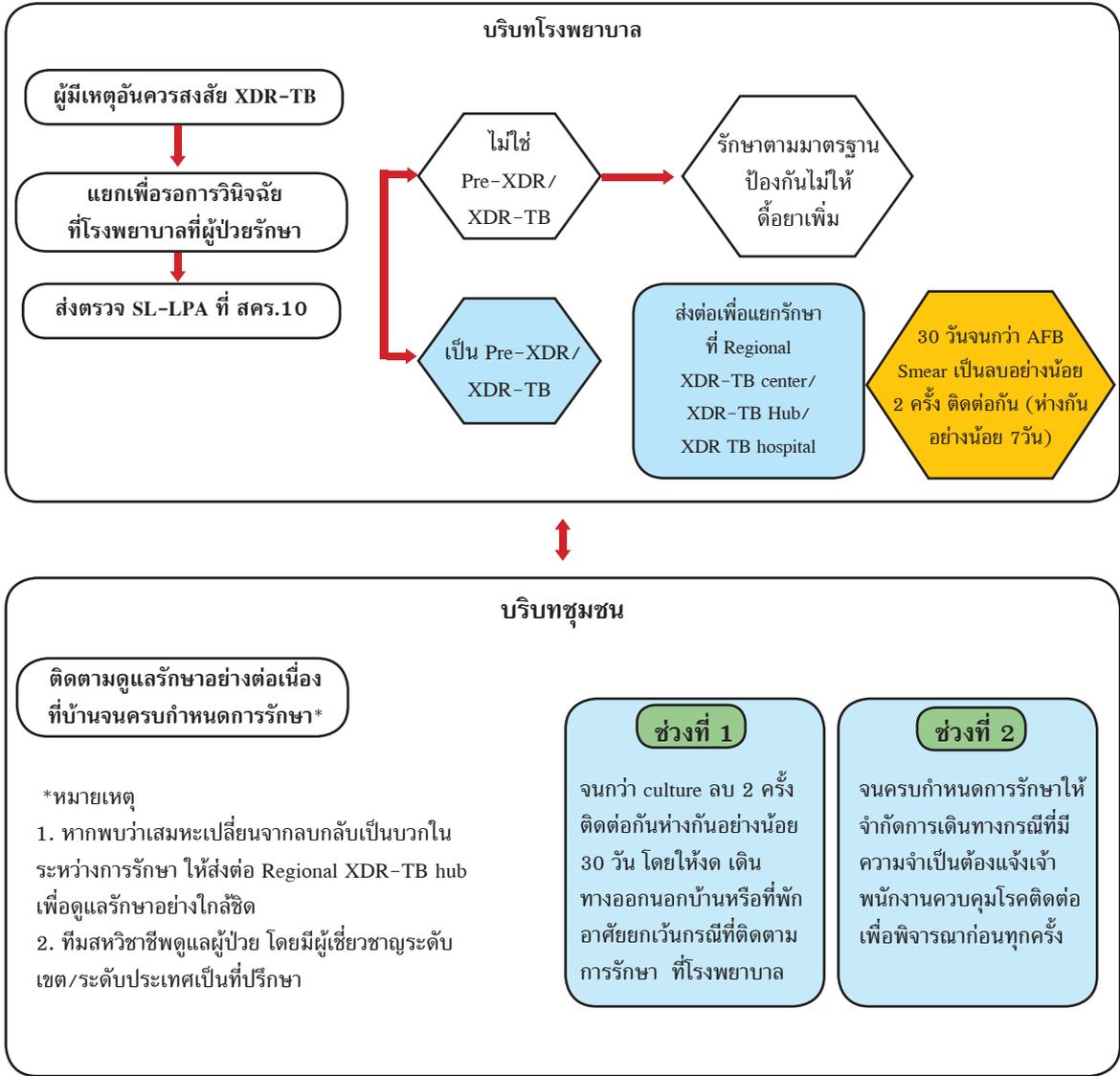
ป้องกันควบคุมโรคที่ 10 และรอผลวินิจฉัยในสถานพยาบาลที่เขตสุขภาพกำหนด โดยอาจจะแยกไว้ที่ห้องแยกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

เมื่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการควบคุมโรคพบผู้ป่วย Pre-XDR-TB หรือ XDR-TB จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจะแจ้งหัวหน้าหน่วยงาน ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่เวรตระหนักรู้อสถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ภายใน 3 ชั่วโมง เจ้าหน้าที่ที่ทดสอบสวนโรคจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะลงพื้นที่ทดสอบสวนควบคุมโรคภายใน 12 ชั่วโมง หลังจากสอบโรคแนะนำให้มนำผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลที่เป็น XDR-TB hospital, XDR-TB hub หรือ Regional XDR-TB

Center และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ Pre-XDR-TB/XDR-TB จะประสานกับคณะกรรมการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดสูตรยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ร่วมกับประเมินและประสานความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคมให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้สูซศึกษาและคำปรึกษาแก่ญาติเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ มีความตระหนักรับผิดชอบ และมีวินัยในการกินยา การดูแลรักษาผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 20 เดือน ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะรักษาไม่สำเร็จสูงจากหลายสาเหตุ เช่น อาการข้างเคียงจากยา ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา การวางแผนการดูแลแบบรายบุคคล คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันในเขตสุขภาพที่ 10 ดังภาพที่ 1-2



ภาพที่ 1 บทบาทสถานพยาบาลการดูแลรักษาผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB
Figure 1 The role of health care facilities in caring for patients with Pre-XDR-TB/XDR-TB



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB
Figure 2 Guidelines for caring patients with Pre-XDR-TB/XDR-TB

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการศูนย์ควบคุมโรคติดต่อหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก

1) กำหนดให้โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นศูนย์ระดับเขต (regional XDR-TB Center) มีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ของเขตสุขภาพที่ 10 ทั้งในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี และเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาด้านการดูแลรักษาให้กับ

ระดับจังหวัดและอำเภอ (XDR-TB hub/XDR-TB hospital) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

2) กำหนดให้โรงพยาบาลศรีสะเกษ โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และโรงพยาบาลมุกดาหาร เป็นศูนย์ระดับจังหวัด (XDR-TB hub) มีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ของจังหวัด และเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา

ด้านการดูแลรักษาให้กับโรงพยาบาลระดับ M และ
โรงพยาบาลชุมชนในเขตพื้นที่ (XDR-TB hospital)

3) กำหนดให้โรงพยาบาลวารินชำราบ
โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลวงกรณ โรงพยาบาล
สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลชุมชนระดับ
M เป็นศูนย์ระดับพื้นที่ (XDR-TB hospital) มีบทบาท
ในการดูแลรักษาผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ของ
อำเภอ สามารถบริหารจัดการดูแลรักษาโดยมีผู้ป่วยเป็น
ศูนย์กลางภายใต้ regional XDR-TB Center หรือ XDR-
TB hub ร่วมรับผิดชอบ ในการให้คำปรึกษาหรือร่วมดูแล
รักษา

4) แยกผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยเป็น Pre-XDR-
TB/XDR-TB เพื่อรอผลวินิจฉัยในสถานที่ที่โรงพยาบาล
กำหนดไว้ซึ่งอาจจะเป็นห้องแยกโรคติดเชื้ทางเดิน
หายใจที่พร้อมใช้งาน

5) กรณีพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น
Pre-XDR-TB/XDR-TB ให้ดำเนินการแจ้งทีม
สอบสวนโรคของจังหวัด และหน่วยปฏิบัติการควบคุม
โรคติดต่อในพื้นที่ (Communicable Disease Control
Unit: CDCU) เพื่อสอบสวนโรคภายใน 12 ชั่วโมง

6) ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลที่พบผู้ป่วย
ชี้แจงทำความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการ
ดูแลรักษา Pre-XDR-TB/XDR-TB การปฏิบัติตัวและ
เรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้กรณีผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุ
ต่ำกว่า 18 ปี ต้องมีผู้ปกครองเซ็นชื่อรับรองในเอกสาร
แสดงความยินยอม (consent form) ให้ปฏิบัติตาม
แนวทางและขั้นตอนของการรักษาพยาบาลนี้

7) ทีมสหวิชาชีพของ XDR-TB hub หรือ
XDR-TB hospital และทีมสหวิชาชีพของ regional
XDR-TB center ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน
โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ
ระดับเขตประเทศเป็นที่ปรึกษา ร่วมกันประเมินและ
ประสานความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยและ
ครอบครัว

8) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
จนกว่าผลการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นลบ

ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 7 วัน และ
ส่งต่อชุมชนเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่องจนผู้ป่วยหาย

2.2.2 การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง
(Directly Observed Treatment: DOT)

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางการกำกับกรับ
ประทานยาต่อหน้าผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB โดย
พัฒนาศักยภาพให้เจ้าหน้าที่ และอาสาสมัคร ผู้ที่ได้รับ
การอบรม เป็นพี่เลี้ยงสำหรับการกำกับกรับประทาน
ยาอย่างเข้มข้น โดยแนวทางในโครงการมี 2 วิธี ได้แก่

1) การกำกับกรับประทานยาต่อหน้า
เจ้าหน้าที่ โดยยามื้อเช้าเวลาประมาณ 09.00 น. ผู้ป่วย
เดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เพื่อรับยาจากเจ้าหน้าที่และรับประทานยาต่อหน้า หรือ
เจ้าหน้าที่เดินทางจาก รพ.สต. เพื่อนำยาไปให้ผู้ป่วย
รับประทานต่อหน้าที่บ้าน แล้วมอบยาชุดมื้อเย็นจาก
เจ้าหน้าที่เพื่อรับประทานต่อในมื้อเย็น โดยเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขกำกับกรับ
ประทานยา และบันทึกการรับประทานยาในสมุด
บันทึกสุขภาพ

2) การกำกับกรับประทานยาโดยการส่งวิดีโอ
ผ่านทางไลน์กลุ่ม เมื่อมีผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB
ที่ต้องดูแลจะมีการสร้างกลุ่มไลน์การดูแลผู้ป่วย สมาชิก
ในกลุ่มไลน์ประกอบด้วย ผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่
คลินิกวัณโรคโรงพยาบาล และแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อรับ
ประทานยาผู้ป่วยใช้โทรศัพท์ถ่ายวิดีโอแล้ว ส่งรูป และ
วิดีโอเข้ากลุ่มไลน์ นอกจากการติดตามการรับประทานยา
แล้ว ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สามารถสอบถามอาการ หรือ
ปรึกษาเรื่องสุขภาพในกลุ่มไลน์ได้ รวมถึงการนัดหมาย
ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไปตรวจสุขภาพ

2.2.3 การบริหารจัดการผู้ป่วย Pre-
XDR-TB/XDR-TB (case management)

ผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ทุกราย
จะถูกสอบสวนควบคุมโรคภายใน 12 ชั่วโมง หลังจากได้
รับรายงาน โดยเจ้าหน้าที่ทีมสอบสวนโรคจะประกอบด้วย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงสอบสวน
ควบคุมโรคถึงบ้านผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์การสอบสวนเพื่อ
ยืนยันการป่วยด้วยวัณโรค เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อ
เข้าสู่การรักษา แยกกักผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการแพร่กระจายโรค
เตรียมเวชภัณฑ์เพื่อรักษาผู้ป่วย วางแผนการช่วยเหลือ
ด้านเศรษฐกิจและสังคม เตรียมห้องแยกสำหรับการ
นอนโรงพยาบาล โดยได้กำหนดบทบาทหน้าที่ ดังนี้

ตารางที่ 3 บทบาทหน้าที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB

Table 3 Roles and duties of personnel involved in patient care Pre-XDR-TB/XDR-TB

ทีมสหวิชาชีพ	บทบาทหน้าที่
แพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB - ให้การวินิจฉัย และอธิบายแผนการรักษาให้กับผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพ - ส่งตรวจต่าง ๆ ก่อนเริ่มรักษา และระหว่างการรักษาตามมาตรฐาน - ปรีกษาทิมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอสูตรการรักษา
เภสัชกร	<ul style="list-style-type: none"> - บริหารจัดการให้มียารักษา Pre-XDR-TB/XDR-TB มีคุณภาพและพอเพียง - จัดยารายมือตามแผนการรักษา และติดตามการกินยาเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน - อธิบายผู้ป่วยหรือญาติเรื่องการใช้ยา วิธีรับประทานยา วิธีเก็บรักษา - เผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> - เผื่อระวังหรือเป็นผู้รับผิดชอบหาผู้มีเหตุอันควรสงสัย Pre-XDR-TB/XDR-TB - ขึ้นทะเบียนรักษา บันทึกข้อมูลการวินิจฉัยรักษา และจัดทำรายงาน - ให้คำปรึกษาและให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวัณโรคและการปฏิบัติตัว - ส่งต่อหรือให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อตรวจการติดเชื้อโรคที่เกี่ยวข้อง - ติดตามผลการตรวจต่าง ๆ ระหว่างการรักษา
เจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจทางห้องปฏิบัติการวินิจฉัยและติดตามผู้ป่วย และประสานกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เพื่อส่งเสมหะตรวจ Culture
พยาบาลจิตเวช	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวินิจฉัยปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และจิตใจ ที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา - ช่วยเหลือ แนะนำวิธีการปรับตัว ปรับวิธีคิด ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม
โภชนาการ	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วย จัดหรือแนะนำอาหารให้สอดคล้องกับแผนการรักษา
พยาบาลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดสถานที่สำหรับแยกผู้ป่วยเพื่อการรักษาในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ - ให้คำปรึกษาแก่ทีมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและการป้องกันส่วนบุคคล - ร่วมทีมเยี่ยมผู้ป่วย และให้คำแนะนำในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในบ้านและชุมชน
นักระบาดวิทยา	<ul style="list-style-type: none"> - สอบสวน Pre-XDR-TB/XDR-TB เพื่อค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยของการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค - สอบสวนด้วยการรวบรวมข้อมูลด้านระบาดวิทยา - ติดตามตรวจคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด เพื่อค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม - วิเคราะห์ สรุปรายงานการสอบสวนเพื่อเสนอวิธีแก้ปัญหาและแนวทางการควบคุมโรค
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	<ul style="list-style-type: none"> - มีหน้าที่วางแผนร่วมกับชุมชนในการรับผู้ป่วยมาดูแลที่บ้าน - ติดตามเยี่ยมบ้าน และกักกับการกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ที่ตลอดการรักษาต่อที่ชุมชน - ประสานช่วยติดตามตรวจคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดเพื่อค้นหาผู้ป่วย - ประสานกับโรงพยาบาลเพื่อตรวจตามนัดหรือเวลาพบปัญหาการดูแลผู้ป่วย - ดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ - สร้างความรอบรู้เรื่องวัณโรคในชุมชน

2.2.4 การตรวจติดตามการรักษา

ผู้วิจัยได้ร่วมกันออกแบบการตรวจติดตามผลการรักษาผู้ป่วย โดยเขตสุขภาพที่ 10 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับประเทศ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับเขต จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อประชุมให้คำปรึกษาการเลือกสูตรยารักษาผู้ป่วย และติดตามปัญหาอุปสรรคขณะทำการรักษา ซึ่งเมื่อพบผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB คณะผู้วิจัยได้ติดตามสอบสวนโรคและสรุปประเด็นปัญหา และนำเข้าสู่ระบบการแยกกัก ร่วมประชุมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญวางแผนเลือกสูตรยา หลังจากได้สูตรยาแล้ว โรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยมาอนที่ห้องแยกโรงพยาบาลเพื่อรับยาอย่างน้อย 30 วัน หรือจนกว่าผลการตรวจเสมหะเป็นลบ 2 ครั้ง ตรวจห่างกัน 7 วัน จึงจำหน่ายผู้ป่วยไปแยกกัก รักษาที่บ้าน โดยมีการตรวจเสมหะ (AFB) และเพาะเชื้อ (Culture) ทุกเดือนตลอดการรักษา การถ่ายภาพรังสีทรวงอกควรตรวจเมื่อเริ่มรักษา หลังจากนั้นทุก 6 เดือน และเมื่อสิ้นสุดการรักษา การประเมินผลประเมินจาก culture conversion ให้ดูจากผล culture ที่มีผลไม่พบเชื้อ 2 ครั้ง ติดต่อกัน โดยตรวจห่างกันอย่างน้อย 30 วัน การนับวันที่ผลเพาะเลี้ยงเชื้อไม่พบเชื้อ นับจากวันที่มีผลเพาะเลี้ยงเชื้อไม่พบเชื้อครั้งแรก

3. การติดตามประเมินผล

ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วย Pre-XDR-TB จำนวน 14 ราย รักษาหาย 10 ราย (71.43%) และอยู่ในระหว่างการรักษา 4 ราย (28.57%) ผู้ป่วย XDR-TB จำนวน 4 ราย รักษาหายแล้ว 3 ราย (75.00%) และอยู่ในระหว่างการรักษา 1 ราย (25.00%)

ด้านผู้ให้บริการ จากการดำเนินโครงการเกิดเครือข่ายการสอบสวนควบคุมโรคติดต่ออันตราย โดยเมื่อพบผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ผู้ป่วยจะถูกสอบสวนควบคุมโรค ทีมสอบสวนโรคจะลงพื้นที่สอบสวนทุกราย และเกิดเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ระดับเขต โดยมีผู้เชี่ยวชาญระดับประเทศเป็นที่ปรึกษา มีการประชุมคณะ

กรรมการ 3 ครั้ง และทุกครั้งที่ผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB คณะกรรมการได้ช่วยกันกำหนดสูตรยาและวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกัน และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย มีห้องแยกโรคสำหรับผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อค้นพบที่เป็นประเด็นสำคัญซึ่งจะนำเสนอ ดังนี้

ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB การให้การดูแลรักษาในระยะแรก ผู้ป่วยต้องนอนแยกกักในโรงพยาบาล เพื่อกำกับการกินยาโดยเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 30 วัน หรือจนกว่าผลการตรวจเสมหะ ให้ผลเป็นลบ 2 ครั้ง ห่างกัน 7 วัน ผู้ป่วยจะต้องขาดงาน ต้องออกจากครอบครัวมาอนที่โรงพยาบาล โดยไม่มีคนเฝ้าใช้การให้ข้อมูลที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในช่วงผู้ป่วยขาดงานมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในขณะดำเนินการโครงการวิจัย ได้รับทุนช่วยเหลือจากโครงการกองทุนโลกด้านวัณโรค สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ เดือนละ 1,500 บาท ตลอดระยะเวลาทำการรักษา นอกจากแหล่งทุนจากโครงการกองทุนโลกด้านวัณโรค ในพื้นที่สามารถขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือกระทรวงพัฒนาสังคมความมั่นคงของมนุษย์ ประเด็นไม่อนุญาตให้ญาติติดตามขณะนอนโรงพยาบาลมีความสำคัญ เจ้าหน้าที่ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และนัดหมายผู้สัมผัสโรคในบ้านและชุมชน มาตรวจสุขภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อคัดกรองหาวัณโรค

ด้านทีมผู้ให้บริการ ในระยะแรกที่พบผู้ป่วยจะเป็นเจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องรายงานข้อมูลให้ผู้บริหารและเครือข่ายทราบภายใน 3 ชั่วโมง⁽¹⁰⁻¹¹⁾ และเมื่อได้รับรายงานผู้ป่วย Pre-XDR-TB/XDR-TB ทีมสอบสวนควบคุมโรคมีความสำคัญมากที่จะต้องเข้าถึงพื้นที่ภายใน 12 ชั่วโมง ให้คำแนะนำการแยกกักผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชน

และนำผู้ป่วยมาแยกกักที่ห้องแยกโรงพยาบาล ทั้งนี้ ในช่วง 1 สัปดาห์แรกของการพบผู้ป่วยที่มรสอบสวนควบคุมโรค และทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้องขออนุมัติใช้ยารักษา Pre-XDR-TB/XDR-TB จากคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ⁽¹²⁻¹³⁾ เมื่อได้รับการอนุมัติสูตรยาแล้ว โรงพยาบาลโดยการช่วยเหลือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ต้องทำเรื่องเบิกยาจากกองวิโรค ซึ่งจะเกิดช่วงเวลาในการรอยาประมาณ 1 สัปดาห์ การแยกกักผู้ป่วยในที่ชุมชนจะลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย เพราะสิ่งแวดล้อมยังเป็นที่บ้าน เพียงแต่จะถูกจำกัดพื้นที่ การให้คำแนะนำเข้มข้นในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาถ้ามีบุคคลอื่นอยู่ด้วย และห้ามเดินทางไปในที่ชุมชนเว้นแต่การเดินทางมาโรงพยาบาล การทำการแยกกักที่ห้องแยกโรคของโรงพยาบาลในช่วงรอยา จะดำเนินการได้ดีในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แต่จะเกิดความเครียดสำหรับผู้ป่วยที่มานอนรอที่โรงพยาบาล โดยยังไม่ได้รับยารักษา เจ้าหน้าที่ต้องให้การสนับสนุนทางจิตใจ และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

ด้านชุมชน บทบาทของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรักษาสำเร็จ หลังจากผู้ป่วยถูกส่งกลับเข้าชุมชน ถ้าครอบครัวและชุมชนเข้าใจแผนการรักษาให้กำลังใจผู้ป่วยไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติ ผู้ป่วยจะได้มีกำลังใจในการกินยา เพราะในช่วงเดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยจะนอนที่โรงพยาบาลประมาณ 1 เดือน หลังจากผลตรวจเสมหะให้ผลลบ 2 ครั้ง ห่างกัน 7 วัน ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับไปรักษาที่บ้าน ผู้ป่วยจะถูกแนะนำให้จำกัดการเดินทาง ห้ามออกจากบริเวณบ้านพักอาศัยเว้นแต่การเดินทางไปโรงพยาบาล จนกว่าผลเพาะเชื้อเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค 2 ครั้ง ห่างกัน 30 วัน จึงเดินทางออกจากบ้านพักอาศัยได้ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 4-5 เดือน ในช่วงเวลานี้ผู้ป่วยเองอาจจะอึดอัด และคนในชุมชนตั้งข้อสังเกตเกิดข้อสงสัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขจะมีส่วนสำคัญช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีบทบาทสร้างการมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วย

วัณโรค รายใหม่ เมื่อพบผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข อาจจะใช้โอกาสในการเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน โดยการสร้างความรอบรู้เรื่องวัณโรค และให้ประชาชนเฝ้าระวังตนเองถ้ามีอาการเข้าได้กับวัณโรค อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีอาการไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ มีไข้ช่วงบ่ายหรือค่าน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 5 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ติดต่อโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อถ่ายภาพรังสีทรวงอกคัดกรองวัณโรค ซึ่งภายใต้โครงการนี้หลังจากพบผู้ป่วยในชุมชน จะมีกิจกรรมให้ความรู้และคัดกรองค้นหาวัณโรคในชุมชน โดยจัดรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ไปให้บริการประชาชนกลุ่มเสี่ยง การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย ศรีทองธรรม และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ทำการศึกษารูปแบบของชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายขนานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดี้อย่าหลายขนาน สำคัญในประเด็นการติดตามการกินยาต่อเนื่องที่บ้านและการติดตามผู้สัมผัสในชุมชนเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 10 ผู้อำนวยการกองวิโรค ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ผู้อำนวยการ รพศ. รพท. รพช. คณะกรรมการศูนย์ควบคุมวัณโรคดี้อย่าหลายขนานชนิดรุนแรงมาก เขตสุขภาพที่ 10 ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนโครงการฯ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Extensively drug-resistant tuberculosis [Internet]. 2018 [cited 19 Jan 2018]. Available from: [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tuberculosis-extensively-drug-resistant-tuberculosis-\(XDR-TB\)](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tuberculosis-extensively-drug-resistant-tuberculosis-(XDR-TB))
2. Department of Disease Control (TH), Division

- of Tuberculosis. National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018: NTP. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2018. (in Thai)
3. Department of Disease Control (TH), Division of Tuberculosis. National Tuberculosis Information Program; NTIP. [cited 11 Oct 2022]. Available from: <https://ntip-ddc.moph.go.th/ui/form/Login.aspx>
4. Department of Disease Control (TH), Division of Tuberculosis. Multidrug resistant tuberculosis Guideline. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2020. (in Thai)
5. Sri-Ngernyuang L. Participatory Action Research. Document for the meeting at ASEAN Institute for Health Development Mahidol University, 2011 August 30; Nakhon Pathom: Mahidol University; 2011. (in Thai)
6. Leerapan P. Action Research techniques. Document for the meeting at The Royal Gems Golf Resort, Nakhon Prathom, Division of Innovation and Research, DDC; 22-24 April 2019. (in Thai)
7. World Health Organization. Community participation in local health and sustainable development Approaches and techniques: WHO Report 2002. Geneva: WHO; 2002.
8. Ekphachaisawat T. Community Study. Bangkok: Chulalongkorn University publication; 2010.
9. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University; 1988.
10. Department of Disease Control (TH), Law Center. Communicable Diseases Act 2015. Chulalongkorn University publication: Bangkok. 2018. (in Thai)
11. Department of Disease Control (TH), Division of Tuberculosis. Extensively drug-resistant tuberculosis Guideline. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2018. (in Thai)
12. Extensively drug-resistant TB Committee, Region 10. Order of the MOPH no 370/2021, February 4, 2021. (in Thai)
13. Extensively drug-resistant TB Committee, Region 10. Extensively drug-resistant tuberculosis Guideline for patient care. July 30, 2020. Annual report 2020. (in Thai)
14. Srithongtham O, Ponboopha A, Naknikorn T, Leungratanamart N, Chualee S, Inyaphong J, et al. The Community Care Model (CCM) for Multi-Drug Resistant of Tuberculosis (MDR-TB) Patient with Social Engagement: A case Study Province located at Lower Northeastern Part, Thailand. Open Sci J. 2021;6(4):1-14.