

การจัดการความรู้กับการควบคุมวัณโรค

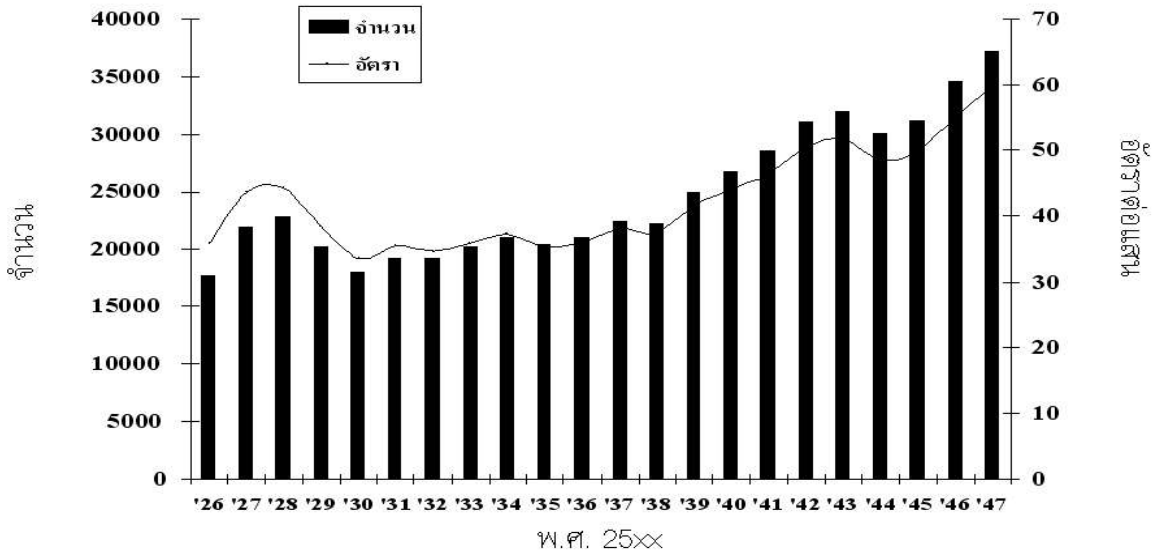
พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ¹

ในขณะนี้มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ (Knowledge management หรือที่เรียกกันติดปากในหมู่นักวิชาการควบคุมโรคว่า KM) รวมถึงจะทำให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning organization หรือที่เรียกกันว่า LO) เราคงหนีไม่พ้นกระแสที่เขย่าวกานี้ กรมควบคุมโรค รวมถึงในอดีตคือ กรมควบคุมโรคติดต่อ มีฐานะและบทบาทเป็น "กรมวิชาการ" ถ้าจะพิจารณากันให้ละเอียดรอบคอบ พวกเราที่อยู่ในกรมก็จำเป็นต้องใช้กระบวนการ KM และ LO กันมาโดยตลอดอยู่แล้ว ทั้งในระดับบุคคล และระดับองค์กร ไม่ว่าจะหน่วยงานในส่วนกลางหรือที่ปฏิบัติงานกันอยู่ในส่วนภูมิภาค ในความคิดเห็นส่วนตัวเล็กๆ ของผู้เขียนแล้วมีความเชื่อว่า พวกเราในกรมตระหนักถึงบทบาทส่วนนี้ดีและพยายามใช้กระบวนการเหล่านี้อยู่แล้วแม้ขณะนี้ยังไม่มีคำหุ้ๆ มาใช้ อย่างไรก็ตาม เราควรทบทวนตัวเองว่า ที่แล้วมาเราได้ใช้กระบวนการ KM อย่างมีประสิทธิภาพดีหรือไม่เพียงใด เพื่อว่าเมื่อมีคำหุ้และข้อกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนละเอียด (มากจนแทบไม่ได้คิดได้ทำงานประจำกัน) เข้ามาแล้ว เราควรกำหนดบทบาทหน้าที่และปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิด "ผลที่แท้จริง" กันได้หรือไม่อย่างไร กรณีศึกษาหนึ่งที่พอจะนำมาเป็นตัวอย่่างทบทวนผลงานของพวกเราได้คือ "การควบคุมวัณโรค" เราควรวิเคราะห์กันว่าการควบคุมวัณโรคสะท้อนวิถี KM ที่ผ่านมามีได้หรือไม่ เพื่อจะได้ใช้เป็น "บทเรียน" ในการเดินก้าวต่อไปให้ถูกที่ถูกต้องทางเสียที

ประเทศไทยประสบปัญหาวัณโรคกลับมาระบาดอีกครั้งหนึ่งราวๆ พ.ศ. 2530 โดยรายงานจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเข้ากองระบาดวิทยา (เป็นชื่อเดิมในสมัยนั้น ปัจจุบันคือ สำนักระบาดวิทยา) เริ่มส่งสัญญาณว่า "คงที่" และ "ไม่ลดลง" (โปรดดูภาพที่ 1) หลังจากนั้น ก็เริ่ม "เพิ่มจำนวนขึ้น" สัญญาณทางภาคเหนือเริ่มแสดงอาการเตือนก่อนโดยมีการเพิ่มอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรคอย่างชัดเจนตั้งแต่ราว พ.ศ. 2533 – 2534 เป็นต้นมา (โปรดดูภาพที่ 2) ก่อนที่ภาพรวมทั้งประเทศจะมีการรายงานจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมากชัดเจนตั้งแต่ พ.ศ. 2539 – 2540 เป็นต้นมา จนไม่ต้องสรุปหรือถกเถียงกันอีกว่าวัณโรคกลับมาเป็นปัญหาของประเทศไทยแล้วอย่างแน่นอน ส่วนหนึ่งไม่มีใครปฏิเสธว่าเป็นผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ อีกส่วนหนึ่งเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคยังไม่ดีพอที่จะควบคุมวัณโรคได้

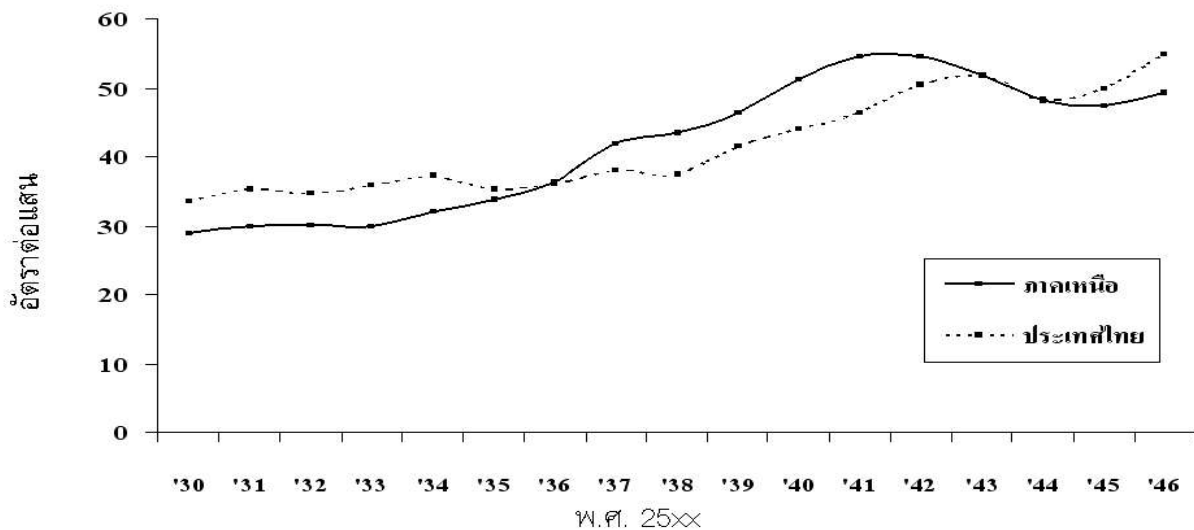
1 นายแพทย์ 9 วช ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

ภาพที่ 1 จำนวนและอัตราต่อแสนของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับรายงาน
ประเทศไทย พ.ศ. 2526-2547



แหล่งข้อมูล: ดัดแปลงจากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา

ภาพที่ 2 อัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรคต่อแสนประชากร
ของภาคเหนือเปรียบเทียบกับทั้งประเทศ พ.ศ. 2530-2546



แหล่งข้อมูล: ดัดแปลงจากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา

ประเทศไทยเริ่มนำกลยุทธ์ DOTS (Directly-Observed Treatment, Short-course) มาปรับใช้เพื่อควบคุมวัณโรคให้ได้ตามคำแนะนำของ WHO (World Health Organization หรือ องค์การอนามัยโลก) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2539 จนมีการขยายงานเต็มทุกพื้นที่ในปีงบประมาณ 2544 – 2545 เป็นต้นมา หากเรามองย้อนกลับข้อมูลรายงานผู้ป่วยวัณโรค จะพบว่า แม้มีการใช้ DOTS แต่สถานการณ์วัณโรคก็ไม่มีที่ท่าว่าจะดีขึ้น แม้ว่าจะดูเหมือนจะดีขึ้นบ้างใน พ.ศ. 2544 (อาจเนื่องจากการชะลอตัวในภาคเหนือ) แต่ใน พ.ศ. 2545 เป็นต้นมาก็เพิ่มจำนวนอีกอย่างต่อเนื่อง (ข้อมูลทางภาคเหนือก็มีอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรคกลับมาเพิ่มขึ้นอีกด้วย) คำถามที่ค้างคาหัวใจ ก็คือ แล้วเรควบคุมวัณโรคกันอย่างไร... เราทำ DOTS กันมาตั้งนานแล้วทำไมยังไม่ได้ผล... หรือเราทำ DOTS ไม่เป็น... หรือว่าที่แท้จริงแล้วโดยตัวของ DOTS เองไม่ดี... ปัญหาอยู่ที่เราหรืออยู่ที่ DOTS กันแน่...

กลยุทธ์ DOTS เป็นมาตรการที่นับได้ว่าเป็นมาตรฐานสากลที่ทั่วโลกยอมรับในขณะนี้ว่า เป็นวิธีเดียวที่จะสามารถควบคุมวัณโรคได้ โดยเฉพาะองค์ประกอบ DOT (Directly-Observed Treatment) หรือ การมีพี่เลี้ยงกำกับดูแลการรับประทานยาต่อหน้านั้นยังได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐานการรักษา (The standard of care) ในปัจจุบัน ดังนั้น ข้อสงสัยว่ากลยุทธ์ DOTS และ DOT ดีพอที่เราจะยอมรับหรือไม่ เราก็คงไม่ควรจะกังวลใจหรือสงสัยกันอีก เนื่องจากการเป็นมาตรฐานย่อมผ่านการศึกษามากมาย อยู่ที่ว่าจะศึกษาให้เข้าถึงแก่นแท้ของกลยุทธ์นี้ได้หรือไม่ต่างหาก แต่มิใช่เรามาตั้งประเด็นคิดเอาเองว่า DOTS คงไม่ดี ขณะที่ทั่วโลกยอมรับ DOTS... นี่ก็คงเป็น KM อย่างหนึ่งได้ ประเด็นปัญหาจึงน่าจะอยู่ที่ว่า ที่ผ่านมามาเราทำ DOTS/DOT กันอย่างไร วัณโรคจึงยังเป็นปัญหา...ที่ยังลุกลาม "เพิ่มขึ้น" อีกเสียด้วยซ้ำไป

CDC (1994: 21) ให้ข้อแนะนำไว้อย่างชัดเจนว่า ไม่ควรมอบหมายการทำ DOT ให้ญาติผู้ป่วย เนื่องจากการมีความผูกพันทางด้านอารมณ์กับผู้ป่วย ส่วน WHO (2003: 49) ก็แนะนำในทำนองเดียวกันว่า ไม่ควรให้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง แต่เมื่อเรามาทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ก็พบว่าในพื้นที่ส่วนใหญ่มีการทำ DOT โดยญาติผู้ป่วย (โปรดดูรายละเอียดใน "การดำเนินงานควบคุมวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและไม่มอบหมายให้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง" ในเอกสารอ้างอิง) แม้ว่าหลายๆ ท่านยังให้ข้อเสนอแนะว่า การทำโดยญาติผู้ป่วยในหลายๆ พื้นที่ ส่วนใหญ่ยังให้ผลการรักษาดี น่าพอใจ มีอัตราการรักษาหายสูง คำถามที่น่าสนใจคือ หากการทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยให้อัตราการรักษาหายสูงแล้วทำไมเรายังควบคุมวัณโรคไม่ได้ นั่นคือ ยังมีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น นี่คือ ข้อค้างคาใจของผู้เขียน (ของท่านอื่นๆ ด้วยหรือไม่...?) หากเราให้ความสนใจเฉพาะตัวเลขอัตราการรักษาหาย ซึ่งไม่ว่าจะได้มาด้วยวิธีการอย่างไร... ทำ DOT หรือไม่ทำ DOT... ทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยหรือโดยใครก็ได้... (บางท่านถึงกับว่า แมวสีอะไรก็ได้ ถ้าจับหนูได้ก็พอ...?) โดยไม่สนใจว่า จริงๆ แล้ว

เรายังควบคุมวัณโรคไม่ได้... นี่หรือ KM? ทำไมเราสนใจแต่ผลลัพธ์ (Outcome) – อัตราการรักษาหาย – แต่ไม่สนใจผลกระทบ (Impact) – การรายงานผู้ป่วย – ซึ่งน่าจะเป็นตัวสะท้อนที่ดีกว่าที่เราควบคุมวัณโรคได้หรือไม่ หากเรามัวแต่หลงใหลได้ปลื้มกับอัตราการรักษาหายตามเป้าหมาย แต่ไม่สนใจว่าควบคุมวัณโรคได้จริงหรือไม่... นี่หรือ KM? ที่ผ่านมา

ผู้เขียนได้มีโอกาสไปรับการฝึกอบรมในหลักสูตร Leadership Training in Tuberculosis Programmes Management ที่ประเทศญี่ปุ่น เมื่อต้นปี 2548 ในการฝึกอบรม เมื่อมีการกล่าวหรืออภิปรายกันถึง Family DOT ก็มักจะนึกถึงประเทศไทย ซึ่งทำจนมีชื่อเสียง แต่ที่อภิปรายกันส่วนใหญ่เป็นความคิดเห็นในเชิงลบต่อ Family DOT มากกว่าเชิงบวก ประสบการณ์ตรงของผู้เขียนก็ทราบดีว่าการทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยไม่มีทางได้ผล (หากเราไม่หลอกตัวเอง) และผู้เขียนสนับสนุนการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นหลักมาโดยตลอดตั้งแต่เราเริ่มทำ DOTS/DOT กันใหม่ๆ ราว พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา จนได้รูปแบบที่ชัดเจนว่า **DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ "ทำได้" และ "ต้องทำ"** เพื่อการควบคุมวัณโรคให้สำเร็จ ผู้เขียนไม่เคยลืมโจทย์ที่มีอยู่เป็นตัวตั้งเพียงข้อเดียวคือ จะควบคุมวัณโรคให้สำเร็จได้อย่างไร ที่น่าสนใจยิ่งไปกว่านั้น คือ ผู้เชี่ยวชาญวัณโรคบางท่านของเมืองไทยยังเสนอว่าปัจจุบัน WHO ไม่ได้เน้น DOT เพราะไม่ได้มีการกล่าวถึง DOT ในองค์ประกอบของกลยุทธ์ DOTS อีกแล้ว ข้อเท็จจริง คือ WHO (2006: 12) แม้จะกล่าวไว้เพียงว่า Supervision and patient support ในองค์ประกอบที่ 3 ของ DOTS แต่หากพิจารณาเนื้อหารายละเอียดแล้วจะพบว่า ยังมีการกล่าวถึง DOT อยู่ ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญวัณโรคท่านใด จะเลี้ยงเอาเฉพาะคำกล่าวหัวข้อ Supervision and patient support แต่หลีกเลี่ยงไม่กล่าวถึง DOT ท่านควรมีคำตอบว่า ท่านจะควบคุมวัณโรคได้หรือไม่ด้วยวิธีการอย่างไร ในความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนยังคิดว่า DOT มีความสำคัญที่สุดซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้หากจะควบคุมวัณโรคอันเป็นโจทย์เดียวที่เราต้องทำ

ดังนั้น หากเราจะจัดการความรู้เกี่ยวกับการควบคุมวัณโรค โดยพิจารณาเรื่อง DOT เป็นหลักจะพบว่า ในระดับนานาชาติไม่ว่าในเอกสารคำแนะนำต่าง ๆ หรือเวทีการพูดคุย จะยอมรับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่เชื่อถือได้ของชุมชน และไม่ยอมรับหรือไม่แนะนำการทำ DOT โดยญาติผู้ป่วย แต่ในประเทศไทยเรา ส่วนใหญ่ยังยอมรับเรื่องญาติผู้ป่วยให้ทำ DOT แม้ให้อัตราการรักษาหายสูง แต่ผลที่ออกมาคือ ยังควบคุมวัณโรคไม่ได้ ทำไมเราไม่สามารถเชื่อมโยงความคิดว่า DOT โดยญาติแม้จะให้ผลการรักษาดีแต่ควบคุมวัณโรคไม่ได้ ประเด็นที่น่าทำทายเป็นคือ ควรจะนำประสบการณ์การจัดการความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มาจัดการความรู้ด้านอื่นๆ ต่อไปหรือไม่อย่างไร เราคงมิใช่หลงปลื้มไปกับกระแส KM ด้วยคำหุๆ แต่แก้ปัญหาจริงไม่ได้... ถึงเวลาแล้วหรือยังที่จะยอมรับกันว่า DOTS ดีจริงแต่ปัญหาอยู่ที่เราใช้ DOTS ไม่เป็น... เราต้องทบทวนว่า วันนี้เราควรตัดญาติผู้ป่วยออกจากตัวเลือก DOT (หรือที่

เลี้ยง) และเริ่มนับหนึ่งอันเป็นก้าวแรกของการควบคุมวัณโรคในประเทศไทยได้หรือยัง...

นอกจากนี้ สิ่งที่ยังสะท้อนใจมากก็คือ แม้ว่าวันนี้ปัญหาวัณโรคถูกลดลงไปแล้ว แต่โครงสร้างอัตรากำลังของ "กองวัณโรค" เดิม กลับถูกลดฐานะลงเหลือเพียง "กลุ่มวัณโรค" สังกัดกลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ลดลงอย่างมาก การบริหารจัดการมีข้อจำกัดมากมาย เราทำเสมือนหนึ่งว่า วันนี้วัณโรคกำลังจะหมดไปจากสังคมไทยแล้ว... นี่ยังไม่กล่าวถึงว่า ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรคทั้งส่วนที่เป็นแพทย์, พยาบาล, นักวิชาการและเจ้าหน้าที่อื่นๆ จะลดน้อยถอยลงเรื่อยๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค)... ปัญหาวัณโรคมากขึ้น แต่โครงสร้างอัตรากำลังลดลงสวนทางกัน... สะท้อนอย่างชัดเจนว่า ที่ผ่านมาระบบการจัดการความรู้หรือ KM กันอย่างไร แล้วต่อไปจะ KM กันไปทางไหน ...

สรุป

ปัญหาวัณโรคที่ยังถูกลดลงไม่หยุดหย่อนในเมืองไทย สวนทางกับแนวทางการทำ DOT ที่มุ่งเน้นใช้ญาติผู้ป่วยเป็นหลักและโครงสร้างอัตรากำลังด้านวัณโรคที่ถดถอยลงของกรม สะท้อนอย่างชัดเจนว่า ที่ผ่านมาระบบการจัดการความรู้ ซึ่งกรมวิชาการต้องใช้อยู่ตลอดเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด บทเรียนนี้ใช้ได้กับการจัดการความรู้สมัยใหม่ได้หรือไม่...

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. 2541. แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการควบคุมวัณโรคตามแนวทางใหม่ประเทศไทย และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับเขตและจังหวัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. 2544. ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT?. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2544; 22:195-198.
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. 2548. หลักการควบคุมวัณโรค ประสพการณ์ 10 ปี. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์เม็ดทราย. พิมพ์ครั้งที่ 2: เมษายน 2548.
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ, ชลดา ยวนแหล, ผกาวัลย์ แดหว่า. 2545. การดำเนินงาน DOT (Directly

-Observed Treatment) โดยมอบหมายการเป็นพี่เลี้ยงให้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย: รูปแบบของศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2542-2543. สงขลานครินทร์ เวชสาร 2545;20(2):69-78.

พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. 2548. การดำเนินงานควบคุมวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และไม่มอบหมายให้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง. นำเสนอปากเปล่าข้อเสนอแนะทางวิชาการที่นำไปกำหนดนโยบาย ในการสัมมนาวิชาการ กรมควบคุมโรค ประจำปี 2548 วันที่ 1 กันยายน 2548 ณ จังหวัดภูเก็ต. (Download ได้จาก www.geocities.com/phanchai)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1994. **Improving Patient Adherence to Tuberculosis Treatment.** Revised 1994.

World Health Organization (WHO). 1999. **What is DOTS? - A Guide to Understanding the WHO-Recommended TB Control Strategy Known as DOTS.** WHO/CDS/CPC/TB/99.270.

World Health Organization (WHO). 2003. **Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes.** Italy: Jotto Associati s.a.s.-Biella-Italy. WHO/CDS/TB/2003.313.

World Health Organization (WHO). 2006. **The Stop TB Strategy.** WHO/HTM/STB/2006.37.