แนวทางการประกันคุณภาพการควบคุมวัณโรค สำหรับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ

พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ

คำนำ

เอกสารแนวทางการประกันคุณภาพการควบคุมวัณโรคสำหรับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพฉบับนี้ จัดทำเป็นเอกสารอิเล็คโทรนิค (E-document) มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลต่างๆ ใช้เป็น **"แนวทาง"** ในการพัฒนาการประกันคุณภาพด้านวัณโรค ผู้เขียนพยายามนำเสนอประเด็นต่างๆ ขึ้นมาโดยแนวคิดของการควบคุมวัณโรคให้ดีที่สุด โดยอิงหลักการสากลเท่าที่ผู้เขียนทราบ ซึ่งอาจแตกต่างไปบ้างจากวิถีการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทยในปัจจุบัน แต่ประเด็นต่างๆ ทั้งหมดนี้ ท่านผู้อ่าน**ยังสามารถคัดเลือก, ปรับปรุง และเพิ่มเติมได้โดยอิสระ** โดยใช้วิจารณญาณของทีมงาน HA ร่วมกับทีมงานวัณโรคของโรงพยาบาลเอง แต่**ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดของการควบคุมวัณโรคให้ได้**

เนื้อหาส่วนหนึ่งในประเด็นต่างๆ ได้จากความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมในเวทีวัณโรคหลายครั้งที่ผ่านมาในช่วงปีงบประมาณ 2547 - 2548 ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ผู้เขียนไม่สามารถนำเสนอรายละเอียดปลีกย่อยทั้งหมดสำหรับทุกประเด็นได้ ทีมงานของโรงพยาบาล อาจศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสารอ้างอิงที่ให้ไว้ หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญวัณโรคท่านอื่นๆ ได้

อนึ่ง ผู้เขียนจะพยายามปรับปรุงเนื้อหาต่างๆ เพิ่มเติมให้ดีขึ้นในโอกาสต่อๆ ไป

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้ คงเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางาน HA ด้านวัณโรคบ้างไม่มากก็น้อย

พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ

นายแพทย์ 9 วช ด้านเวชกรรมป้องกัน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

www.geocities.com/phanchai

22 กุมภาพันธ์ 2549.

สารบัญ

	หน้า
คำย่อ	4
หลักการควบคุมวัณโรค	6
แนวทางการใช้ประเด็น HA ด้านวัณโรค	8
ประเด็น HA ด้านวัณโรค	9
ก. การตอบสนองเชิงนโยบาย (Political Commitment)	10
ข. การตรวจเสมหะ AFB (Smear Microscopy) และการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค	12
ค. การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นโดยการทำ DOT (SCC with DOT)	14
ง. ยาวัณโรค (TB Drugs)	16
จ. ระบบทะเบียนและรายงานวัณโรค (TB Recording and Reporting System)	17
ฉ. การผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV Integration)	18
ช. ผลลัพธ์การดำเนินงานวัณโรค (TB Outcomes)	19
เอกสารอ้างอิง	20

คำย่อ

อสม. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

AFB Acid-fast bacilli

เชื้อติดสีทนกรด

DOT Directly-observed treatment

การรักษาด้วยการสังเกตโดยตรง หรือ การมีพี่เลี้ยงกำกับดูแลการรับประทานยาต่อหน้า

DOTS Directly-Observed Treatment, Short-course

เป็นชื่อกลยุทธ์การควบคุมวัณโรคที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ

EQA External quality assessment

การประเมินคุณภาพจากภายนอก

HA Hospital accreditation

การประกันคุณภาพโรงพยาบาล

HIV Human immunodeficiency virus

เชื้อไวรัสเอดส์

HTC Hospital TB coordinator

ผู้ประสานงานวัณโรคของโรงพยาบาล

LSN Laboratory serial number

ลำดับเลขที่ชันสูตรเสมหะ

NTP National TB Programme

แผนงานวัณโรคแห่งชาติ

SCC Short-course chemotherapy

ระบบหรือสูตรยารักษาวัณโรคระยะสั้น

TB Tuberculosis

วัณโรค

VCT Voluntory counselling and testing

บริการให้คำปรึกษาด้านโรคเอดส์เพื่อตรวจเลือดโดยสมัครใจ

หลักการควบคุมวัณโรค

การเขียนประเด็นการดำเนินงานวัณโรคในเอกสารฉบับนี้ ได้พยายามอิงกับหลักการควบคุมวัณโรคที่เป็นสากลให้มากที่สุด สำหรับท่านที่สนใจรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับหลักการควบคุมวัณโรคแต่ละข้อนั้น สามารถศึกษาได้จากเอกสารต่างๆ ในเอกสารอ้างอิงที่ให้ไว้ได้

หลักการควบคุมวัณโรคที่สำคัญๆ ซึ่งนำมาใช้ประกอบการเขียนนำเสนอประเด็นการดำเนินงานวัณโรคในเอกสารฉบับนี้ ได้แก่

1. DOTS เป็นกลยุทธ์เดียวในการควบคุมวัณโรคให้สำเร็จในปัจจุบัน
2. DOT เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในกลยุทธ์ DOTS
3. DOT เป็นมาตรฐานการรักษาวัณโรค (The standard of care)
4. ผู้ป่วยวัณโรคมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะได้รับบริการ DOT ที่มีคุณภาพ
5. การไม่ทำ DOT หรือทำ DOT ที่ไม่มีคุณภาพ เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยวัณโรคและของชุมชน
6. เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมีความเหมาะสมที่สุดในการทำ DOT
7. สัดส่วนของการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพควรทำให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 90
8. การทำ DOT โดย อสม. ที่เชื่อถือได้ ใช้ในกรณีที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น
9. การทำ DOT โดยญาติผู้ป่วย ไม่ถือว่าเป็นการทำ DOT
10. การทำ DOT ที่ดีต้องอาศัยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered)
11. เมื่อไรที่ผู้ป่วยรับประทานยาไรแฟมปิซิน เมื่อนั้นต้องทำ DOT ที่ถูกต้องเสมอ
12. การรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายเป็นความรับผิดชอบของระบบสุขภาพ ไม่ใช่ของผู้ป่วยเอง
13. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ (New smear-positive) มีความสำคัญมากที่สุดในการควบคุมวัณโรค
14. การรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพมีความสำคัญกว่าการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุก
15. การรักษาผู้ป่วยวัณโรคในครั้งแรกมีความสำคัญมากที่สุด
16. การตรวจเสมหะ AFB มีความสำคัญกว่าเอกซเรย์ปอดทั้งในแง่การวินิจฉัย, กำกับติดตามการรักษา และการประเมินผลการรักษาวัณโรค

17.ยาวัณโรค โดยเฉพาะไรแฟมปิซิน จะไม่ถูกเก็บไว้ที่ผู้ป่วย จะให้ผู้ป่วยเมื่อมารับประทานยาต่อหน้าเท่านั้น (ไม่ให้ผู้ป่วยวัณโรคถือยาไปเอง)

18.การรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หาย ถือเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด

19.การรับประทานยาอย่างถูกต้องจริงของผู้ป่วยวัณโรค สำคัญกว่าการบรรลุเป้าหมายอัตราการรักษาหาย

20.การรักษาผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จเพื่อการควบคุมวัณโรคให้ได้ ต้องให้การรักษาแบบ Intensive TB case management

แนวทางการใช้ประเด็น HA ด้านวัณโรค

การใช้ประเด็นด้านวัณโรคสำหรับการทำ HA ในเอกสารฉบับนี้ ให้ถือว่า แต่ละประเด็นจะผ่านการประเมินเมื่อได้ทำได้ตามรายละเอียดเต็มรูปแบบทั้งหมดในประเด็นนั้นๆ แล้ว (***Y*** = yes) แต่ถ้าหากมีการปฏิบัติบ้างแล้วแต่ยังไม่เต็มรูปแบบ ถือว่ามีการปฏิบัติแล้วบางส่วน (***P*** = partial) ส่วนประเด็นที่ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ เลย ถือว่า ไม่มีหรือไม่ได้ทำ (***N*** = no) ดังตัวอย่างข้างล่างนี้

ลำดับ	*ประเด็น*	*Y*	*P*	*N*	*หมายเหตุ*
	ประเด็นด้านการตอบสนองเชิงนโยบาย				
1	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานควบคุมวัณโรคฯ		/		
2	มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานวัณโรคฯ	/			
3	แพทย์ได้รับการอบรมตาม NTP			/	
4					

ประเด็นต่างๆ ทั้งหมดนี้ ทีมงาน HA และ ทีมงานวัณโรคของโรงพยาบาล ควรประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณา**คัดเลือก, ปรับปรุงและเพิ่มเติม**ประเด็นให้มีความเหมาะสมที่สุดกับสภาพที่เป็นอยู่โรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ แต่ต้องตั้งอยู่บน**พื้นฐานแนวคิดของการควบคุมวัณโรคให้ประสบความสำเร็จ** เมื่อได้ประเด็นที่เหมาะสมแล้ว ก็สามารถนำใช้เป็น**เครื่องมือในการประเมินภายในโรงพยาบาลเองเพื่อการพัฒนา HA ด้านวัณโรค**เป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม เพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงานวัณโรค และควรมีข้อเสนอแนะภายหลังการประเมินภายในแต่ละครั้งเพื่อการปรับปรุงงานวัณโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ประเด็น HA ด้านวัณโรค

ก. การตอบสนองเชิงนโยบาย (Political Commitment)

ข. การตรวจเสมหะ AFB (Smear Microscopy) และการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

ค. การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นโดยการทำ DOT (SCC with DOT)

ง. ยาวัณโรค (TB Drugs)

จ. ระบบทะเบียนและรายงานวัณโรค (TB Recording and Reporting System)

ฉ. การผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV Integration)

ช. ผลลัพธ์การดำเนินงานวัณโรค (TB Outcomes)

ก. การตอบสนองเชิงนโยบาย (Political Commitment)

1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานควบคุมวัณโรค และมีการประชุมคณะกรรมการนี้อย่างสม่ำเสมอร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายบริการสุขภาพและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 2 เดือน
2. มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานวัณโรคขึ้นเป็นการเฉพาะของโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดบทบาทกิจกรรมและแนวทางการประสานงานของหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลด้วย
3. แพทย์ประจำโรงพยาบาลทุกคน ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรค ได้รับการอบรมตามหลักสูตร NTP
4. มีเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคหรือผู้ประสานงานวัณโรคของโรงพยาบาล (HTC) ที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร NTP[1] อย่างน้อย 2 คน โดยเป็นผู้รับผิดชอบหลักอย่างน้อย 1 คนและผู้ที่สามารถทำหน้าที่แทนได้อีกอย่างน้อย 1 คน
5. เจ้าหน้าที่ชันสูตรที่ทำหน้าที่ตรวจเสมหะ AFB ทุกคน ได้รับการอบรมตามหลักสูตร NTP
6. เจ้าหน้าที่ทุกคนในเครือข่ายบริการสุขภาพ (ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย) ได้รับการอบรมตามหลักสูตร NTP
7. มีการจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอสำหรับการดำเนินงานวัณโรคแต่ละปี[2]
8. มียานพาหนะพร้อมเสมอสำหรับการจัดส่งยาวัณโรคและสำเนาบัตรการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจากโรงพยาบาลไปหน่วยงานภายในเครือข่ายบริการสุขภาพและหน่วยงานภายนอกอื่นๆ ที่ทำ DOT ให้ผู้ป่วยทุกราย
9. มีการจัด DOTS Meeting ทุก 1 เดือน โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
10. มีการจัดทำแผนงานประจำเดือนสำหรับการนิเทศงานวัณโรคเฉพาะกิจจากโรงพยาบาลไปยังเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยมีการนิเทศงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างน้อยร้อยละ 90 และมีการจัดทำ

---

1 หลักสูตรอบรมโดยใช้ชุดการเรียนรู้จำนวน 10 เล่ม ระยะเวลาการอบรม 4-5 วัน

2 ยารักษาวัณโรคเม็ดรวมหลายขนาน, วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์สำหรับการตรวจเสมหะ AFB, ผ้าเช็ดหน้าสำหรับผู้ป่วย/ผู้มีอาการไอที่สงสัยว่าอาจเป็นวัณโรค, การให้การช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ผู้ป่วยวัณโรคที่ยากจน, การจัด DOTS Meeting, การนิเทศงานวัณโรคเฉพาะกิจในเครือข่าย, การจัดสื่อประชาสัมพันธ์ด้านวัณโรค, การสนับสนุนงบประมาณในการเข้าร่วมประชุม/สัมมนาด้านวัณโรค

รายงานผลการนิเทศงานทุกครั้งที่ออกนิเทศงาน เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือประธานคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานควบคุมวัณโรค

11.มีการจัดตั้ง "ศูนย์ประสานงานวัณโรค" ของโรงพยาบาล โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำอย่างน้อย 1 คนทุกวัน (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) เพื่อทำหน้าที่ประสานงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล

12.มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีด้านวัณโรค และมีการจัดทำแผนงานล่วงหน้าอย่างน้อย 3 – 5 ปี โดยมีความคลอบคลุมกิจกรรมที่จำเป็นทั้งหมดด้านการควบคุมวัณโรค

13.มีการจัดทำแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล และมีการดำเนินการทุกกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม

ข. การตรวจเสมหะ AFB (Smear Microscopy) และการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

1. มี "บริการช่องทางด่วน" สำหรับการตรวจวินิจฉัยผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการไอมากกว่า 2 สัปดาห์ ได้รับการส่งตรวจเสมหะ AFB
3. มีสถานที่สำหรับขากเสมหะเฉพาะที่เหมาะสม[3] สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
4. ใช้ใบส่งตรวจชันสูตรเสมหะตามแนวทางของ NTP สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
5. มีกล้องจุลทรรศน์แบบ 2 ตาสำหรับการตรวจเสมหะ AFB และอยู่ในสภาพใช้งานได้ดี
6. มีวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์สำหรับการตรวจเสมหะ AFB[4] อย่างเหมาะสมและเพียงพอ
7. เขียน LSN ที่ตัวตลับเสมหะและบนแผ่นกระจกสไลด์
8. เทคนิคการป้าย, ย้อมสี, อ่านผลและรายงานผลเสมหะ AFB เป็นไปตามแนวทางของ NTP
9. มีกล่องเก็บสไลด์อย่างเพียงพอเพื่อจัดเก็ดสไลด์สำหรับทำ EQA
10. ทำทะเบียนชันสูตรเสมหะ AFB ที่ถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ตามแนวทางของ NTP สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
11. ผู้ป่วยที่มีอาการน่าสงสัยวัณโรคและผลการตรวจเสมหะ AFB เป็นลบ ได้รับการตรวจเสมหะ AFB ครบอย่างน้อย 3 ตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90
12. ผู้ป่วยที่มีเสมหะ AFB เป็นบวกทุกรายได้รับการจัดการที่เหมาะสม[5]
13. ใช้แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการส่งต่อวิธี refer หรือ transfer ตามแนวทางของ NTP[6]
14. มีการทำทะเบียนการส่งต่อ (Transfer/Refer) ผู้ป่วยวัณโรคอย่างถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ตามแนวทางของ NTP
15. การวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก (New smear-positive) ทุกราย ได้รับการวินิจฉัยตามแนวทางของ NTP

---

3 อยู่นอกอาคารโดยเป็นสัดส่วนเฉพาะไม่ปะปนกับการทำกิจกรรมอื่นๆ , มีอากาศถ่ายเทสะดวก, แสงแดดส่องถึง

4 ได้แก่ สีย้อมเสมหะ AFB, กระจกสไลด์ริมฝ้า, ตลับเสมหะฝาเกลียว

5 ขึ้นทะเบียนรักษา, ส่งต่อ (Refer) หรือการจัดการอื่นๆ ที่เหมาะสม

6 อาจใช้ร่วมกับใบส่งต่อผู้ป่วยทั่วไปของโรงพยาบาล หากมีโรคอื่นร่วมหรือมีข้อมูลรายละเอียดอื่นๆ ที่ต้องให้ไปด้วย

16.ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบ (Smear-negative) ทุกรายได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสม[7]

17.มีการเก็บสไลด์เสมหะ AFB ทุกแผ่นไว้ตามแนวทาง NTP อย่างน้อย 1 รอบ 4 เดือน เพื่อการทำ EQA

18.มีผลการทำ EQA ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ไม่เกิน 1 ปี

7 มีผลตรวจเสมหะ AFB เป็นลบอย่างน้อย 3 ตัวอย่าง, มีภาพเงารังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคระยะลุกลาม (Active TB), ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้าง 1 ครั้ง (1 Course) และแพทย์ตัดสินให้การรักษาวัณโรคตามระยะสูตรยารักษา (Full course)

ค. การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นโดยการทำ DOT (SCC with DOT)

1. มีสถานที่เหมาะสมและอากาศถ่ายเทสะดวกสำหรับคลินิกวัณโรค
2. มีการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกรายทันที อย่างถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายได้รับการรักษาตามแนวทางของ NTP (ยกเว้น ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องปรับสูตรยาให้เหมาะสม เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางยา)
4. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะบวกทุกราย (New smear-positive) ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพหรือ อสม. ที่เชื่อถือได้[8] อย่างน้อยในการรักษาระยะเข้มข้นระยะแรก และในการรักษาระยะต่อเนื่องสำหรับรายที่ใช้สูตรยาที่มีไรแฟมปิซิน
5. ผู้ป่วยวัณโรคประเภทอื่นๆ (นอกเหนือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะบวก) ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพหรือ อสม. ที่เชื่อถือได้ อย่างน้อยเมื่อใช้สูตรยาที่มีไรแฟมปิซิน
6. มี DOT corner อยู่ในสถานที่เหมาะสม[9] ที่โรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ ซึ่งเปิดให้บริการผู้ป่วยวัณโรคทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ
7. จัดทำบัตรการรักษาวัณโรค (TB treatment card) สำหรับผู้ป่วยวัณโรคทุกรายอย่างถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ และทำสำเนาอีก 1 ฉบับส่งให้กับหน่วยงานที่ทำ DOT ให้ผู้ป่วยวัณโรค
8. จัดส่งยาวัณโรคและสำเนาบัตรการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยแต่ละราย จากโรงพยาบาลไปถึงหน่วยงานภายในเครือข่ายบริการสุขภาพและหน่วยงานภายนอกอื่นๆ ที่ทำ DOT ภายใน 1 วัน โดยไม่ให้ผู้ป่วยหรือญาติถือยาไปเอง
9. มีการใช้บัตร DOT (DOT card) อย่างถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายที่ทำ DOT โดย อสม. ที่เชื่อถือได้
10. มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคและ อสม. ที่เป็นพี่เลี้ยง ตามเกณฑ์แนวทางของ NTP ในกรณีที่ทำ DOT โดย อสม. ที่เชื่อถือได้
11. ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้รับการทำ DOT โดยพยาบาล

---

8 มีความอาวุโสหรือเป็นที่ยอมรับของชุมชน และมีความเข้าใจในเรื่องการทำ DOT เป็นอย่างดี

9 มีอากาศถ่ายเทสะดวก แต่มิดชิดเป็นความส่วนตัวของผู้ป่วยที่กำลังรับประทานยาวัณโรค, เก็บยาไว้ในสถานที่เหมาะสมไม่สัมผัสแสงแดดโดยตรง, มีอุปกรณ์พร้อมสำหรับการรับประทานยา ได้แก่ แก้วน้ำใช้ครั้งเดียวทิ้ง, อุปกรณ์ใส่น้ำดื่ม, น้ำดื่มสะอาด, ถังขยะ, อุปกรณ์สำหรับใส่ยาวัณโรค เช่น แก้วยาเล็ก

ทุกมื้อ และมีการวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสม[10] ภายในวันที่ได้รับการวินิจฉัยหรือรับไว้ทำการรักษาในโรงพยาบาล

12.ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายและญาติ ได้รับความรู้เรื่องการรักษาวัณโรคอย่างเหมาะสม

13.ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับบริการคัดกรองทางด้านสังคมสงเคราะห์ และได้รับการช่วยเหลือตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม

14.มีการใช้บัตรนัดผู้ป่วยวัณโรคและมีระบบตรวจสอบผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มารับการรักษาตามนัดหรือไม่มารับบริการ DOT และเจ้าหน้าที่ได้มีการออกติดตามผู้ป่วยภายใน 1 วัน

15.สำเนาบัตรการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของหน่วยงานที่ทำ DOT ให้ผู้ป่วย ได้รับการกรอกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง, ถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

10 รวมถึงการประสานงานกับเครือข่ายบริการสุขภาพหรือหน่วยงานภายนอก เพื่อการทำ DOT อย่างต่อเนื่อง

ง. ยาวัณโรค (TB Drugs)

1. ยาวัณโรคไม่ขาดแคลนและมีคุณภาพดี
2. ยาวัณโรคไม่หมดอายุและไม่เสื่อมสภาพ
3. สถานที่จัดเก็บยามีความเหมาะสม
4. มีการจัดลำดับการจัดเก็บและการใช้ยาวัณโรคอย่างเหมาะสม[11]
5. มีการใช้ยารวมหลายขนาน (Fixed-dose combination drugs) อย่างน้อยร้อยละ 90
6. มีการทำ Daily packet สำหรับผู้ป่วยวัณโรคทุกราย โดยงานเภสัชกรรม
7. มีระบบเฝ้าระวังติดตามอาการไม่พึงประสงค์ทางยาจากการรักษาวัณโรค

11 เก็บยาวัณโรคที่มีวันหมดอายุก่อนไว้ด้านนอกเพื่อใช้ก่อน ส่วนยาวัณโรคที่หมดอายุหลังไว้ด้านในตามลำดับ ยาวัณโรคที่มีวันหมดอายุหลังสุดไว้ด้านในสุดของที่เก็บยา

จ. ระบบทะเบียนและรายงานวัณโรค (TB Recording and Reporting System)

1. โรงพยาบาลจัดทำทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค อย่างถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
2. หน่วยงานที่ทำ DOT จัดทำสำเนาทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค อย่างถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
3. โรงพยาบาลจัดทำรายงานวัณโรคทุกฉบับได้ถูกต้อง, ครบถ้วนสมบูรณ์และส่งทันเวลาตามกำหนดในแนวทางของ NTP
4. โรงพยาบาลจัดทำรายงานผู้ป่วยวัณโรคในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาได้ถูกต้อง, ครบถ้วนสมบูรณ์ และส่งทันเวลาตามกำหนด
5. โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์รายงานวัณโรคทุกงวดและนำเสนอผู้อำนวยการหรือประธานคณะทำงานเพื่อดำเนินงานควบคุมวัณโรค

ฉ. การผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV Integration)

1. ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ได้รับบริการ VCT อย่างเหมาะสม
2. ผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ทุกรายได้รับการคัดกรองวัณโรคอย่างเหมาะสม
3. มีการคัดกรองวัณโรคปอดสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกรายที่มาทำกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกครั้ง
4. มีการให้และทบทวนความรู้เรื่องวัณโรคในการทำกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกครั้ง

ช. ผลลัพธ์การดำเนินงานวัณโรค (TB Outcomes)

1. อัตราการรักษาหายในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ (New smear-positive) อย่างน้อยร้อยละ 85
2. อัตราการกลับเป็นลบของเสมหะในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้ออย่างน้อยร้อยละ 85
3. อัตราการรักษาล้มเหลวในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อไม่เกินร้อยละ 4
4. อัตราการขาดการรักษารวมกับอัตราการส่งต่อที่ยังไม่ทราบผลการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อน้อยกว่าร้อยละ 10

เอกสารอ้างอิง

1. ปฐมา วรดี, พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. **การศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคที่มากินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช.** สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2545

2. พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. **รายงานการประเมินผลการรักษาตามแนวทางองค์การอนามัยโลกของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะแพร่เชื้อซึ่งขึ้นทะเบียนรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2536-2538.** วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ 2541; 12: 8-14.

3. พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. **การศึกษาการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะบวกโดยวิธี REFER จากศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ไปยังโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช.** วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2543; 21: 183-194.

4. พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. **ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT?.** วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2544; 22: 195-198.

5. พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ, ชลดา ยวนแหล, ผกาวัลย์ แดหวา. **การดำเนินงาน DOT (Directly -Observed Treatment) โดยมอบหมายการเป็นพี่เลี้ยงให้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย: รูปแบบของศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2542-2543.** สงขลานครินทร์เวชสาร 2545; 20(2): 69-78.

6. พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. **หลักการควบคุมวัณโรค ประสบการณ์ 10 ปี.** พิมพ์ครั้งที่ 1. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์เม็ดทราย, 2547.

7. Centers for Disease Control and Prevention, United States of America. **Improving Patient Adherence to Tuberculosis Treatment.** Revised 1994.

8. Reichman LB, Hershfield ES, Editors. **Tuberculosis – a Comprehensive International Approach.** 2nd Edition. New York: Marcel Dekker, 2000.

9. World Health Organization. **Guidelines for the Management of Drug-Resistant Tuberculosis. 1997.** WHO/TB/96.210 (Rev.1).

10.World Health Organization. **Tuberculosis Handbook.** Italy: 1998. WHO/TB/98.253.

11.World Health Organization. **Guidelines for Establishing DOTS-Plus Pilot Projects for the Management of Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB).** Italy: 2000. WHO/CDS/TB /2000.279.

12.World Health Organization. **Treatment of Tuberculosis – Guidelines for National Programme. 2003.** WHO/CDS/TB/2003.313.

13.World Health Organization. **Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2005.** 2005. WHO/HTM/TB/2005.349.

14.World Health Organization. **TB/HIV: A Clinical Manual.** Second edition. China: 2004. WHO /HTM/TB/2004.329.

15.World Health Organization - Regional Office of South-East Asia. **Report on a Monitoring Mission to Thailand National Tuberculosis Programme.** 1998.

16.World Health Organization - Regional Office of South-East Asia. **Report on a Monitoring Mission to Thailand National Tuberculosis Programme.** 1999.

17.World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. **Supervising TB Control Activities: Guidelines and a Checklist.** 1999. SEA/TB/220.

18.World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. **Regional Strategic Plan on HIV/TB.** 2003.