

หลักการควบคุมวัณโรค: ประสพการณ์ 10 ปี

พันธัชย รัตนสุวรรณ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ หลักการควบคุมวัณโรค: ประสบการณ์ 10 ปี
Title Principles of Tuberculosis Control: A Ten-Year Experience

ผู้เขียน พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ
Author Phanchai Rattanasuwan

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2547
จำนวน 200 เล่ม
งบประมาณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ISBN 974-297-329-6 (ในการจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มอย่างเป็นทางการ)

จัดทำเป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic book หรือ E-book) ครั้งที่ 1 วันที่ 13 มีนาคม 2549

The pure and simple truth is rarely pure and never simple.

- Oscar Wilde*

... 'the normal patient is the one who defaults'.

(Rouillon A. Problem in organizing effective ambulatory treatment of tuberculosis patients. Bull Int Union Tuberc 1972; 47:68-83.) *

* Pope D S, Chaisson R E. TB treatment: as simple as DOT?. Int J Tuberc Lung Dis 2003; 7(7): 611-615.

คำนำ

โรคภัยยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ การควบคุมโรคในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย จึงเป็นความท้าทายที่สำคัญสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย การพิจารณาทำความเข้าใจกับหลักการควบคุมให้ต้องแท้ แล้วนำมาปรับเป็นการปฏิบัติให้ถูกต้องจึงมีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว หากเราสามารถควบคุมโรคได้ จะสามารถประหยัดงบประมาณแผ่นดินในอนาคตสำหรับส่วนที่ต้องใช้ในการควบคุมโรคที่จะไม่เกิดปัญหาอีก และคนไทยโดยเฉพาะเด็กไทยก็ไม่จำเป็นต้องติดเชื้อและป่วยเป็นโรคอีกต่อไป

หลักการควบคุมโรคในหนังสือเล่มนี้ เขียนขึ้นโดยผสมผสานความรู้ระหว่างทฤษฎีและคำแนะนำขององค์กรนานาชาติต่างๆ ร่วมกับประสบการณ์ตรงที่ได้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคมานานกว่า 10 ปี เพื่อให้ได้หลักการควบคุมโรคที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย โดยหวังว่าผู้อ่านจะสามารถนำไปปรับใช้เพื่อช่วยให้ควบคุมโรคในประเทศไทยให้ได้ดีต่อไป

เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาในการเตรียมต้นฉบับ อาจทำให้สำนวนการเขียนไม่สละสลวย และอาจมีเนื้อหาบางส่วนเยิ่นเย้อและซ้ำซ้อนกันบ้าง ผู้เขียนกราบขออภัยมา ณ ที่นี้ หากมีข้อเสนอแนะประการใด โปรดกรุณาเสนอไปที่ผู้เขียน จะเป็นพระคุณอย่างสูง เพื่อจะได้นำไปปรับปรุงในการเขียนครั้งต่อไป

พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ

2 กันยายน 2547.

คำนำ

ในโอกาสการจัดทำเป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book)

หลังจากที่ได้จัดพิมพ์หนังสือ "หลักการควบคุมวัณโรค: ประสบการณ์ 10 ปี" นี้ ในรูปเล่มตั้งแต่ พ.ศ. 2547 แล้ว ผู้เขียนยังมีความตั้งใจในการจัดทำเป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ หรือ E-book ขึ้นมาด้วย เพื่อให้มีการเผยแพร่อย่างกว้างขวางมากที่สุดในด้านแนวคิดและหลักการควบคุมวัณโรค ซึ่งผู้เขียนได้เน้นในการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นหลัก และไม่ทำ DOT โดยญาติผู้ป่วย ผู้สนใจสามารถ Download ได้จาก Web site ชื่อ www.geocities.com/phanchai อันเป็นการเผยแพร่ในโลกยุคการสื่อสารไร้พรมแดน การจัดทำในรูปแบบ E-book ครั้งนี้ ผู้เขียนได้ปรับปรุงในส่วนของ Fonts และเลขหน้าของเนื้อหาในสารบัญ ซึ่งแตกต่างจากการพิมพ์เป็นรูปเล่ม

ผู้เขียนหวังว่า การเผยแพร่ในรูปแบบ E-book จะช่วยลดข้อจำกัดของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ผู้สนใจที่จะควบคุมวัณโรคให้ได้จริงๆ ได้มีข้อมูลที่ช่วยเสริมในการตัดสินใจการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพสูงที่สุด

พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ

www.geocities.com/phanchai

13 มีนาคม 2549.

สารบัญ

	หน้า
คำย่อ	8
วัณโรค...ทำไมต้องแตกต่าง (TB: Why different?)	9
วัณโรคแตกต่างจากโรคอื่นอย่างไร	9
การรักษาวัณโรคแตกต่างจากการรักษาโรคอื่นอย่างไร	11
การวางแผนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างรอบคอบ	12
การรักษาและการควบคุมวัณโรค: มุมมองด้านสาธารณสุข	13
ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์มีความสำคัญที่สุดในการควบคุมวัณโรค	14
การตรวจย้อมสีเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์	15
การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงตั้งรับ (Passive case finding)	17
การป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาไรแฟมปีซิน	18
การรักษาผู้ป่วยวัณโรคในครั้งแรกมีความสำคัญที่สุด	20
ระบบสุขภาพ – ไม่ใช่ผู้ป่วย – ที่ต้องรับผิดชอบให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาหาย	21
ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT	23
แนวทางการจัดหาการรักษาวัณโรคแนวที่หนึ่ง	24
ยารักษาวัณโรค: ดาบสองคม	27
การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรค	29
มหัศจรรย์แห่ง DOT	30
DOT: มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค (the standard of care)	30
DOT: สิทธิของผู้ป่วยกับสิทธิของชุมชน	31
มิติของเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลการรับประทานยาต่อหน้า	32
ความน่าเชื่อถือของพี่เลี้ยง (Accountability)	33
การเข้าถึงบริการ DOT ของผู้ป่วยวัณโรค (Accessibility)	34
การยอมรับการรักษาด้วยวิธี DOT จากผู้ป่วย (Acceptability)	35

	หน้า
ความยั่งยืนและการพยากรณ์ได้ของการทำ DOT (Sustainability and predictability)	36
การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Patient care)	37
DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพกับโดยญาติผู้ป่วย: ความแตกต่างคนละชั่ว	38
ทำไม DOT โดยญาติผู้ป่วยจึงไม่เป็นที่ยอมรับ	40
DOT: Patient-centered service	42
DOT: ความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ	43
DOT: วัฒนธรรมใหม่ของชุมชน	44
DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในประเทศไทย...จำเป็นต้องทำและทำได้หรือไม่	45
สรุป	45
เอกสารอ้างอิง	46
ผู้เขียน	48

คำย่อ

DOT	Directly-Observed Treatment, Short-course
DOTS	Directly-Observed Treatment
E	ยาอีแธมบิวทอล (Ethambutol)
H	ยาไอโซไนเอซิด (Isoniazid)
MDR-TB	Multi-drug resistant tuberculosis
R	ยาไรแฟมปีซิน (Rifampicin)
S	ยาสเตร็ปโตมัยซิน (Streptomycin)
TB	วัณโรค (Tuberculosis)
Z	ยาไพราซิनाไมด์ (Pyrazinamide)
อสม.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หลักการควบคุมวัณโรค: ประสพการณ์ 10 ปี

วัณโรค...ทำไมต้องแตกต่าง (TB: Why different?)

การทำความเข้าใจว่าทำไมต้องให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญกับวัณโรค เป็นประเด็นและหลักการแรกที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมวัณโรคให้สำเร็จ เนื่องจาก หากเราไม่เข้าใจในประเด็นนี้ เราก็มักจะมีมุมมองว่า วัณโรคก็เหมือนกับโรคอื่นๆ และไม่มีอะไรแตกต่างกันเป็นพิเศษ การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ก็ควรจะกระทำเหมือนกับโรคอื่นๆ คือ การให้การดูแลรักษาร่วมไปกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มารับบริการที่คลินิกบริการทั่วไปได้ การรับยา ก็ให้ผู้ป่วยไปรอรับยาที่ห้องจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรมได้ การนัดมารับยาก็ควรจะมาได้เดือนละ 1 ครั้งหรืออาจนัดถี่หรือห่างกว่านั้นก็น่าจะได้แล้วแต่ความเหมาะสม หากผู้ป่วยจะมาหรือไม่มาตามนัด ก็ควรจะเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเอง ไม่น่าจะมีปัญหาอะไร...ท่านคิดอย่างนั้นหรือไม่...

วัณโรคแตกต่างจากโรคอื่นอย่างไร

โดยความเป็นจริงแล้ว วัณโรคเป็นโรคติดต่อ (Infectious disease) และเป็นโรคติดต่อ (Communicable disease) การแพร่กระจายจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งโดยทั่วไปเกิดจากการไอหรือจามของผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ซึ่งทำให้เกิดละอองฝอยของเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคแขวนลอยอยู่ในอากาศ เมื่อคนที่อยู่ใกล้ซัดหายใจเอาละอองฝอยดังกล่าวเข้าไปก็มีโอกาสก่อให้เกิดพยาธิสภาพภายในร่างกาย ทำให้มีการติดเชื้อและอาจมีการป่วยเป็นวัณโรคตามมา หากมีละอองฝอยเสมหะในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก ก็มักจะทำให้มีการติดต่อวัณโรคได้ง่ายขึ้นจากการแพร่กระจายทางอากาศที่คนเราหายใจกันอยู่ทุกวันนี้ ประกอบกับวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปโดยมีการเดินทางที่สะดวกสบายได้ทั่วโลกและมีสถานที่แออัดที่มีการถ่ายเทอากาศไม่สะดวกเกิดขึ้นอย่างมากมายโดยเฉพาะในบริเวณเมืองใหญ่ๆ ทำให้ความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคในปัจจุบันน่าจะสูงกว่าในอดีต และทุกคนในสังคมก็มักจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อวัณโรคได้ง่ายขึ้น ทำให้วัณโรคเป็นโรคที่แตกต่างจากโรคอื่นๆ ที่ไม่จำเป็นต้องแสวงหา ก็มีโอกาสดำรงเชื้อได้

โดยไม่รู้ตัว นอกจากนี้ ในปัจจุบันที่มียังมีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมากยังขาดการรักษาก่อนครบกำหนด และมีโอกาสเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา โดยเฉพาะวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multi-drug resistant tuberculosis หรือ MDR-TB) ที่รักษาให้หายได้ยากมาก ทำให้วัณโรคมีความน่ากลัวมากขึ้น เนื่องจากหากมีการติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานจากผู้ป่วย เมื่อป่วยก็จะป่วยด้วยเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานเช่นเดียวกัน ทำให้มีโอกาสรักษาให้หายได้ยากขึ้น ดังนั้น สิ่งที่น่ากลัวและน่าวิตกกังวลมากที่สุดในปัจจุบัน คือ การติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ไม่ใช่วัณโรคธรรมดา ผลกระทบจากผู้ป่วยวัณโรคจึงมีได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงตัวผู้ป่วยวัณโรคเท่านั้น แต่มีผลกระทบไปยังบุคคลรอบข้าง, ชุมชนและสังคมด้วย หากมีการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างเอาใจจริงเอาใจ จะสามารถหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ ผู้คนในสังคมก็ไม่จำเป็นต้องเสี่ยงที่จะติดเชื้อวัณโรคและไม่จำเป็นต้องป่วยด้วยวัณโรคอีกต่อไป เชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานก็จะมีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อยมาก ผลดีจะเกิดขึ้นทั้งต่อทั้งสุขภาพในระดับบุคคลและลดภาระทางเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมได้ด้วย เนื่องจากเราไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาวัณโรคอีกต่อไปในอนาคตและลดภาระของครอบครัวที่ไม่ต้องมีผู้ป่วยวัณโรคอีกด้วย การรักษาวัณโรคให้มีประสิทธิภาพจึงเป็นการลงทุนทางสังคมได้ทางหนึ่ง เพราะในอนาคต เราไม่จำเป็นต้องสิ้นเปลืองงบประมาณเพื่อการควบคุมวัณโรคอีก อย่างไรก็ตาม หากเราลงมือควบคุมวัณโรคอย่างจริงจังในวันนี้ วัณโรคจะไม่ใช่ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยอีกก็น่าจะใช้เวลาอีกหลายสิบปีข้างหน้า แต่หากไม่มีการควบคุมอย่างจริงจัง ปัญหาวัณโรคคงอยู่คู่กับคนไทยไปอีกนานแสนนาน การลงทุนและลงมือทำในวันนี้ จึงหวังผลเพื่อคนไทยรุ่นต่อๆ ไปด้วยอย่างแท้จริง

หากเปรียบเทียบกับโรคเอดส์ซึ่งถือว่าเป็นโรคติดต่อเช่นกัน แต่ทางที่ติดต่อมีลักษณะที่จำกัดค่อนข้างชัดเจน กล่าวคือ ติดต่อกันทางการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย, การสัมผัสทางเลือด (เช่น ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน) และการติดต่อทางแม่สู่ลูก ดังนั้น การดำเนินชีวิตตามปกติที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางติดต่อดังกล่าวจะไม่เสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ เราสามารถนั่งติดกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ได้โดยไม่ติดเชื้อโรคเอดส์จากเขา แต่หากเราหนึ่งติดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อ ก็มีโอกาสรiskที่จะรับเชื้อวัณโรคได้โดยไม่รู้ตัว และหากผู้ป่วยเป็นวัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนาน ก็จะเป็นอันตรายขึ้นอีก เพราะรักษาให้หายได้ยาก

ถ้าพิจารณาเปรียบเทียบกับโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ ก็จะได้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าโรคไม่ติดต่อเหล่านี้จำกัดขนาดปัญหาอยู่ที่ตัวผู้ป่วยเอง ไม่สามารถแพร่

กระจายโรคไปให้ผู้อื่นได้ หากผู้ป่วยขาดการรักษาหรือรับประทานยาไม่ถูกต้อง ก็จะเกิดปัญหาโรคแทรกซ้อนต่างๆ กับตัวผู้ป่วยเอง มิได้สร้างความทุกข์ทรมานด้านสุขภาพแก่คนอื่น แต่วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่มีโอกาสสร้างความทุกข์ทรมานด้านสุขภาพแก่ผู้สัมผัสใกล้ชิดได้

การรักษาวัณโรคแตกต่างจากการรักษาโรคอื่นอย่างไร

ความเข้าใจโดยทั่วไปของแพทย์และผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ ด้านสุขภาพ และน่าจะรวมถึงประชาชนด้วย มองว่าการรักษาวัณโรคก็น่าจะเหมือนกับการรักษาโรคอื่นๆ กล่าวคือ ผู้ป่วยควรรับประทานยาได้ด้วยตนเอง แพทย์ก็ตั้งความหวังไว้ว่าผู้ป่วยวัณโรคจะสามารถรับประทานยาได้ตามที่แพทย์สั่งในใบสั่งยา เมื่อยาหมดหรือใกล้หมดก็น่าจะมารับยาต่อไปรับประทานได้จนครบตามกำหนดการรักษา ดังนั้น แพทย์ก็มิต้องให้ความสนใจพิเศษแตกต่างใดๆ ไปจากผู้ป่วยโรคอื่นๆ แพทย์, ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ ด้านสุขภาพ รวมถึงประชาชนทั่วไปเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องรับผิดชอบตัวเองและต้องรักตัวเองแน่นอน ใครไม่รักตัวเองก็แยกไปเอง ไม่มีความจำเป็นต้องให้ความเอาใจใส่ใดๆ หากพิจารณาอย่างผิวเผิน ก็น่าจะเป็นอย่างนั้น แต่ในระบบการให้การดูแลรักษาวัณโรคในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อหน้าพี่เลี้ยง โดยพี่เลี้ยงที่ดีที่สุดต้องเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ (จะกล่าวต่อไป) เป็นความแตกต่างกันอย่างคนละสุดขั้วโลก บางท่านอาจตั้งคำถามว่าจะเป็นการยากกับผู้ป่วยวัณโรคเกินไปหรือไม่ที่ต้องทำอย่างนั้น คำถามนี้ก็ น่าจะทำความเข้าใจได้เพราะผู้ป่วยวัณโรคส่วนหนึ่งก็มีฐานะยากจน น่าสงสารและน่าเห็นใจพออยู่แล้ว ยังจะให้ผู้ป่วยต้องเดินทางทุกๆ วันไปรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่สถานบริการสุขภาพเป็นเวลานานตั้งอย่างน้อย 6 เดือน ดูจะเป็นเรื่องที่ยากเกินไปหรือไม่ ท่านคิดอย่างไรกับการดูแลรักษาวัณโรคที่ต้องดูแลเป็นพิเศษมากกันขนาดนี้ ทำไมไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตัวเอง ก็จะไม่ต้องมีเรื่องคิดให้ยุ่งยากวุ่นวายกันต่อไป...จริงหรือไม่...

เหตุผลที่ต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคเป็นพิเศษแตกต่างจากโรคอื่นๆ ได้แก่ เหตุผลที่ลักษณะของวัณโรคมีความแตกต่างจากโรคอื่นๆ ที่มีได้เป็นปัญหาจำกัดอยู่เฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นโรคที่ติดต่อได้ทางลมหายใจในอากาศที่เราหายใจอยู่ทุกวัน จึงมีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย, ชุมชน และสังคมโดยรวมด้วยดังกล่าวแล้ว เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ปัจจุบันเรามีระบบยารักษามาตรฐานแนวที่หนึ่ง (ใช้เวลารักษานาน 6 - 8 เดือน) ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ใน

การรักษาวัณโรคเป็นระบบยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเฉพาะระบบยาที่ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (New) ในรอบกว่า 30 ปีที่ผ่านมา ยังไม่มียาตัวใหม่ที่ได้รับการค้นพบและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพเทียบเคียงได้กับระบบยาที่มีอยู่ในปัจจุบันได้เลย การให้การรักษาในครั้งแรกจึงมีความสำคัญมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากผู้ป่วยจะมีโอกาสได้รับการรักษาให้หายได้สูงที่สุดในการรักษาครั้งแรกเท่านั้น หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง จะมีโอกาสที่จะไม่หายจากวัณโรค และมีโอกาสเกิดเชื้อวัณโรคื้อยาหลายขนานด้วย (ดูหัวข้อ “การรักษาผู้ป่วยในครั้งแรกมีความสำคัญที่สุด”)

แพทย์และผู้ให้การดูแลรักษาในที่มสุขภาพจึงต้องตระหนักว่าเราไม่มีระบบยารักษาวัณโรคเลือกหลายๆ ระบบซึ่งแตกต่างจากการรักษาโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง หรือแม้แต่ยาต้านไวรัสเอดส์ การลองให้ผู้ป่วยวัณโรคไปรับประทานยาเองในครั้งแรก แล้วเกิดข้อผิดพลาดขึ้นมา โอกาสแก้ตัวในครั้งหลังๆ จึงมีอยู่อย่างจำกัด และมีประสิทธิภาพการรักษาลดลงด้วย การไม่มีระบบยาที่มีประสิทธิภาพให้เลือกหลายๆ ระบบ เป็นข้อแตกต่างที่สำคัญจากการรักษาโรคอื่นๆ แพทย์และผู้ให้การรักษาคงจำเป็นต้องตระหนักอย่างยิ่งถึงประเด็นนี้

การวางแผนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างรอบคอบ

ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายมีความสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ ที่มีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคให้ผู้สัมผัสใกล้ชิดได้ถึงประมาณปีละ 10-15 คน การให้การรักษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยทุกๆ รายจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะสังคมจะได้รับประโยชน์อย่างมาก ในประสบการณ์ตรง พบว่ามีผู้ป่วยบางรายเท่านั้น (แต่เป็นจำนวนน้อย) ที่ไม่ยอมรับการรักษาในที่มให้การรักษาได้ให้คำอธิบายว่าต้องรับประทานยาต่อหน้าพี่เลี้ยงที่เป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพโดยผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางทุกๆ วันไปที่สถานบริการ เราจึงจำเป็นต้องใช้เวลาวางแผนการให้การรักษาสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้รอบคอบ โดยอาจต้องประสานกับนายจ้างของผู้ป่วยและผู้ให้ความช่วยเหลือด้านที่พักอาศัยรวมถึงอาหารการกินในระหว่างการรักษา เราจึงเห็นได้ว่า การให้ความเอาใจใส่เป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยวัณโรคทุกรายเป็นสิ่งที่จำเป็น การวางแผนการรักษาอย่างรอบคอบ แม้เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและทรัพยากร ก็เป็นสิ่งที่ต้องกระทำสำหรับผู้ป่วยบางราย เพราะคงไม่คุ้มพอที่จะให้ผู้ป่วยรับประทานยาเอง (โดยเฉพาะระบบยาที่มีไรแฟมพิซิน) โดยพยากรณ์ไม่ได้ว่าผู้

ป่วยจะรับประทานยาได้ถูกต้องหรือไม่อย่างไร เนื่องจาก หากผู้ป่วยรับประทานยาเองอย่างไม่ถูกต้อง จะเป็นปัญหาต่อชุมชนตามมาอย่างมาก

การรักษาและการควบคุมวัณโรค: มุมมองด้านสาธารณสุข

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์มักมีมุมมองที่เน้นหนัก ด้านการรักษาผู้ป่วย แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจึงมองผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้ป่วยรายหนึ่งที่ต้องรักษาให้หายจากโรค และมักจะปักใจเชื่อว่าผู้ป่วยจะสามารถรับประทานยาได้เองอย่างถูกต้องเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ จุดมุ่งหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในมุมมองมิตินี้ จึงมุ่งหมายเพียงให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาหายจากโรคเท่านั้น แต่ความเป็นจริงแล้ว ยังมีมุมมองอีกด้านหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยนอกจากเราจะมีจุดมุ่งหมายในการรักษาให้ผู้ป่วยวัณโรคหายจากโรคเช่นเดียวกับการรักษาผู้ป่วยโรคอื่นๆ แล้ว เรายังมุ่งหวังในการหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่แหล่งแพร่กระจายเชื้อหรือตัวผู้ป่วยเอง (Stop TB at the source), มุ่งหมายต้องการให้มีอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อย (Very low relapse rate) และยังต้องการให้ป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาวัณโรค โดยเฉพาะการดื้อยาหลายขนาน (Prevent the emergence of MDR-TB) หากผู้ป่วยวัณโรคสามารถรับประทานยาได้ถูกต้องอย่างจริงจัง ผู้ป่วยวัณโรคก็จะมีโอกาสหายจากโรคได้สูงจริง (มากกว่าร้อยละ 90 - 95), จะไม่แพร่กระจายเชื้อต่อไปอีก, โอกาสกลับเป็นซ้ำได้น้อย และมีโอกาสเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาได้น้อยมาก การไม่แพร่กระจายเชื้อวัณโรค, การไม่กลับเป็นซ้ำและไม่เกิดเชื้อดื้อยานี้จะช่วยลดปัญหาวัณโรคของชุมชนได้ด้วย ซึ่งเป็นมุมมองที่กว้างกว่ามุมมองด้านการรักษาให้หายเพียงอย่างเดียว นั่นคือ **มีมุมมองด้านสาธารณสุขเพื่อลดปัญหาของชุมชนและสังคมได้ด้วยนั่นเอง** นอกจากนี้ แม้ว่าผู้ป่วยวัณโรคบางรายที่รับประทานยาไม่ถูกต้อง จะมีโอกาสหายได้ แต่ก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง และเมื่อกลับเป็นซ้ำแล้ว ก็มีโอกาสเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาที่รักษาให้หายได้ยากด้วย ส่วนผู้ป่วยที่รับประทานยาได้อย่างถูกต้องจริง จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำน้อย แม้จะกลับเป็นซ้ำ เชื้อวัณโรคก็มักมีโอกาสดื้อยาได้น้อยกว่า ดังนั้น การรับประทานยาที่ถูกต้องจริง จึงมีความสำคัญและจำเป็นมากในการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย

มุมมองด้านสาธารณสุขมีความสำคัญมากต่อการควบคุมวัณโรค เพราะเป็นมุมมองที่มีจุดมุ่งหมายเพิ่มเติมกว่าการรักษาเช่นโรคอื่นๆ นั่นคือเรามีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัญหาวัณโรค จนสามารถ

กำจัดวัณโรคไม่ให้เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศในอนาคตต่อไป แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจึงควรพิจารณาถึงประเด็นมุมมองด้านสาธารณสุขนี้ด้วย ไม่มุ่งหวังเพื่อให้การรักษาเพียงอย่างเดียว เพื่อจะได้ทราบว่า ทำไมเราต้องทุ่มทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย...ทุก ๆ รายให้หายจากโรคให้ได้ เพื่อลดปัญหาวัณโรคต่อไป

มุมมองด้านการรักษา	มุมมองด้านสาธารณสุข
เพื่อรักษาให้หายจากโรค	เพื่อหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา

ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์มีความสำคัญที่สุดในการควบคุมวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ หรือผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ ถือได้ว่ามีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้สูงมากเนื่องจากสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่นๆ ที่สัมผัสใกล้ชิดได้ปีละประมาณ 10 – 15 คน ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะไม่พบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์สามารถแพร่กระจายเชื้อให้บุคคลใกล้ชิดได้เพียงปีละประมาณ 1 – 2 คนเท่านั้น ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยเสมหะ**พบเชื้อ** คือ ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะ**แพร่เชื้อ** การรักษาผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อให้หายจากโรค จะหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ (Stop TB at the source) เป็นการลดปัญหาวัณโรคลงไปในตัว เป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้จึงมุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อเป็นกลุ่มผู้ป่วยหลักที่ต้องรักษาให้หายนั่นเอง การรักษาผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อให้หายได้จริงจะมีผลกระทบต่อด้านระบาดวิทยาและด้านสาธารณสุข กล่าวคือ สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปยังบุคคลอื่น อันจะทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยวัณโรคลดลงได้และส่งผลให้ปัญหาวัณโรคลดน้อยลงไปได้ด้วย ขณะที่การรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะไม่พบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ (รวมถึงการรักษาผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดและผู้ป่วยวัณโรคเด็กที่มีโอกาสเสมหะพบเชื้อได้น้อย) จะมีผลกระทบต่อด้านระบาดวิทยาและด้านสาธารณสุขได้น้อยกว่า ดังนั้น หากต้องการจะควบคุมวัณโรคให้ได้ผล ไม่

ให้เป็นปัญหาต่อไป เราจำเป็นต้องให้ความสำคัญมากที่สุดกับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อให้ได้ รับการรักษาหายขาดจากโรคอย่างดีที่สุดโดยจำเป็นต้องทุ่มเทพยายามทุก ๆ อย่างที่มีอยู่มาใช้ให้ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มนี้ยิ่งเกิดประสิทธิภาพสูงที่สุด

การตรวจย้อมสีเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้การตรวจย้อมสีเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ เป็น เครื่องมือหลักสำหรับการวินิจฉัย, การควบคุมกำกับการรักษาและการประเมินผลการรักษา เนื่องจากมีค่าพยากรณ์บวก (Positive predictive value) ดีกว่า, ราคาถูกกว่าและทำได้รวดเร็วกว่าการ ตรวจเอกซเรย์ นอกจากนี้ยังไม่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการทำและการอ่านผล แต่เอกซเรย์ต้องใช้ เทคโนโลยีขั้นสูงราคาแพง, เจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญในการถ่ายเอกซเรย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการอ่านผล และแม้ว่าจะใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการอ่านผลเอกซเรย์ ก็ยังมีข้อจำกัดมากมายในการ แปลผล ดังนั้น ในแง่เทคนิคแล้ว การตรวจเสมหะมีความเหมาะสมมากกว่าเอกซเรย์ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา จึงให้น้ำหนักความสำคัญต่อผลของการตรวจเสมหะมากกว่าเอกซเรย์ กล่าว คือ จะเชื่อถือผลเสมหะโดยไม่ค่อยคำนึงถึงผลเอกซเรย์ว่าเป็นอย่างไร อันอาจจะเป็นเรื่องที่ แปลกประหลาดในความรู้สึกสำหรับแพทย์โดยทั่ว ๆ ไป ที่มักให้ความเชื่อถือกับเอกซเรย์มากกว่า แพทย์บางท่านถึงกับไม่ส่งตรวจเสมหะเพื่อวินิจฉัย และให้การรักษารักษาวัณโรค ซึ่งอาจไม่จำเป็น หรือมีโอกาสก่อให้เกิดความผิดพลาดเสียหายต่อผู้ป่วยตามมาได้ ผู้ป่วยอาจเสียโอกาสในการรักษา โรคอื่นๆ ที่เป็นอยู่อย่างทันที่และเหมาะสมไป ได้แก่ ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียอื่นๆ หรือโรค มะเร็งปอด ที่อาจมีความรุนแรงหรือแพร่กระจายมากขึ้นได้หากแพทย์ลองรักษาวัณโรคโดยไม่มีหลักฐานการตรวจเสมหะที่พบเชื้อและปล่อยให้ผ่านไป 1 – 2 เดือนแล้วค่อยประเมินผลว่าเป็นวัณโรคหรือไม่ แพทย์จึงควรระมัดระวังเป็นพิเศษในการให้การักษาผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยต้องตรวจสอบค้นเพิ่มเติมจนกว่าจะได้หลักฐานแน่ชัดจากชิ้นเนื้อหรือหลักฐานอย่างอื่นที่บ่งว่าเป็นวัณโรคหรือโรคอื่นๆ ในประสบการณ์เคยพบว่า แพทย์บางท่านให้การรักษา วัณโรคจากเอกซเรย์ที่มีเงาแผลในปอดโดยที่ผู้ป่วยมีลักษณะแข็งแรงและไม่มีอาการใดๆ ในระบบ ทางเดินหายใจเลย การให้การรักษาเช่นนี้ ผู้ป่วยก็จะเสียเวลาในการรับประทานยาโดยเปล่า

ประโยชน์และหากมีการแพ้ยาวัดโรค ก็จะไม่คุ้มค่าต่อการรักษาแต่อย่างใด แต่โดยความเป็นจริงแล้ว แผลที่พบน่าจะเป็นแค่ผื่นผืดเก่าในปอดที่อาจเกิดจากการอักเสบในอดีต

ประสบการณ์อย่างหนึ่งคือ การให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ หากต้องนำผู้ป่วยออกมาเอกซเรย์จะมีความยุ่งยากในทางปฏิบัติอย่างมากโดยเฉพาะด้านการรักษาความปลอดภัย จึงจำเป็นต้องวินิจฉัยโดยการตรวจเสมหะตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (ผลเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยไม่ต้องมีผลเอกซเรย์) และสามารถให้การรักษาจนครบและหายจากวัณโรคเป็นจำนวนมาก โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งเอกซเรย์เลย แพทย์ทั่วไปมักจะไม่นับเคยกับแนวทางการให้การรักษาเช่นนี้ โดยเฉพาะหากไม่ได้เอกซเรย์ผู้ป่วยด้วย แต่จริงๆ แล้วแพทย์สามารถให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน หากแต่แพทย์ต้องปรับทัศนคติ แนวคิดหรือมุมมองของเอกซเรย์กับวัณโรค ดังนั้น แม้ว่าเครื่องถ่ายเอกซเรย์ชำรุด แพทย์ก็ยังสามารถให้การวินิจฉัยและให้การรักษาวัณโรคได้ แพทย์หลายท่านโดยเฉพาะแพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคทรวงอกอาจไม่เห็นด้วย เพราะหากไม่เอกซเรย์ เมื่อผู้ป่วย (อาจพ้นโทษแล้ว) มาด้วยอาการของระบบทางเดินหายใจในครั้งใหม่ จะไม่มีเอกซเรย์เก่าเป็นพื้นฐานเปรียบเทียบกับเอกซเรย์ปัจจุบัน แต่ในความคิดเห็นส่วนตัวคือ ลักษณะของเงาในเอกซเรย์ปอดจะพอมีลักษณะที่บ่งชี้ได้ว่าเป็นแผลใหม่หรือเก่าได้ หากสงสัยโรคใดก็ค่อยหาหลักฐานประกอบการวินิจฉัยอื่นๆ มาช่วย เราจึงอาจต้องชั่งน้ำหนักความคุ้มค่ากับการพาผู้ต้องขังหรือนักโทษทุกคนออกมาทำเอกซเรย์เพื่อวินิจฉัยวัณโรคหรือติดตามประเมินผลการรักษาทุกๆ ครั้ง

ในประสบการณ์ บ่อยครั้งที่พบว่าผลเสมหะเป็นผลบวกลวง องค์การอนามัยจึงกำหนดให้การวินิจฉัยวัณโรคจำเป็นต้องใช้ผลเสมหะพบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไปหากไม่มีผลเอกซเรย์ประกอบในการปฏิบัติส่วนตัว เนื่องจากไม่ค่อยให้ความสำคัญกับผลเอกซเรย์ จึงใช้ผลเสมหะพบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง (แม้จะมีผลเอกซเรย์แล้วก็ตาม) จึงจะวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคเสมหะพบเชื้อทุกราย เพราะเกรงจะเกิดความผิดพลาดจากการอ่านเอกซเรย์และมีผลเสมหะเป็นผลบวกลวงด้วย

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงตั้งรับ (Passive case finding)

องค์การอนามัยโลกไม่แนะนำให้ใช้กลวิธีการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุก เนื่องจาก ไม่คุ้มทุนในการดำเนินการ อีกทั้งโดยทั่วไป ผู้ป่วยวัณโรคโดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์มักจะมีอาการหนักและจะมารับบริการที่สถานบริการด้านสุขภาพอยู่แล้ว แต่ปัญหาที่มักจะเกิดขึ้นคือ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพไม่สามารถให้การวินิจฉัยผู้ป่วยเหล่านี้ได้ เนื่องจากจะคิดถึงว่าผู้ป่วยรายใดน่าสงสัยว่าอาจจะเป็นวัณโรคก็ต่อเมื่อผู้ป่วยรายนั้นๆ ต้องมีอาการผอมแห้งและป่วยหนัก แต่ในประสบการณ์จริง กลับพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคหลายรายแม้แต่ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ มีลักษณะภายนอกค่อนข้างสมบูรณ์ ไม่ผอมและป่วยหนัก และเคยพบผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่งผลเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ 2+ แต่มีลักษณะอ้วนด้วยซ้ำไป ดังนั้น เราไม่สามารถใช้ลักษณะภายนอกของผู้ป่วยทุกรายในการสงสัยว่าผู้ป่วยรายใดอาจเป็นวัณโรคได้ เราจำเป็นต้องใช้เกณฑ์หรือคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในการคัดกรองว่าผู้ป่วยอาจเป็นวัณโรค คือ ผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ เป็นอาการหลักเพียงอาการเดียวในการคัดกรองในส่งไปตรวจเสมหะหาเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์

การไม่มีระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค มีโอกาสก่อให้เกิดปัญหาขึ้นได้น้อย 2 ประการ คือ เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยผู้ป่วย และเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานบริการด้านสุขภาพโดยไม่จำเป็น ในประสบการณ์เคยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายหนึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความล่าช้าในการวินิจฉัยนานถึง 3 เดือน ขณะที่ผู้ป่วยอีกรายหนึ่งที่เป็นชาวบ้านธรรมดา มีความล่าช้าในการวินิจฉัยถึง 7 เดือน ทั้งสองรายไปรับบริการจากสถานบริการด้านสุขภาพมาแล้วหลายแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน สะท้อนถึงความล่าช้าในการวินิจฉัยที่มีอยู่จากการไม่มีระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพสำหรับการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค การจัดตั้งระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพในสถานบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ การใช้เกณฑ์หรือคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในการซักประวัติเพื่อคัดกรองผู้ป่วย, การใช้การตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นเครื่องมือหลักในการวินิจฉัย, พยาบาลในโรงพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญและควรกำหนดให้มีบทบาทหลักในการคัดกรองทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และในหอผู้ป่วย, ต้องให้ความสำคัญลำดับสูงสุดกับผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยต้องมีการจัดการที่เหมาะสม, รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ภาพกับผู้ป่วยเสมอพบเชื้อทุกราย นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ชั้นสูตต้องรีบแจ้งผลการตรวจเสมหะให้สถานที่ส่งเสมหะมาอย่างรวดเร็วเพื่อลดระยะเวลาในการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานบริการโดยการรีบจัดการสภาพแวดล้อมได้ทันทั่วทั้ง การมีระบบคัดกรองผู้ป่วยเชิงตั้งรับนี้สามารถจัดให้มีขึ้นได้ทั้งในระดับโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งนี้ ต้องมีการจัดทำความตกลงให้เข้าใจกันเป็นอย่างดีระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายด้วย

การป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคคือยาไรแฟมพิซิน

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่ายาไรแฟมพิซินเป็นยารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดและยังไม่มียาใหม่ที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับยาไรแฟมพิซินได้เลย องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้รักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่รับประทายยาไรแฟมพิซินด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทายยาต่อหน้า หากไม่สามารถหาพี่เลี้ยงที่เหมาะสมได้ ก็ไม่ควรให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทายยาไรแฟมพิซิน แต่ควรพิจารณาให้ผู้ป่วยรับประทายยาในระบบอื่นๆ แทน หลักการนี้ องค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ในเอกสารขององค์การอนามัยโลกเองที่ตีพิมพ์เผยแพร่หลายเล่ม แต่ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ยังไม่ทราบหรือทราบแล้วแต่ยังไม่ตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากมีการใช้ไรแฟมพิซินอย่างไม่ถูกต้อง ประเทศไทยจึงควรกำหนดหลักการให้ชัดเจนว่าจะทำตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในประเด็นนี้หรือไม่ และหากจะต้องกำหนดหลักการเช่นนั้น ก็ต้องพิจารณาต่อไปอีกว่าการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทายยาต่อหน้าอย่างถูกต้องนั้นจะอย่างไรจึงจะแน่ใจได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคได้รับประทายยาไรแฟมพิซินอย่างถูกต้องและเชื่อถือได้จริงๆ ที่จะทำให้การเกิดเชื้อวัณโรคคือยาไรแฟมพิซินมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยด้วย

กรณีเช่นนี้ ในประสบการณ์พบว่า โดยทั่วๆ ไปมักจะไม่ได้เกิดปัญหาในด้านความร่วมมือจากผู้ป่วยวัณโรคเพื่อมารับประทายยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ถ้าเจ้าหน้าที่ได้ใช้เวลาอย่างเพียงพอในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ แต่จะมีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเป็นบางรายที่ไม่ยอมรับแนวทางการรักษา เช่นนี้ แม้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้พยายามอธิบายอย่างไรแล้วก็ตาม ตัวอย่างในประสบการณ์ตรง ได้แก่ ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดด้านการประกอบอาชีพ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาชีพถูกจ้างออกเดินเรือประมงที่มสุขภาพจึงต้องใช้เวลามากพอสมควรในการเจรจากับผู้ป่วย, ญาติผู้ป่วยและนายจ้าง เพื่อเจรจาวางแผนการให้การรักษาและเจรจากับนายจ้างเพื่อให้ยินยอมผ่อนผันให้ผู้ป่วยอยู่บนฝั่งไม่ต้องออก

เดินเรือไปทะเลเป็นระยะเวลาหนึ่ง อย่างน้อยในช่วงระยะเวลาของการรักษาในระยะเข้มข้นระยะแรก เพื่อให้การรักษาด้วยยาไรแฟมพิซินซึ่งถือว่าเป็นยาที่ดีที่สุดขณะนี้ เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาระยะเข้มข้นแล้วประกอบกับผลเสมหะไม่พบเชื้อซึ่งไม่ต้องขยายการรักษาระยะเข้มข้นออกไป ก็ให้การรักษาด้วยระยะต่อเนื่องด้วยระบบยาที่ไม่มีไรแฟมพิซิน คือ ใช้อีแธมบิวทอลแทนไรแฟมพิซิน แต่ต้องใช้เวลารักษาระยะต่อเนื่องเพิ่มเติมอีก 2 เดือนเป็น 6 เดือน แทนที่จะเป็นการรักษาระยะต่อเนื่องโดยใช้ไรแฟมพิซินเพียง 4 เดือน ระบบยานี้องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้ได้สำหรับผู้ป่วยที่ให้การรักษามีฟีเลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้าได้เพียงในระยะเข้มข้นเท่านั้น

กรณีแรงงานต่างชาติที่พิจารณาแล้วว่าไม่อาจติดตามหรือให้การรักษาดูแลการรับประทานยาต่อหน้าได้อย่างแน่นอน กรณีอย่างนี้ ก็มีทางออกที่นำมาใช้ได้ กล่าวคือ ในระบบยารักษาที่หนึ่งขององค์การอนามัยโลกสำหรับผู้ป่วยใหม่โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เสมหะพบเชื้อ (Category 1 for new smear-TB patients) ในการรักษาระยะเข้มข้นระยะแรก เลือกใช้ระบบยารักษาที่ต้องใช้ฉีดยาสเตร็ปโตมัยซินแทนอีแธมบิวทอล และใช้การรักษาในระยะต่อเนื่องที่ไม่มีไรแฟมพิซินโดยไม่มีฟีเลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า กล่าวคือใช้ระบบยา **2HRZS/6HE** (ตัวเลขนำหน้าตัวย่อภาษาอังกฤษ หมายถึง จำนวนเดือนที่ให้การรักษา การรักษามี 2 ระยะ กล่าวคือ การรักษาระยะเข้มข้นระยะแรก ในกรณีนี้คือ ใช้เวลานาน 2 เดือน ต่อด้วยระยะที่ 2 คือ การรักษาระยะต่อเนื่อง ในกรณีนี้ใช้เวลารักษานาน 6 เดือน รวมระยะเวลาการรักษาทั้งหมดนาน 8 เดือน) แทนระบบยา **2HRZE/4HR** (การรักษาระยะเข้มข้นระยะแรกนาน 2 เดือนและต่อด้วยการรักษาระยะต่อเนื่องนาน 4 เดือน รวมระยะเวลาการรักษาทั้งหมดนาน 6 เดือน) ดังนั้น ในกรณีเช่นนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาสถานบริการสุขภาพเพื่อมาฉีดยาสเตร็ปโตมัยซินในการรักษาระยะเข้มข้น เจ้าหน้าที่จึงสามารถถือโอกาสในการให้ยารับประทานยาต่อหน้าได้ มีกลเม็ดวิธีปฏิบัติอย่างหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกแนะนำคือ หากมีการฉีดยาผู้ป่วยวัณโรค **ควรให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าก่อนการฉีดยา** เพื่อจะได้ไม่ลืมในการให้ยารับประทาน หากฉีดยาก่อนการให้รับประทานยา เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยอาจลืมเรื่องรับประทานยาได้ สำหรับผู้ป่วยแรงงานต่างชาติเช่นนี้ เราจึงสามารถให้การดูแลการรับประทานยาต่อหน้าได้อย่างน้อยในการรักษาระยะเข้มข้นระยะแรก กรณีเช่นนี้สามารถนำมาปรับใช้ได้กับผู้ป่วยคนไทยที่ไม่ยอมรับการรักษาดูแลการมีฟีเลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้าได้

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคในครั้งแรกมีความสำคัญที่สุด

แพทย์และผู้ให้บริการสุขภาพต้องคำนึงและตระหนักอยู่เสมอว่าการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในครั้งแรกที่วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคนั้นมีความสำคัญที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสดำเนินการรักษาหายได้สูงที่สุดในการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยเท่านั้น และเราไม่อาจเสี่ยงที่ให้ผู้ป่วยเอายาไปรับประทานเองโดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ คุณวุฒิ, วิทยุฒิ หรือฐานะทางสังคม เนื่องจากเรายังไม่มีปัจจัยที่จะพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยรายใดจะรับประทานยาได้ถูกต้อง แพทย์และผู้ให้บริการสุขภาพรวมถึงผู้ป่วยเองจะไม่มีโอกาสแก้ตัวหากการรักษาในครั้งแรกเกิดความผิดพลาด และแพทย์รวมถึงทีมสุขภาพก็มักจะตำหนิผู้ป่วยว่าไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง จนบางครั้งเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในการรับประทานยา เช่น เกิดความรู้สึกผิดปกติจากการรับประทานยาหรือเกิดการแพ้ยาที่ไม่รุนแรงแต่ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถทนได้ ผู้ป่วยจึงปกปิดไม่กล้าบอกกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพราะเกรงจะโดนตำหนิตนเอง แพทย์และทีมสุขภาพจึงต้องปรับทัศนคติหรือมุมมองต่อปัญหาการไม่รับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วยให้ถูกต้องว่า ปัญหานี้เป็นปัญหาพฤติกรรมธรรมดาของคนทั่วไป แม้แต่แพทย์หรือผู้ให้บริการสุขภาพเองบ่อยครั้งที่ไม่สามารถรับประทานยาปฏิชีวนะเพียง 1 สัปดาห์ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน แล้วเราจะคาดหวังได้อย่างไรว่าผู้ป่วยวัณโรคซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องสามารถรับประทานยานานตั้งอย่างน้อย 6 เดือนได้ถูกต้องและครบถ้วน เราจึงอาจกล่าวได้ว่า การไม่รับประทานยาหรือรับประทานไม่ถูกต้องเป็น “พฤติกรรมปกติ” ที่ต้องเกิดขึ้นและไม่จำเป็นต้องตำหนิผู้ป่วย แต่เป็นเรื่องที่ต้องป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น เพราะไม่มีโอกาสแก้ตัวอีก การลองให้ผู้ป่วยรับประทานยาเองเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว (ไม่ว่าจะนานเท่าไร) หากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง โอกาสในการรักษาให้หายก็น่าจะลดน้อยลงไปแล้ว แม้จะเริ่มการรักษารอบใหม่อย่างเคร่งครัดก็ตาม นอกจากนี้ การไม่รับประทานยาวัณโรคของผู้ป่วยก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาอย่างมาก แม้เพียง 1 รายก็ตาม ก็อาจทำให้เกิดปัญหาอย่างมากต่อกับตัวผู้ป่วยเอง, ครอบครัว, ชุมชนและสังคมดังกล่าวแล้ว ดังนั้น การดูแลการรับประทานยาต่อหน้าอย่างเคร่งครัดจริงจึงตั้งแต่วันแรกที่ทำให้การรักษา จึงช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรับการรักษาหายได้สูงที่สุด คือ อย่างน้อยร้อยละ 90 - 95

การรักษาวัณโรคในครั้งที่สอง, ครั้งที่สาม หรือครั้งต่อๆ มาจะมีโอกาสหายได้น้อยลง และผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสแก้ตัวได้ใหม่อีก หากผู้ป่วยรับประทานยาในครั้งแรกไม่ถูกต้อง และเกิดความล้มเหลวในการรักษา (Failure of treatment) ผู้ป่วยกลับต้องการรักษาในระบบยามาตรฐานที่ต้องฉีดยา และใช้เวลาการรักษานานขึ้นถึงอย่างน้อย 8 เดือน และมีโอกาสได้รับการรักษาหายก็น้อยกว่าการรักษาในครั้งแรก หากยังมีการรักษาล้มเหลวอีกครั้ง เราต้องให้การรักษาผู้ป่วยด้วยระบบยาสำรอง (Reserve drugs) ซึ่งต้องใช้เวลาการรักษานานขึ้นอีกมาก คือ เป็นเวลาอย่างน้อย 21-24 เดือน, โอกาสได้รับการรักษาหายก็น้อยกว่าการรักษาครั้งแรก, โอกาสเกิดการแพ้ยาก็มีสูงกว่าและการรับประทานยากก็ยากกว่าเพราะมียาเพิ่มขึ้นหลายขนานและยาบางขนานก็มีขนาดเม็ดยาโตมากซึ่งรับประทานยาก นอกจากนี้ ราคายาที่ใช้ในการรักษาก็มีราคาแพงขึ้นมาก โดยมีราคายาแพงถึงประมาณ 100,000-120,000 บาท ขณะที่ราคายาในการรักษาครั้งแรกมีราคาประมาณ 3,000 บาท หากเปรียบเทียบการรักษาในครั้งหลังๆ จะเห็นได้ว่า มีข้อดีน้อยกว่าการรักษาในครั้งแรกหลายอย่างด้วยกัน การรักษาในครั้งแรกจึงมีความสำคัญที่สุด

เราจึงจำเป็นต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้ดีที่สุดครั้งแรก อาจกล่าวได้ว่า โอกาสที่ผู้ป่วยวัณโรคจะได้รับการรักษาให้หายสูงที่สุดอยู่ในวันแรกที่วินิจฉัยและเริ่มการรักษา เรามีความจำเป็นต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาอย่างถูกต้องจริง ๆ ตั้งแต่วันแรก หากเราลองให้ผู้ป่วยวัณโรคไปรับประทานยาเองที่บ้าน หากเกิดข้อผิดพลาดขึ้นมาด้วยสาเหตุใดก็ตาม ผู้ป่วยก็จะสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาหายที่สูงที่สุดไปแล้ว สังคมส่วนรวมก็สูญเสียโอกาสนี้ไปด้วย

ระบบสุขภาพ - ไม่ใช่ผู้ป่วย - ที่ต้องรับผิดชอบให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาหาย

หลักการนี้เป็นหลักการที่สำคัญอย่างยิ่งอย่างหนึ่งของการควบคุมวัณโรค เราจึงจำเป็นต้องวางแผนกำหนดให้การใช้หลักการนี้เป็นไปในทางปฏิบัติให้ได้ แต่สิ่งที่ต้องทำความเข้าใจคือเหตุผลว่าทำไมต้องเป็นความรับผิดชอบของระบบสุขภาพที่ต้องทำให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาหาย ไม่ใช่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยวัณโรคเอง องค์การอนามัยโลกได้แนะนำหลักการนี้ไว้อย่างชัดเจน เราจะมาพิจารณาถึงเหตุผลว่าทำไมต้องนำหลักการนี้มาใช้

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ DOT สำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรคหากมีการใช้การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นที่มีโรแฟมปีซิน ประเทศไทยได้มีการนำระบบยาระยะสั้นนี้มาใช้ตั้งแต่ประมาณ พ.ศ . 2528 แต่มีได้ให้การรักษาด้วยการทำ DOT ต่อมาเมื่อมีผลกระทบจากโรคเอดส์ และได้รับการทบทวนแผนงานวัณโรคแห่งชาติครั้งที่ 1 จากความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2538 แผนงานวัณโรคแห่งชาติของประเทศไทยจึงเริ่มการรักษาด้วยการทำ DOT เราจะเห็นได้ว่าในอดีต การรักษาวัณโรคไม่ได้ทำ DOT หรือกล่าวง่ายๆ คือให้ผู้ป่วยรับประทานยาเองที่บ้าน และนัดผู้ป่วยมารับยาเป็นระยะซึ่งโดยทั่วไปมักจะนัดทุกๆ 1 เดือนจนกว่าจะครบกำหนดการรักษา หากผู้ป่วยไม่มาตามรับยาตามกำหนดนัด แพทย์หรือผู้ให้บริการสุขภาพก็มักจะกล่าวเตือนหรืออาจตำหนิ โดยมีมุมมองว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองอย่างเต็มตัวที่ต้องมารับยารักษาวัณโรคตามกำหนดนัด ไม่ได้มีมุมมองว่าระบบสุขภาพต้องเข้าไปมีส่วนรับผิดชอบแต่ประการใด

ต่อมามีการทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยให้มีหน้าที่กำกับดูแลการรับประทานยาวัณโรคต่อหน้าทุกวัน หากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพไปเยี่ยมบ้านหรือบังเอิญสามารถตรวจสอบได้ว่าญาติผู้ป่วย มิได้กำกับดูแลการรับประทานยาต่อหน้ากันจริง เราก็มักจะกล่าวโทษหรือตำหนิญาติผู้ป่วยว่าไม่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย กรณีนี้ความรับผิดชอบจะเป็นของญาติผู้ป่วย มิใช่เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองและมีใช้ของระบบสุขภาพแต่อย่างใด

หากมีการทำ DOT โดย อสม. ให้เป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า แต่หากตรวจสอบได้ว่ามิได้ดูแลการรับประทานยาต่อหน้ากันจริง โดยผู้ป่วยวัณโรคมิได้มาตามกำหนดนัดหรือผู้ป่วยเกิดความล้มเหลวในการรักษา เราก็มักจะกล่าวโทษหรือตำหนิ อสม. ที่เป็นพี่เลี้ยงว่าขาดความรับผิดชอบ โดยมีได้ค้ำประกันว่าต้องเป็นความรับผิดชอบของระบบสุขภาพหรือของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพแต่ประการใด ทั้งๆ ที่ความเป็นจริงต้องเป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ต้องจัดหา อสม. ที่มีความรับผิดชอบและเชื่อถือได้ต่างหาก ดังนั้น กรณีเช่นนี้ต้องเป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและของระบบสุขภาพที่คัดเลือก อสม. ไม่ถูกต้อง ในประสบการณ์จริง พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรครายหนึ่งที่ทำ DOT โดย อสม. โดยผู้ป่วยต้องมารับประทานยาต่อหน้า อสม. ที่บ้านของ อสม. ทุกวัน แต่ลูกสาวของ อสม. มีความรังเกียจผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค อสม. จึงจำเป็นต้องให้ยาผู้ป่วยไปรับประทานเองที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพไม่ทราบ กรณีเช่นนี้ ควรตำหนิใคร หรือเป็นความบกพร่องของใคร

หนทางที่ดีที่สุดจึงต้องเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าให้ถูกต้องที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสได้รับการรักษาให้หายได้มากที่สุด หากเจ้าหน้าที่เองไม่สามารถดูแลการทำ DOT ได้ด้วยตนเองเนื่องด้วยเหตุผลใดก็ตาม จำเป็นต้องให้ผู้อื่นเป็นพี่เลี้ยงแทนเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและระบบสุขภาพก็ยังคงต้องรับผิดชอบในการคัดเลือกพี่เลี้ยงที่ดีที่สุดและต้องคอยติดตามกำกับดูแลให้มีการทำ DOT อย่างจริงจังและถูกต้องด้วย หากไม่มีการทำ DOT จริง เราจะตำหนิใครไม่ได้เลยนอกจากตัวเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและระบบสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยนั่นเอง หากผู้ป่วยยากจนไม่มีเงินค่าพาหนะเดินทางหรือผู้ป่วยสูงอายุหรือป่วยหนักที่ไม่สามารถเดินทางไปสถานบริการสุขภาพได้ทุกวัน เจ้าหน้าที่และระบบสุขภาพจำเป็นต้องจัดหาหรือให้การช่วยเหลือจนได้หนทางที่ให้ผู้ป่วยได้รับการทำ DOT ที่ถูกต้องและจริงจัง ได้แก่ การจัดหาหรือช่วยเหลือค่าพาหนะเดินทางหรือเจ้าหน้าที่ต้องไปที่บ้านผู้ป่วยทุกวันเพื่อทำ DOT การมอบยาวัณโรคที่มีโรแพมพิซินให้ผู้ป่วยไปรับประทานยาเองโดยเจ้าหน้าที่มิได้มีความมั่นใจว่าผู้ป่วยวัณโรคได้รับการทำ DOT เพื่อผู้ป่วยจะได้รับประทานยาอย่างถูกต้องจริงถือเป็นการขาดความรับผิดชอบต่ออย่างยิ่งของระบบสุขภาพ

เหตุผลที่สำคัญที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและระบบสุขภาพจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อการได้รับการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรค ไม่ใช่เป็นความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยวัณโรคเอง เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาที่มีได้จำกัดอยู่เฉพาะที่ตัวผู้ป่วย หากแต่มีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยเอง, ชุมชนและสังคมโดยส่วนรวม หรืออาจกล่าวได้ว่า วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหาสังคม ระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาให้หายให้ได้ มิใช่ปล่อยให้เป็นการรับผิดชอบของผู้ป่วยเองหรือของคนอื่น ๆ ที่มสุขภาพในพื้นที่จึงต้องคำนึงถึงหลักการนี้ให้ดี เพื่อให้การควบคุมวัณโรคได้ผลและไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่อไป

ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT

การมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ จะสามารถทำให้ระบบสุขภาพมีความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาได้ถูกต้องจริงตามชนิด, ขนาดและตามช่วงระยะเวลาของการรับประทานยา หากไม่มีการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าหรือมีพี่เลี้ยงที่ไม่มีความน่า

เชื่อถือในการดูแลการรับประทานยาดังกล่าว จะสะท้อนถึงการขาดการรับผิดชอบของระบบสุขภาพ ต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายได้จริงที่สามารถหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้และมีโอกาส น้อยที่จะเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาและการกลับเป็นซ้ำอีก นั้นจะเป็นการเพิ่มภาระที่ไม่ควรจะมีให้กับตัวผู้ ป่วยเอง, ครอบครัวของผู้ป่วย, ชุมชนและสังคมโดยรวมด้วย

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่าเราไม่สามารถพยากรณ์การรับประทานยา ของผู้ป่วยได้ว่ารายได้จะรับประทานยาได้อย่างถูกต้องจริง จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการดูแล การรับประทานยาต่อหน้า เพื่อให้มีความมั่นใจต่อผลการรักษาที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย พฤติกรรมการรับ ประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคโดยปกติแล้วจะมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง อยู่แล้ว ไม่ว่าจะลืมการรับประทานยาในบางมื้อ, การมีอาการดีขึ้นแล้วคิดว่าหายแล้ว แม้จะได้รับการ ให้สุศึกษาที่ดีก็ตาม, การไม่เอาใจใส่อย่างจริงจังของผู้ป่วยเองต่อการรับประทานยา, การมีอาการ ข้างเคียงที่แม้ไม่รุนแรง ผู้ป่วยก็จะหยุดยาหรือลดขนาดยาบางขนานเพื่อทดลองดูว่ายาใดที่ทำให้เกิด อาการแพ้ดังกล่าว หรือแม้แต่การแบ่งปันยาให้ผู้อื่นที่มีอาการไอคล้ายคลึงกันกับผู้ป่วยเพื่อลองรับ ประทานยาก็ตาม โดยในประสบการณ์จริง ก็เคยพบผู้ป่วยวัณโรคที่แบ่งยาวัณโรคให้ผู้อื่นที่มีอาการ ไอไปรับประทาน พฤติกรรมเหล่านี้ ทำให้เกิดโอกาสที่เชื้อวัณโรคจะดื้อยาได้ทั้งสิ้น การดูแลการรับ ประทานยาต่อหน้าจึงช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ผู้ป่วยบางรายเก็บรักษายาไว้ไม่ถูกต้อง เช่น เก็บ ไว้ใต้เตียงหลังคามุงจากที่ร้อนจัดในตอนกลางวัน ทำให้ยาเสื่อมคุณภาพก่อนถึงกำหนดยาหมดอายุได้ ก็เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่เจ้าหน้าที่จะช่วยในส่วนนี้ได้

แนวทางการจัดหาการรักษาวัณโรคแนวที่หนึ่ง

องค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของการควบคุมวัณโรคให้สำเร็จคือยารักษาวัณโรค โดยเฉพาะ ยาแนวที่หนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย ไอโซไนเอซิด (H), ไรแฟมพิซิน (R), ไพราซิनाไมด์ (Z), อีแธมบิวทอล (E) และสเตรปโตมัยซิน (S) หลักการเกี่ยวกับยารักษาวัณโรคโดยเฉพาะยาแนวที่หนึ่ง คือ

1. ให้การรักษาด้วยยารักษาวัณโรคฟรีโดยไม่มีเงื่อนไข เนื่องจากวัณโรคถือเป็นปัญหา สาธารณะหรือปัญหาของสังคม ดังกล่าวแล้วข้างต้น การรักษาวัณโรคจึงถือเป็นบริการ สาธารณะอย่างหนึ่งที่รัฐจำเป็นต้องให้กับประชาชน การให้รักษาที่มีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดแก่ ผู้ป่วยวัณโรคถือว่ารัฐแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม โดยเป็นการแสดงให้เห็นถึงการปกป้อง

- หรือป้องกันประชาชนของรัฐให้ปลอดภัยจากวัณโรค ถือเป็นภัยที่ไม่จำเป็นหรือไม่สมควรต้องประสบ ดังนั้น การให้ยารักษาฟรีหรือไม่คิดมูลค่าจึงเป็นมาตรการอย่างหนึ่งที่รัฐจำเป็นต้องกระทำ สำหรับประเทศไทยรัฐบาลได้ให้ยารักษาวัณโรคโดยไม่คิดมูลค่ามาเป็นเวลานาน ผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย ไม่ว่าจะยากดีมีจนต่างก็มีความเท่าเทียมกันในการรับการรักษาวัณโรคโดยยาที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดในที่ที่มีอยู่ในโลก คนฐานะยากจนในเมืองไทยจึงนับว่ามีความโชคดีมากที่สุดที่สามารถได้รับยารักษาวัณโรคที่ดีที่สุดเทียบเท่ากับคนฐานะร่ำรวย ในยุคสมัยที่การเบิกจ่ายค่ายารักษาโรคสำหรับข้าราชการและสมาชิกในครอบครัวที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล การให้ผู้ป่วยวัณโรคเหล่านี้จ่ายเงินทดรองค่ายาไปก่อนแล้วเอาใบเสร็จรับเงินไปเบิกจากต้นสังกัดในภายหลัง โดยทั่ว ๆ ไปก็คิดว่าไม่น่ามีปัญหา แต่พบว่าบางครั้งมีปัญหาได้ เช่น กรณีหนึ่งที่มารดาของข้าราชการ ซึ่งโดยทั่ว ๆ ไป มารดาท่านนี้ก็มีฐานะปานกลาง ไม่ใช่อยู่ในขั้นร่ำรวย เมื่อป่วยเป็นวัณโรคต้องทดรองจ่ายค่ายารักษาไปก่อนและส่งใบเสร็จรับเงินไปให้บุตรซึ่งเป็นข้าราชการอยู่ต่างจังหวัด เพื่อเบิกเงินกลับมาจากต้นสังกัด แต่ปัญหาคือ เมื่อบุตรเบิกได้เงินค่ารักษาแล้ว ก็ไม่ส่งเงินคืนกลับไปให้มารดา ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ประสบปัญหาการทดรองจ่ายเงินค่ายารักษาวัณโรค จึงขาดการรักษาไปก่อนกำหนด ดังนั้น แม้ผู้ที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ก็ยังประสบปัญหาที่อาจคาดไม่ถึงและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยขาดการรักษาก่อนครบกำหนดได้ การให้ยารักษาวัณโรคฟรีโดยไม่มีเงื่อนไข จึงเป็นมาตรการหนึ่งที่จำเป็นสำหรับการควบคุมวัณโรคให้ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายในประเทศไทย จึงควรเข้าถึงยารักษาโดยต้องไม่มีข้อจำกัดใด ๆ ด้านค่ารักษาพยาบาลรวมถึงค่ายา ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมีสิทธิในการรักษาพยาบาลใดๆ หรือไม่ เพราะเป็นโรคติดต่อที่สามารถทำอันตรายคนอื่น ๆ ในสังคมได้ และต้องรวมถึงแรงงานต่างชาติและผู้อพยพที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และผู้ต้องขังทุกประเภทในเรือนจำ เพื่อการควบคุมวัณโรคให้ได้
2. การจัดซื้อยารักษาวัณโรคต้องได้รับการจัดซื้อโดยองค์กรเดียวในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ เพราะ
 - 2.1 แผนงานวัณโรคแห่งชาติจะสามารถมั่นใจได้ว่ายารักษาวัณโรคในแต่ละปีมีเพียงพอกับผู้ป่วยวัณโรคที่คำนวณไว้ทั่วประเทศ แต่ถ้ามอบหมายให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งจัดซื้อเอง หากโรงพยาบาลมีงบประมาณจำกัดในปีนั้น ๆ ก็อาจไม่สามารถจัดซื้อยารักษาวัณโรคได้อย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคในบางอำเภอได้รับยารักษาไม่ครบตามกำหนด เนื่องจากความ

- ไม่พร้อมด้านผู้ให้บริการที่มีงบประมาณไม่เพียงพอ อันเป็นเรื่องที่ไม่ควรเกิดขึ้น การมอบหน้าที่ให้โรงพยาบาลต่างๆ ซึ่ยารักษาวัณโรคเอง น่าจะยังไม่ใช้เป็นหลักประกันความเพียงพอต่อการมียารักษาสำหรับผู้ป่วยวัณโรคทุกรายในประเทศไทย
- 2.2 การควบคุมมาตรฐานยาจะทำได้ง่ายกว่าโดยเฉพาะยารักษาวัณโรครวมหลายขนานในเม็ดเดียวกัน** ที่อาจยังมีปัญหาด้านคุณภาพจากกระบวนการผลิตและระดับยาทุกตัวในกระแสเลือดที่ต้องสูงเพียงพอในการรักษาวัณโรค การจัดซื้อโดยองค์กรเดียว ก็จะสามารถให้ความสำคัญและดูแลในส่วนนี้ได้อย่างใกล้ชิดรอบคอบ แม้แต่ยาแยกขนานบางชนิด ก็อาจจะมีปัญหาด้านคุณภาพได้เช่นเดียวกัน
- 2.3 เม็ดยารักษาวัณโรคจะมีลักษณะเหมือนกันทั่วประเทศซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษา** ไม่ต้องเดินทางไปแสวงหาการรักษาหลายๆ แห่ง บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคต้องนำยารักษาวัณโรคมาจากโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อมาให้แพทย์หรือพยาบาลของศูนย์วัณโรคเขตดูว่าถูกต้องหรือไม่ แต่เมื่อได้รับคำอธิบายว่ายาที่รักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลได้รับกระจายไปจากศูนย์วัณโรคเขตเอง ผู้ป่วยจึงมีความมั่นใจว่ายาที่รักษาเป็นยาลักษณะเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนไปรับการรักษาที่ไหนอีก หากโรงพยาบาลแต่ละแห่งต่างก็จัดซื้อยาของตนเอง ลักษณะเม็ดยารักษาวัณโรคก็อาจจะมีลักษณะแตกต่างกัน อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจในยาที่รักษา การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับว่ายารักษาเหมือนกันทุกแห่งจะเป็นเรื่องที่ทำได้ยากกว่ามาก
- 2.4 การจัดซื้อโดยองค์กรเดียวจะทำให้ซื้อได้ในราคาถูกกว่าการจัดซื้อโดยหลายองค์กร** หลักการนี้เป็นหลักการทั่วไปของจากจัดซื้ออยู่แล้ว การจัดซื้อจำนวนมาก ย่อมสามารถซื้อได้ในราคาถูกกว่าการแยกกันซื้อโดยโรงพยาบาลต่างๆ เอง การจัดซื้อโดยองค์กรเดียว ย่อมทำให้ประหยัดงบประมาณของรัฐได้ส่วนหนึ่งด้วย
- 2.5 ไม่เกิดการเกี่ยงกันในการให้การรักษาวัณโรคจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง** เพราะโรงพยาบาลทุกแห่งได้รับยารักษาจากแผนงานวัณโรคแห่งชาติ การอธิบายให้ผู้ป่วยยอมรับการส่งต่อก็ทำได้ง่าย เนื่องจากยารักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งมีลักษณะและคุณภาพเหมือนกัน แต่ถ้าโรงพยาบาลต้องจัดซื้อยารักษาวัณโรคเอง หากผู้ป่วยมาจากต่างอำเภอนอกพื้นที่รับผิดชอบก็อาจทำให้มีความยุ่งยากในการรักษาได้ เพราะโรงพยาบาลอาจปฏิเสธไม่ให้การรักษาผู้ป่วยที่มาจากต่างอำเภอ ทำให้มีลักษณะเหมือนกับการผลักดันหรือปฏิเสธการให้การรักษาแก่

- ผู้ป่วย โรงพยาบาลใหญ่ๆ อาจประสบกับปัญหานี้มากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก เพราะจะมีผู้ป่วยจำนวนมากมาจากต่างอำเภอเนื่องจากมีความศรัทธาต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- 2.6 การจัดซื้อยารักษาวัณโรคสำหรับบางโรงพยาบาลอาจทำได้ยาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดเล็กมากๆ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละปีมีจำนวนน้อยมาก เช่น 2-3 รายต่อปี การจัดซื้อเพื่อสำรองยาไว้จึงเป็นเรื่องที่คำนวณหรือจัดการได้ยากมากและอาจไม่คุ้มค่า อาจกล่าวได้ว่า การบริหารคลังยาวัณโรคทำได้ยาก ถ้าจำนวนผู้ป่วยวัณโรคต่อปีมีจำนวนน้อยมาก ๆ

ดังนั้น โดยสรุปแล้วเพื่อให้การควบคุมวัณโรคประสบความสำเร็จ การจัดซื้อยารักษาวัณโรคแนวที่หนึ่ง ควรจัดซื้อโดยองค์กรเดียวเพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่ายารักษาวัณโรคแนวที่หนึ่งมีอย่างเพียงพอสำหรับผู้ป่วยวัณโรคทั่วประเทศ และจะทำให้การบริหารจัดการต่างๆ ด้านยารักษาวัณโรคทำได้ง่ายและเป็นผลดีต่อการควบคุมวัณโรค

ยารักษาวัณโรค: ดาบสองคม

เมื่อประมาณ พ.ศ. 2528 ประเทศไทยได้เริ่มใช้ระบบยารักษาวัณโรคระยะสั้นโดยมีไรแฟมปีซินเป็นยาหลักที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า การรักษาด้วยระบบยาที่มีไรแฟมปีซินจำเป็นต้องมีการกำกับดูแลการรับประทานยาต่อหน้า เนื่องจากไรแฟมปีซินเป็นยาที่ดีที่สุด ยังไม่มียาใดที่พบว่ามีประสิทธิภาพดีเทียบเท่าได้ การรักษาด้วยยานี้จึงจำเป็นต้องทำ DOT เสมอ ถือเป็นหลักการสากลได้ หากแต่เรานำระบบยานี้มาใช้เป็นการทั่วไป โดยยังไม่ได้ทำ DOT แต่ในขณะนั้น ประเทศไทยเพิ่งมีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกใน พ.ศ. 2527 จึงยังไม่เห็นผลกระทบอย่างชัดเจนจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ต่อมาเมื่อผลกระทบจากโรคเอดส์เริ่มขึ้นก่อนในภาคเหนือ และแพร่ระบาดจนมีผลกระทบอย่างชัดเจนทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา ทำให้เราต้องเริ่มทบทวนแนวทางที่จะทำให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อรองรับปัญหาวัณโรคที่เป็นผลกระทบมาจากโรคเอดส์ นั่นคือเริ่มให้การรักษาวัณโรคด้วย DOT หรือการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้านั้นเอง หากพิจารณาในประเด็นนี้ เราจึงเห็นได้ว่า หากเรามีการทำ DOT ตั้งแต่เราเริ่มใช้ไรแฟมปีซิน ปัญหาวัณโรคในประเทศไทยอาจไม่รุนแรงอย่างที่เป็นอย่างทุก

วันนี้ แต่แม้เรามีปัญหาวัณโรคอย่างมากในขณะนี้ พื้นที่ส่วนมากในเมืองไทยก็ยังมีได้ให้การรักษาด้วย DOT อย่างเข้มแข็ง เพื่อแก้ไขปัญหาวัณโรคที่กำลังลุกลามอยู่ การเกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ จึงทำให้เราต้องบริหารจัดการกับตัวเองเพื่อแก้ไขกับปัญหาที่ไม่ควรจะเป็นปัญหาตั้งนานแล้ว แต่เรากลับต้องสาละวนอยู่กับสิ่งนี้อยู่อย่างไม่ทราบว่าจะลดและกำจัดปัญหานี้ได้หรือไม่ โดยสิ้นเปลืองงบประมาณโดยใช้เหตุและสิ้นเปลืองทรัพยากรบุคคลที่ไม่ควรจะไปช่วยด้วยโรคนี้อีกโดยใช้เหตุ การมียาที่ดีที่สุดในโลกใช้อยู่ในปัจจุบัน แต่เรามีได้ตระหนักในการใช้ให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรคคือยาขนาน เปรียบเสมือนทำให้ความโชคร้ายของคนไทยที่มียาที่ดีที่สุดใช้กลับเป็นความโชคร้ายที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงของการสัมผัสกับเชื้อวัณโรคคือยาหลายขนาน เราจึงอาจกล่าวได้ว่าคนไทยมีความโชคร้ายกว่าประชาชนในประเทศที่ไม่มีงบประมาณจัดซื้อยารักษาวัณโรคได้เอง ต้องขอเงินหรือยืมเงินจากต่างประเทศมาเพื่อซื้อยารักษาวัณโรค แต่มักจะได้รับเงื่อนไขการให้เปล่าหรือให้ยืมเงินดังกล่าวว่าจะต้องมีการบริหารจัดการการใช้ยารักษาวัณโรคให้ดีที่สุดโดยการทำ DOT นั่นเอง ดังนั้น ในประเทศเหล่านี้ ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับยารักษา ก็มักจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดีที่สุดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดด้วย โอกาสเกิดเชื้อวัณโรคคือยาก็คงเกิดขึ้นได้น้อยมาก ขณะเดียวกันเงินที่ได้รับก็มักจะไม่เพียงพอกับผู้ป่วยวัณโรคทั่วประเทศ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มียารักษา ก็มีโอกาสเกิดเชื้อวัณโรคคือยาน้อยมากด้วยเช่นเดียวกัน เพราะเชื้อวัณโรคไม่มีโอกาสสัมผัสกับยาโดยเฉพาะสัมผัสกับไรแฟมปีซินซึ่งมีราคาแพง การเกิดเชื้อวัณโรคคือยาหลายขนานจึงมีโอกาสดังกล่าวขึ้นน้อยมาก ๆ ประชาชนโดยเฉพาะเด็ก ๆ ในประเทศเหล่านี้ จึงปลอดภัยจากการติดเชื้อวัณโรคคือยาหลายขนาน ประเทศเหล่านี้ ได้แก่ จีน, พม่า, กัมพูชา เป็นต้น ขณะที่ประชาชนคนไทยโดยเฉพาะเด็กไทยน่าจะมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสกับเชื้อวัณโรคคือยาหลายขนานมากกว่า เพราะเรามีปัจจัยเอื้อที่จะก่อให้เกิดปัญหาอย่างพร้อมสรรพ ได้แก่ มียาไรแฟมปีซินซึ่งถือว่าเป็นยาที่ดีที่สุดใช้อย่างแพร่หลาย (แม้แต่อาจจะหาซื้อได้จากร้านขายยา), การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และ การใช้ยาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ (น่าจะจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน) เราจึงน่าจะกล่าวได้ว่า **เด็กไทยและประชาชนคนไทยโชคร้ายต่อการเสี่ยงกับเชื้อวัณโรคคือยาหลายขนานกว่าเด็กและประชาชนในประเทศยากจนหลาย ๆ ประเทศ** ยารักษาวัณโรคจึงเป็นดาบสองคม ที่หากใช้อย่างถูกต้องก็จะเป็นคุณ แต่หากประมาทใช้อย่างไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดผลร้ายอย่างไม่สมควรจะเกิดขึ้น

การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคบางรายมีฐานะยากจนมาก ไม่มีเงินจ่ายค่าพาหนะเดินทางไปรับบริการ DOT หากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพปล่อยให้ผู้ป่วยเหล่านี้รับประทานยาเองหรือทำ DOT โดยญาติ ก็มีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดความล้มเหลวในการรักษาและเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ที่เป็นอันตรายต่อชุมชนอย่างมาก ระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นนี้ด้วยหากต้องการควบคุมวัณโรคให้ได้ผล หลักการที่ต้องยึดถือไว้โดยไม่เปลี่ยนแปลง คือ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อหน้าอย่างจริงจัง เพื่อให้ได้รับประทานยาอย่างถูกต้องจริงและมีโอกาสรักษาหายได้จริง เมื่อคำนึงถึงหลักการนี้ ระบบสุขภาพจึงต้องรับผิดชอบต่อการจัดบริการ DOT ให้แก่ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย หากผู้ป่วยรายใดมีปัญหาหรือข้อจำกัดการเข้าถึงบริการ DOT ด้วยเหตุผลเนื่องจากความยากจน ระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องรับผิดชอบในการหาทางสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยเช่นนี้ด้วย การจัดหาทุนความช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้จึงเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่จะทำให้การควบคุมวัณโรคมีประสิทธิภาพ การจัดหาทุนอาจต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน ที่จำเป็นต้องเข้าใจว่า ปัญหาวัณโรคเป็นปัญหาของชุมชน การให้ความช่วยเหลือส่วนนี้ จะช่วยชุมชนให้ปลอดภัยจากวัณโรคและโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ ป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่เป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อชุมชนเองด้วย การให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือนี้ จึงเป็นหลักการที่สำคัญประการหนึ่งของการควบคุมวัณโรคด้วย เราไม่จำเป็นต้องให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคทุกรายเพื่อรับบริการ DOT โดยอาจพิจารณาช่วยเหลือเฉพาะผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนจริงๆ เท่านั้น สัดส่วนของผู้ป่วยที่สมควรได้รับการช่วยเหลือโดยเฉพาะค่าพาหนะเดินทางไปรับบริการ DOT น่าจะขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ หากมีผู้ป่วยฐานะยากจนจำนวนมากในชุมชน หรือระยะทางการเดินทางค่อนข้างไกลมาก ก็อาจจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือมาก ในประสบการณ์ที่ให้บริการ DOT จริงๆ ในเขตเมือง พบว่า อาจจำเป็นต้องให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือประมาณร้อยละ 4-5 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยที่เหลือยินดีจ่ายค่าพาหนะเดินทางเองได้

มหัศจรรย์แห่ง DOT

DOT มีความมหัศจรรย์ในตัวเองหลายประการ หากเราทำได้ทำ DOT อย่างจริงจัง จะพบว่า มีหลายสิ่งหลายอย่างที่เกิดขึ้นอย่างไม่น่าจะเป็นไปได้และตรงกันข้ามกับความเข้าใจหรือความรู้สึกสามัญที่ควรจะเป็น กล่าวคือ การทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างจริงจัง จะสร้างความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการได้ และสามารถมีพัฒนาการจนเป็นวัฒนธรรมการรักษาวัณโรคของชุมชนที่ยั่งยืน ทั้งที่ไม่น่าจะเป็นไปได้ จึงถือว่า DOT เป็นความมหัศจรรย์อย่างหนึ่ง

DOT: มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค (the standard of care)

ปัจจุบันการรักษาวัณโรคด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า หรือ DOT เป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่าเป็นมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค องค์การที่ให้การยอมรับ ได้แก่ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลก คำถามที่น่าสนใจคือ ทำไม DOT จึงเป็นมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เหตุผลง่าย ๆ และตรงไปตรงมาคือ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า มีโอกาสได้รับการรักษาหายได้สูงถึงอย่างน้อยร้อยละ 90 ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้ามีโอกาสหายเพียงประมาณร้อยละ 50 เท่านั้นเอง หากแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพลองประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้ทำ DOT ท่านก็จะได้รับคำตอบนี้ แต่ส่วนใหญ่แพทย์และผู้ให้บริการมักให้การักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยไม่มีการประเมินผลการรักษาที่เป็นระบบถูกต้องตามมาตรฐานสากลที่เป็นที่ยอมรับ หากแต่อาศัยการสังเกตการณ์จากการให้การรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก และได้พบเห็นเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น โดยไม่ทราบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่มารับการรักษาก่อนครบการรักษาตามกำหนด จึงคิดเอาว่าผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ได้รับการรักษาหายจากความรู้สึกของตนที่ได้เห็นแต่กลุ่มผู้ป่วยที่มาติดต่อสม่ำเสมอเท่านั้น ส่วนที่ไม่มาเป็นจำนวนเท่าไรไม่สามารถทราบได้ อีกทั้งไม่มีความต้องการหรือจำเป็นจะต้องทราบและไม่คิดว่าจำเป็นจะต้องสร้างระบบในการตรวจสอบผู้ป่วยที่ขาดหายไปเหล่านี้

ทำไมการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าหรือการทำ DOT ผู้ป่วยวัณโรคจึงมีโอกาสได้รับการรักษาให้หายได้สูงถึงอย่างน้อยร้อยละ 90 เหตุผลที่สามารถอธิบายง่าย ๆ และตรงไปตรงมาไม่อ้อม

ค่อมเลย คือ ผู้ป่วยที่ทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ จะได้รับประทานยาอย่างถูกต้องจริงตามชนิดยา, ขนาดยาและช่วงระยะเวลาของการรับประทานยา ตลอดระยะเวลาการรักษา ผู้ป่วยจึงรับประทานยาอย่างถูกต้องจริงทุกมื้อทุกขนานจนครบกำหนดการรักษา ผู้ป่วยก็ย่อมมีโอกาสได้รับการรักษาหายได้สูงจริง การทำ DOT หรือการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจึงเป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่มารับการรักษาย่อมต้องการโอกาสได้รับการรักษาหายที่สูงที่สุด เราจึงต้องมอบสิ่งที่เป็นมาตรฐานคือโอกาสที่จะได้รับการรักษาหายได้สูงที่สุดให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยวัณโรครายใดที่ไม่มีพี่เลี้ยงที่เชื่อถือได้ดูแลการรับประทานยาต่อหน้าหรือไม่ได้ทำ DOT จริง ถือเสมือนว่าผู้ป่วยรายนั้นได้รับการรักษาวัณโรคที่ต่ำกว่ามาตรฐาน โดยความคิดเห็นส่วนตัวแล้วคิดว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้มีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจริง หรือไม่ได้ทำ DOT จริง เท่ากับมิได้ทำอะไรให้กับผู้ป่วยเลย เพราะเราไม่มีความมั่นใจได้เลยว่าผู้ป่วยรับประทานยาจริงหรือไม่

DOT: สิทธิผู้ป่วยกับสิทธิของชุมชน

เรื่องสิทธิของผู้ป่วยเป็นเรื่องละเอียดอ่อนมาก การให้การรักษาโรคใดๆ จำเป็นต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นอันดับแรกว่าละเมิดสิทธิของผู้ป่วยหรือไม่ สิทธิของผู้ป่วยที่ “ต้อง” ได้รับคืออะไร คำถามจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ได้รับบ่อยๆ จึงอยู่ในลักษณะที่ว่าการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้าหรือการทำ DOT นั้น เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่ เนื่องจากเป็นการบังคับให้ผู้ป่วยวัณโรค “ต้อง” เดินทางมารับประทานยาที่สถานบริการสุขภาพทุกๆ วันเพื่อรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ทำไมผู้ป่วยวัณโรคไม่สามารถเลือกแนวทางการรักษาของตัวเองได้โดยการรับประทานยาเองที่บ้านเหมือนกับโรคอื่นๆ ... ผู้ป่วยวัณโรคก็เหมือนกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ไม่ใช่หรือ... ที่ควรจะมีสิทธิของเขาในควรที่จะเลือกทางเดินของเขาได้...

ดังกล่าวมาแล้วว่าการรักษาโดยการทำ DOT ได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค (DOT is the standard of care.) เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาให้หายได้สูงกว่าการไม่ทำ DOT ฉะนั้น ย่อมเป็น “สิทธิ” ของผู้ป่วยวัณโรคที่จะได้รับโอกาสในการรักษาที่เป็นมาตรฐานที่ทำให้มีโอกาสได้รับการรักษาให้หายได้สูงกว่ามิใช่หรือ... หากผู้ป่วยทราบข้อมูลและเลือกได้ ผู้ป่วยจะเลือกการรักษาแบบไหนกัน... มาตรฐานหรือต่ำกว่ามาตรฐาน... โอกาสหาย

สูงหรือโอกาสหายต่ำ ผู้ให้บริการจึงต้องคำนึงอยู่เสมอว่า เราต้องให้บริการที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่พึงมีพึงได้ เราจึงต้องใช้ความพยายามให้มากที่สุดในการอธิบายให้ผู้ป่วยวัณโรคทราบข้อมูลดังกล่าวด้วยเพื่อการตัดสินใจ หรือบางครั้งอาจต้องใช้เวลาในการวางแผนและทุ่มเททรัพยากรให้มากที่สุดเพื่อทำให้มีการทำ DOT อย่างจริงจังอย่างเป็นมาตรฐานการดูแลรักษา ดังนั้นสิทธิของผู้ป่วยคือผู้ป่วยวัณโรคทุกราย “จำเป็นต้อง” ได้รับคำอธิบายที่ถูกต้องจากผู้ให้บริการสุขภาพว่า DOT ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายได้สูงอย่างไร และผู้ป่วย “จำเป็นต้อง” ได้รับการรักษาด้วยวิธี DOT ซึ่งถือเป็นมาตรฐานการดูแลรักษา การทำ DOT จึงมิใช่การละเมิดสิทธิผู้ป่วย หากแต่เป็นการรักษาสิทธิของผู้ป่วยวัณโรคให้สมบูรณ์ต่างหาก

ผู้ป่วยวัณโรคมีสิทธิปฏิเสธการรักษาแบบ DOT หรือไม่ ก็เป็นข้อคำถามที่น่าสนใจ หากผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาแบบ DOT ย่อมมีโอกาสได้รับการรักษาให้หายได้น้อยกว่าการทำ DOT ดังกล่าวแล้ว นอกจากนั้น ยังมีโอกาสเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาที่เป็นอันตรายสูงที่สามารถแพร่กระจายให้กับผู้อื่นในชุมชนได้อีกด้วย จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่ทำ DOT จะมีโอกาสเป็นอันตรายต่อชุมชนนั้นย่อมเป็นการละเมิดสิทธิของผู้อื่นในชุมชนด้วย คำถามคือสิทธิของผู้ป่วยกับสิทธิของคนในชุมชนหรือสิทธิของชุมชน อย่างไหนมีความสำคัญมากกว่า สิทธิของชุมชนต้องสำคัญกว่ามิใช่หรือ การทำ DOT มิได้เป็นเพียงเป็นการรักษาสิทธิของผู้ป่วยเท่านั้น ยังเป็นการรักษาสิทธิของชุมชนด้วย หรือกล่าวง่าย ๆ คือ ผู้ป่วยวัณโรคย่อมไม่มีสิทธิที่จะปฏิเสธการทำ DOT เพราะเป็นการละเมิดสิทธิของชุมชน ในบางประเทศที่พัฒนาแล้วจึงมีกฎหมายที่บังคับให้ผู้ป่วยวัณโรคต้องรับประทานยาให้ถูกต้องเพื่อรักษาสิทธิของชุมชนหรือสังคมเอาไว้

มิติของการเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลการรับประทานยาต่อหน้า

มิติหรือมุมมองของการทำ DOT หรือการให้การรักษาผู้ป่วยด้วยการมีพี่เลี้ยงในการดูแลการรับประทานยาต่อหน้ามีมุมมองสำคัญอย่างน้อย 5 มิติด้วยกัน คือ ความน่าเชื่อถือของพี่เลี้ยงในการทำ DOT (Accountability), การเข้าถึงบริการ DOT ของผู้ป่วยวัณโรค (Accessibility), การยอมรับการรักษาด้วยวิธี DOT จากผู้ป่วย (Acceptability), ความยั่งยืนและการพยากรณ์ได้ของการทำ DOT (Sustainability and predictability) และการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Patient care)

ความน่าเชื่อถือของพี่เลี้ยง (Accountability)

ความน่าเชื่อถือในการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าของพี่เลี้ยง**จะเป็นมิติของ DOT ที่สำคัญที่สุด** เพราะพี่เลี้ยงที่เชื่อถือได้เท่านั้นที่จะสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาต่อหน้าทุกวันได้จริง และจะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาหายได้จริง

บางท่านอาจมีคำถามเรื่องการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการเป็นพี่เลี้ยงของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เนื่องจากแม้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง แต่อาจไม่ทำหน้าที่จริงก็ได้ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือในการเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลการรับประทานยาต่อหน้านั้น หากเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยง เราจะสามารถตรวจสอบได้และจะมีมาตรการให้รางวัลหรือลงโทษได้ด้วย โดยการตรวจสอบอาจทำได้ด้วยการสุ่มไปดูที่สถานบริการที่ให้บริการการรับประทานยาต่อหน้า ตรวจสอบนับจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทานไปแล้วและจำนวนยาที่เหลือว่าถูกต้องหรือไม่ ดูลักษณะการให้บริการว่ามีการจัดเตรียมความพร้อมการให้บริการอย่างไรบ้าง ได้แก่ การเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละวันอย่างไร มีการจัดเตรียมบริเวณและอุปกรณ์ในการให้ผู้ป่วยมารับประทานยาต่อหน้าอย่างไรได้แก่ มีการเตรียมน้ำดื่มและแก้วน้ำไว้ให้ผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร (มีบางสถานบริการสุขภาพได้แนะนำให้ผู้พายนำน้ำใส่ภาชนะมาเอง ก็สามารถทำได้แล้วแต่เทคนิคการดำเนินการของแต่ละแห่ง) และมีขั้นตอนการให้บริการเมื่อผู้ป่วยมารับประทานอย่างไร หากเจ้าหน้าที่สามารถบอกเล่าประกอบกับการมีมองเห็นหลักฐานสนับสนุนสอดคล้องกัน ก็พอจะเชื่อหรือตัดสินใจได้ว่าเจ้าหน้าที่ดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจริงหรือไม่ ถ้าเราไปสอบถามตรวจสอบเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ จากตัวผู้ป่วยเอง, ญาติผู้ป่วย, เพื่อนบ้านผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่เพื่อนร่วมงานที่สถานบริการสุขภาพ ก็จะยิ่งตัดสินใจได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจริง ๆ หรือไม่ และหากไม่มีการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจริง เราก็มีมาตรการในการให้โทษเจ้าหน้าที่คนนั้นๆ ได้ ได้แก่ การไม่พิจารณาให้ความดีความชอบเป็นกรณีพิเศษ เป็นต้น หากแต่ถ้าญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง การตรวจความน่าเชื่อถือมักจะทำได้ยากกว่า เพราะผู้ป่วยและญาติมักรู้เห็นเป็นใจกัน และช่วยกันปกปิดความบกพร่อง หากแม้เราสามารถตรวจสอบได้ว่าไม่มีการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจริง เราก็ไม่มีมาตรการให้โทษญาติผู้ป่วยนั้นๆ ได้ เช่นเดียวกับที่เรายังไม่มีมาตรการให้โทษผู้ป่วยที่เรามอบหมายให้รับประทานยาเองแต่ไม่รับประทานยาอย่างถูกต้อง แม้แต่ อสม. ที่เป็นพี่เลี้ยง เราก็อาจตรวจสอบได้ยากกว่าเจ้าหน้าที่ที่เป็นพี่เลี้ยง เพราะ อสม. อาจสมยอมตกลงกัน

กับผู้ป่วยเช่นเดียวกับญาติผู้ป่วยได้ แต่หากจะให้โทษ กรณีที่ อสม. ไม่ดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจริง ๆ ก็ยังอาจทำได้ดีกว่าญาติ ได้แก่ การไม่ให้เป็น อสม. อีกต่อไป

โดยความเป็นจริงแล้วเราอาจไม่สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้กับผู้ป่วยทุกๆ รายว่าเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพให้การดูแลการรับประทานยาต่อหน้าหรือไม่ หากจะทำได้ ก็ต้องลงทุนสูงมากหรือทำได้เฉพาะในงานวิจัยที่มีการลงทุนชั่วคราวเท่านั้น การสุ่มตรวจเยี่ยมนิเทศงานและมีการประชุมติดตามอย่างสม่ำเสมอเป็นกุญแจสำคัญที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติเพื่อความสำเร็จได้อย่างหนึ่ง เนื่องจากลงทุนน้อยกว่าและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ให้การบริการการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีผู้คอยติดตามและประเมินผลอยู่ จึงจำเป็นต้องระมัดระวังในการดำเนินการ DOT ให้ถูกต้องที่สุด ดังนั้น การทำ DOT ต้องสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้โดยระบบสุขภาพ

การเข้าถึงบริการ DOT ของผู้ป่วยวัณโรค (Accessibility)

หากเปรียบเทียบการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ, อสม. และญาติผู้ป่วยวัณโรคในมิติด้านการเข้าถึงบริการการทำ DOT ญาติผู้ป่วยน่าจะได้เปรียบมากที่สุด ในมิตินี้ ส่วน อสม. น่าจะมีความเปรียบรองจากญาติผู้ป่วยเพราะมักอาศัยอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยวัณโรค ส่วนเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพควรจะมีความเสียเปรียบมากที่สุด เพราะบางครั้งสถานบริการด้านสุขภาพตั้งอยู่ห่างไกลจากบ้านผู้ป่วยวัณโรค อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาระหว่างความน่าเชื่อถือของพี่เลี้ยงในการทำ DOT กับการเข้าถึงบริการ DOT แล้ว ในความคิดเห็นส่วนตัวคิดว่าความน่าเชื่อถือของพี่เลี้ยงน่าจะสำคัญมากกว่า เพราะความน่าเชื่อถือของพี่เลี้ยงจะทำให้ระบบสุขภาพมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคได้รับประทานยาอย่างถูกต้องจริง แต่หากพิจารณาเฉพาะด้านการเข้าถึงบริการ DOT เพียงด้านเดียว แม้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกมากที่สุดจากการทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยหรือ อสม. เพราะผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไกล แต่หากขาดความน่าเชื่อถือในการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าแล้ว ผู้ป่วยวัณโรคก็มิได้รับประทานยาอย่างถูกต้องจริง เปรียบเสมือนการให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาเองหรือเป็นการมิได้ทำอะไรให้ผู้ป่วยเลย ดังนั้น เราจึงต้องพิจารณาความน่าเชื่อถือของพี่เลี้ยงมาเป็นอันดับแรกก่อน

การยอมรับการรักษาด้วยวิธี DOT จากผู้ป่วย (Acceptability)

มิติมุมมองด้านการยอมรับการทำ DOT จากผู้ป่วยเป็นประเด็นที่สำคัญที่ควรพิจารณา ผู้ให้บริการด้านสุขภาพหลายท่านอาจคิดว่าญาติผู้ป่วยน่าจะได้รับความยอมรับในการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจากผู้ป่วยมากที่สุด ในทางปฏิบัติบ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุไม่ยอมรับลูกๆ ของตนเองในการให้การดูแลด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากลูกๆ ทุกคนพยายามแนะนำหรือพามาโรงพยาบาลก็ไม่ยอมมา หรือให้รับประทานยาบางอย่างก็ไม่สามารถบังคับได้ การยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างสามีภรรยาบางครั้งก็เป็นเรื่องละเอียดอ่อนเกินกว่าที่จะคาดได้ เพราะอาจคิดว่าทำไมไม่ไว้ใจกันในเรื่องง่ายๆ แค่นี้ อาจเป็นสาเหตุของความรำฉานในครอบครัวมากยิ่งขึ้นก็ได้ การยอมรับระหว่างพี่น้องหรือญาติลำดับชั้นอื่นๆ ก็อาจมีความละเอียดอ่อนไม่แตกต่างกันนัก ความไม่ลงรอยกันจึงอาจมีได้หากต้องคอยดูแลในการรับประทานยาต่อหน้า แต่ความยอมรับจากผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในการทำ DOT น่าจะมีมากกว่าต่อญาติผู้ป่วย เนื่องจากเจ้าหน้าที่เป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ส่วน อสม. น่าจะได้รับการยอมรับมากกว่าญาติผู้ป่วยด้วยเหตุผลเดียวกัน แต่การยอมรับอาจจะน้อยกว่าเจ้าหน้าที่

ความยั่งยืนและการพยากรณ์ได้ของการทำ DOT (Sustainability and predictability)

มิติของความยั่งยืนและการพยากรณ์ได้ เป็นมิติที่ควบคู่และไปด้วยกัน หากเครือข่ายในอำเภอใดที่มีความยั่งยืนของการให้บริการ DOT เราก็ย่อมจะสามารถพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการที่เป็นมาตรฐานที่ช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาหายได้

ความยั่งยืนของการทำ DOT เป็นมิติที่สำคัญอีกมิติหนึ่งที่ผู้ให้บริการด้านวัณโรคจำเป็นต้องพิจารณา เนื่องจากหากอำเภอซึ่งเป็นหน่วยเครือข่ายบริการวัณโรคที่สำคัญ มีความยั่งยืนด้านการทำ DOT ที่ดี ผู้ป่วยในอำเภอนั้นๆ ก็ย่อมจะมีโอกาสได้รับการรักษาหายให้ได้สูง ยิ่งถ้าอำเภอใดมีหลายสถานบริการที่สามารถทำ DOT ได้อย่างมีคุณภาพ ก็ยิ่งมั่นใจได้ว่าผลการรักษาวัณโรคในภาพรวมจะออกมามีอัตราที่สูง และการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในอำเภอนั้นๆ ก็จะถูกหยุดยั้งลงได้จริง สถานบริการทำ DOT ในอำเภอ ได้แก่ หน่วยบริการ DOT หรือมุม DOT ของโรงพยาบาล, ศูนย์สุขภาพชุมชน, สถานีอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล หากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพของ

หน่วยบริการเหล่านี้ในอำเภอมีประสบการณ์การทำ DOT เป็นอย่างดีและมีคุณภาพ ย่อมจะทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในรายต่อ ๆ มีโอกาสได้รับการรักษาหายได้สูงอย่างยั่งยืน แต่หากอำเภอใดไม่มีประสบการณ์การทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ โดยมีแต่การทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาเอง โอกาสที่ผู้ป่วยวัณโรครายต่อ ๆ ไปจะได้รับการรักษาหายก็จะน้อยกว่า การทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจะทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ที่ได้เห็นผลสำเร็จของการกำกับดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจริงว่าช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างไร เพราะมีโอกาสมองเห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับอย่างไรจากการได้มีส่วนช่วยเหลือของตัวเจ้าหน้าที่เอง หากยิ่งได้มีส่วนให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาระหว่างการรักษาให้แก่ผู้ป่วยด้วยแล้ว จะยิ่งเห็นความจำเป็นของการทำ DOT เจ้าหน้าที่ที่มีน้ำใจแก่ผู้ป่วยมักจะมีความต้องการที่จะทำ DOT ด้วยตนเอง อันจะเป็นการสร้างและสั่งสมความภาคภูมิใจของตนเองไว้เป็นประสบการณ์ได้ตลอดไป ส่วนญาติผู้ป่วยที่เป็นพี่เลี้ยงจะไม่มีคามยั่งยืนสำหรับระบบการให้ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการทำ DOT ในอำเภอนั้นๆ เพราะญาติผู้ป่วยมีแต่จะเปลี่ยนหน้าไปเรื่อยๆ ตามผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย ประสบการณ์และพัฒนาการการทำ DOT ก็จะไม่เกิดขึ้นอย่างยั่งยืนในอำเภอ การทำ DOT โดย อสม. ก็อาจจะมีคามยั่งยืนกว่าการทำ DOT โดยญาติ เพราะ อสม. บางรายก็มีน้ำใจที่จะเอาใจใส่ผู้ป่วยจริง แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่าการทำ DOT โดย อสม. ยังมีปัญหาหรือข้อจำกัดอยู่หลายประการ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในฐานะเพื่อนบ้านอาจมีความเกรงใจกันอยู่บ้างทำให้ไม่ได้ดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจริง หรือที่เคยพบดั่งกล่าวก่อนหน้านี้แล้ว คือ ลูกสาวของ อสม. รู้สึกรังเกียจผู้ป่วยวัณโรคไม่ยอมให้มารับประทานยาต่อหน้าที่บ้าน อสม. ทำให้เป็นปัญหาในการทำ DOT ได้ ความไม่เข้าใจว่าต้องดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจริง ๆ ของ อสม. ก็อาจเป็นปัญหาได้ ข้อจำกัดอีกอย่างหนึ่ง คือ อสม. ส่วนใหญ่ ก็จะเป็นเครือญาติที่ใกล้ชิดหรือญาติห่าง ๆ กับผู้ป่วย ทำให้มีความผูกพันด้านอารมณ์กับผู้ป่วยได้ จึงมักไม่ได้กำกับดูแลการรับประทานยาต่อหน้ากันจริง นอกจากนี้ อสม. อีกส่วนหนึ่งก็มีความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหากมีปัญหาในการรักษาขึ้นมา เช่น การแพทย์รักษาวัณโรค การทำ DOT โดย อสม. จึงมีข้อจำกัดมาก แต่หาก อสม. คนใดมีความเข้มแข็งและมีน้ำใจจริง ก็จะสามารถสร้างประสบการณ์การทำ DOT ขึ้นมาได้ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายต่อ ๆ ไป ก็มีโอกาสรักษาหายได้สูง ในทางปฏิบัติพบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่อยังไม่เคยมีประสบการณ์การทำ DOT ด้วยตนเอง และไม่คิดว่าจะต้องมีประสบการณ์นี้ด้วย จึงเป็นเรื่องน่าเสียดายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีแนวคิดเช่นนี้ เพราะหากเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ตนเองสักครั้ง ก็

จะค้นพบว่าการทำ DOT นั้นมีประโยชน์และจำเป็นอย่างไร บางครั้งพบว่า ในระดับนโยบายของจังหวัดหรืออำเภอไม่เห็นย้าการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ทำให้ประสบการณ์และความยั่งยืนไม่มีโอกาสเกิดขึ้น

การมีพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ในการเป็นพี่เลี้ยงมาก่อนจะยิ่งทำให้แน่ใจได้ว่าเขาจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยรายต่อๆ ไปได้ดี และมีโอกาสได้รับการรักษาหายได้สูง ทำให้มีความต้องการและตั้งใจในการเป็นพี่เลี้ยงสำหรับผู้ป่วยวัณโรครายต่อๆ ไป เจ้าหน้าที่ที่เคยเป็นพี่เลี้ยงเช่นนี้จะไม่ยอมให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาเองหรือไม่ยอมให้แม้แต่ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยงด้วย เนื่องด้วยทราบดีว่าการกำกับดูแลการรับประทานยาต่อหน้าด้วยตัวของเจ้าหน้าที่เองจะดีที่สุด ดังนั้น หากผู้ป่วยวัณโรครายต่อๆ ไปที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่คนนั้นก็ย่อมมองเห็นอนาคตหรือโอกาสได้รับการรักษาให้หายได้สูงแน่นอน เราจึงพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่คนใดที่มีความน่าเชื่อถือได้จริง เป็นมิติมุมมองของการพยากรณ์ได้ ส่วนหากญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง เราจะพยากรณ์ได้อย่างไรว่าญาติผู้ป่วยรายใดที่สามารถเป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้าได้ การให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยง เราก็ยังสามารถพยากรณ์ได้ดีกว่าญาติผู้ป่วยที่มีแต่เปลี่ยนบุคคลไปตามผู้ป่วยแต่ละราย หาก อสม. คนใดเคยมีประสบการณ์, มีน้ำใจและมีความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมาแล้ว เราก็น่าจะพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลรายต่อๆ ไปจะมีโอกาสในการรักษาให้หายได้สูงจริง ดังนั้น ถ้าหากเราไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยวัณโรครายใดจะสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้องจริง แล้วเราจะสามารถพยากรณ์ได้อย่างไรว่าญาติคนใดของผู้ป่วยรายใดจะมีความน่าเชื่อถือในการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าได้จริง

การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Patient care)

ผู้ป่วยวัณโรคประมาณร้อยละ 35 สามารถมีอาการข้างเคียงของยาที่ไม่รุนแรงได้ ได้แก่ อ่อนเพลียมาก, เบื่ออาหาร, ปวดมวนท้อง, คลื่นไส้อาเจียน อาการเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องหยุดยา แต่สามารถรับประทานยารักษาวัณโรคต่อไปได้ โดยอาการมักจะหายได้ภายในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ หลังการรักษา ผู้ป่วยบางรายอาจต้องให้ยารักษาประคับประคองตามอาการ แต่หากไม่มีเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยหยุดยาหรือเลือกรับประทานยาเพียงบางขนานที่ไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงนั้น โดยไม่บอกให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพทราบ อาจเนื่องจากกลัวโดนตำหนิ นอก

จากนี้ ยังทำให้ผู้ป่วยบางรายเดินทางไปปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ โดยไม่จำเป็น เช่น บางรายไปปรึกษาถึงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ในพื้นที่สามารถให้การดูแลอย่างใกล้ชิดโดยการทำให้ DOT ทุกวัน ก็จะสามารถรับทราบปัญหาเหล่านี้ได้ จึงมีโอกาสให้คำแนะนำและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยได้ และอาจให้ยารักษาประคับประคองตามอาการแก่ผู้ป่วย จนผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤตินี้ไปได้ บทบาทในส่วนนี้ของเจ้าหน้าที่จึงมีความสำคัญมาก และช่วยเหลือผู้ป่วยได้จริง โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปหาแพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่ อื่น ๆ แต่หากได้รับการทำให้ DOT โดยญาติผู้ป่วย ญาติมักจะช่วยกันเลือกหรือลดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และอาจแนะนำให้ผู้ป่วยเดินทางไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาลที่น่าเชื่อถือ มิติมุมมองนี้ของการให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ในการทำ DOT จึงมีความได้เปรียบกว่าญาติผู้ป่วย

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ยังสามารถดูแลการเก็บรักษาวัณโรคไว้อย่างดีและสามารถสังเกตได้ว่ายาเสื่อมคุณภาพหรือเปลี่ยนสีก่อนหมดอายุหรือไม่ แต่ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาเองหรือทำ DOT โดยญาติ อาจมีการเก็บยาไม่เหมาะสม ที่เคยพบคือเก็บยาไว้ใต้เพิงหลังคามุมจากที่โดนแสงแดดส่อง ทุกๆ วัน ย่อมทำให้ยาเสื่อมคุณภาพได้ ผู้ป่วยสูงอายุบางรายที่อาจมีสายตาไม่ดี ก็อาจไม่สังเกตว่ายาที่รับประทานมีการเปลี่ยนสีไปแล้วหรือไม่ เจ้าหน้าที่จึงมีส่วนสำคัญอย่างมากกับ บทบาทการดูแลเรื่องการจัดเก็บและการสังเกตยาในลักษณะนี้ด้วย

DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพกับโดยญาติผู้ป่วย: ความแตกต่างคนละขั้ว

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้าหรือด้วยการทำให้ DOT นั้น หากพิจารณากันระหว่างการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพกับการทำให้โดยญาติผู้ป่วยแล้ว จะเห็นความแตกต่างตรงกันข้ามอย่างชัดเจน ถึงกับอาจกล่าวได้ว่าเป็นคนละขั้ว การทำให้ DOT โดยญาติผู้ป่วย อาจมีต้องเตรียมหรือจัดระบบรองรับอะไรมาหนัก ยารักษาวัณโรคก็สามารถให้ไปกับผู้ป่วยได้ และแค่ให้คำแนะนำญาติผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองในการรับประทานยา แม้ว่าจะมีข้อกำหนดสำหรับแผนงานวัณโรคแห่งชาติของประเทศไทยว่า ต้องมีการเยี่ยมบ้านแบบไม่ต้องนัดหมายล่วงหน้า (Surprised visit) ตามเกณฑ์กำหนดเพื่อตรวจสอบว่ามีการทำให้ DOT จริงหรือไม่ แต่ส่วนใหญ่กลับพบว่าในทางปฏิบัติเมื่อมีการมอบหมายให้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยงแล้ว เจ้าหน้าที่แทบมิได้มีส่วนร่วมในการดูแลหรือการเยี่ยมบ้านแต่อย่างใดเลย เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบด้วยซ้ำว่าบ้านผู้ป่วย

อยู่ที่ไหน เรื่องการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องในฝันหรือในอุดมคติไป สะท้อนว่า เจ้าหน้าที่ที่ไม่รู้สึกว่าต้องมีส่วนรับผิดชอบในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หาย หากเจ้าหน้าที่รู้สึกว่าจะต้องรับผิดชอบว่า **ต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายให้ได้** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่เอง ยกเว้น ผู้ป่วยที่อยู่ไกลมากจริงๆ เจ้าหน้าที่จึงจะจำเป็นต้องยอมมอบหมายให้ผู้อื่นเป็นพี่เลี้ยงภายใต้การกำกับดูแลแนะนำอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่อีกชั้นหนึ่ง เนื่องจากแม่ได้มอบหมายให้ผู้อื่นที่เชื่อถือได้เป็นพี่เลี้ยงแทนก็ตาม เจ้าหน้าที่ยังคงต้องรับผิดชอบต่อการรักษาหายอยู่ดี จึงต้องเอาใจใส่ว่า **ต้องมีการทำ DOT จริง หากเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจว่าต้องทำ DOT หรือไม่รู้สึกว่าต้องรับผิดชอบต่อการรักษาผู้ป่วยให้หายให้ได้แล้ว** แม้ผู้ป่วยวัณโรคอาศัยอยู่ที่บ้านหน้าสถานบริการ ก็จะไม่มีโอกาสได้รับการทำ DOT

ในจังหวัดๆ หนึ่งพบว่าเน้นให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยง และมีสัดส่วนพี่เลี้ยงเป็น อสม. อยู่ในระดับสูง แต่แทบจะกล่าวได้ว่าความมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีน้อยมาก เจ้าหน้าที่มิได้เข้าไปตรวจสอบเยี่ยมหรือเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเลยแต่อย่างใด ดังนั้น เมื่อได้มอบหมายให้ผู้อื่นเป็นพี่เลี้ยงแล้ว มักพบว่าเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมักละเลยไม่สนใจที่จะมีส่วนร่วมรับผิดชอบอีกต่อไป ตัวอย่างกรณีหนึ่งที่พบคือแม่แต่ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมาคนเดียว เจ้าหน้าที่ก็ถามว่าที่บ้านมีญาติหรือไม่ หากมีญาติ ก็ให้ญาติผู้ป่วยดูรับประทานยาต่อหน้า และให้ทำเครื่องหมายในบัตรกำกับการรับประทานยา (DOT card) ทุกวัน เจ้าหน้าที่ก็ถือว่าผู้ป่วยรายนั้นมีพี่เลี้ยงดูแลการทำ DOT แล้ว กรณีนี้ถือเป็นตกลงหรือการหลอกตัวเองอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยจะสามารถกลับไปอธิบายให้ญาติของเขาเข้าใจว่าต้องทำ DOT ได้อย่างไร นี่ยังไม่นับกรณีที่เจ้าหน้าที่แนะนำให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายในบัตรกำกับการรับประทานยา (DOT card) ด้วยตนเอง และเจ้าหน้าที่ยังหลงนับว่ามีการทำ DOT แล้ว...

แต่หากมีการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว กลับต้องมีการสร้างระบบหลายอย่าง และที่สำคัญอย่างยิ่งคือการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลที่วินิจฉัยกับหน่วยบริการที่ต้องทำ DOT การประสานงานระหว่างกันนี้มีหลายอย่าง ได้แก่ การแจ้งหรือส่งข้อมูลผู้ป่วย, การส่งยาวัณโรคโดยไม่ให้ผู้ป่วยถือยาไปเอง, การนัดผู้ป่วยไปที่หน่วยบริการ DOT เพื่อตกลงทำความเข้าใจในกระบวนการการทำ DOT, การจัดทำ DOT corner เป็นต้น เจ้าหน้าที่ที่หน่วยบริการ DOT ก็ต้องจัดเตรียมยาวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายทุกๆ วัน หากมีหลายรายก็ต้องเป็นภาระในการดำเนินการ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า จำเป็นต้องจัดเตรียมหลายสิ่งหลายอย่างเพื่อการรองรับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ หากพิจารณาเอาเฉพาะการส่งยาจากโรงพยาบาลไปยังหน่วย

บริการการทำ DOT (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน) ก็เป็นภาระงานที่หนักมาก และใครๆ ก็ไม่คิดว่าต้องจำเป็นจะต้องทำเช่นนั้นให้เสียเวลา เพราะต้องจัดหาพาหนะหรือรถยนต์ รวมถึงพนักงานขับรถยนต์และเจ้าหน้าที่ที่ต้องไปส่งและประสานงานด้วย การจัดหาทรัพยากรเหล่านี้จึงไม่ได้มีมากแห่งนักที่เห็นความสำคัญและสามารถจัดหาให้ได้ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพกับโดยญาติผู้ป่วยเป็นความแตกต่างกันคนละขั้วจริงๆ

ทำไม DOT โดยญาติผู้ป่วยจึงไม่เป็นที่ยอมรับ

การทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยเป็นประเด็นที่มีความคิดเห็นที่แตกต่างและเป็นที่ยกเถียงกันอย่างกว้างขวาง ทั้งในระดับนานาชาติและโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่มีพี่เลี้ยงส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ป่วย องค์กรในระดับนานาชาติที่เป็นสากล มีประสบการณ์การทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ให้คำแนะนำเรื่องญาติผู้ป่วยอย่างชัดเจนว่า ไม่สมควรเลือกเป็นพี่เลี้ยงเนื่องจากการมีความผูกพันทางด้านอารมณ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติ (Emotional ties) ที่อาจทำให้การดูแลการรับประทานยาต่อหน้าไม่สามารถเกิดขึ้นได้จริง หากเราพิจารณากันอย่างรอบคอบจะพบว่ากรณีที่สามารถเกิดขึ้นได้ในการทำ DOT โดยญาติผู้ป่วย ได้แก่ สามีกับภรรยาที่ความสัมพันธ์ระหว่างกันมักจะละเอียดอ่อนมาก ความขัดแย้งระหว่างกันมักจะเกิดขึ้นได้ง่าย หากมีความขัดแย้งไม่ว่าเรื่องใดๆ การดูแลการรับประทานยาต่อหน้าก็เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ยาก บางครั้งแค่เตือนกันให้รับประทานยาก็เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นไม่ได้ ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคของต่างประเทศท่านหนึ่งเคยแสดงความคิดเห็นไว้ว่าแม้ภรรยาของเขาป่วยเป็นวัณโรค เขาเองก็ไม่สามารถดูแลการรับประทานยาต่อหน้าได้ หากพิจารณาระหว่างบิดามารดากับลูกๆ หากบิดาหรือมารดาป่วยเป็นวัณโรค สิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะหากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุคือ ลูกๆ จะไม่สามารถให้คำแนะนำใดๆ ได้เลย เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพบางคนบอกว่าแม้ตนเองเป็นพยาบาล บิดาหรือมารดาที่ไม่เชื่อในคำแนะนำที่ตนเองให้ ปรากฏการณ์นี้พบได้บ่อยๆ บางครั้งแค่ลูกๆ แนะนำให้บิดามารดาไปโรงพยาบาลเมื่อป่วยเป็นโรคใดๆ ก็ยังไม่ยอมไป หากต้องให้ดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจะยิ่งเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยากมาก แม้จะเตือนให้รับประทานยาที่ยังอาจเป็นไปได้ หากพิจารณาในระหว่างพี่น้องก็น่าจะเป็นไปได้ยาก เพราะความสัมพันธ์ก็ละเอียดอ่อนเช่นเดียวกัน น้องไม่ค่อยยอมเชื่อฟังพี่ พี่ไม่ยอมรับฟังคำแนะนำใดๆ จากน้อง เป็นปรากฏการณ์ปกติที่เกิดขึ้นได้

เสมอ การดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจึงน่าจะเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก ตัวอย่างเหล่านี้มักเป็นสิ่งที่อาจเรียกได้เป็น**ความผูกพันทางด้านอารมณ์**ในระหว่างบุคคลในครอบครัวที่เกิดขึ้นได้เสมอ และจะเป็นปัญหาอุปสรรคสำหรับการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าได้

องค์การอนามัยโลกเป็นอีกองค์กรหนึ่งที่แนะนำว่าญาติผู้ป่วยมีความเหมาะสมน้อยในการทำ DOT เนื่องจากมีความน่าเชื่อถือได้น้อยมากเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับพี่เลี้ยงที่เป็นบุคคลนอกครอบครัว สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จึง มีคำแนะนำอย่างชัดเจนว่าการทำ DOT นั้น**ไม่**ให้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง การไม่ใช้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยงจึงเป็นคำแนะนำที่สำคัญอันหนึ่งเพื่อให้การควบคุมโรคได้ผล

ในประสบการณ์ส่วนตัว พบว่าญาติผู้ป่วยมีความน่าเชื่อถือน้อยมากในการดูแลการรับประทานยาต่อหน้า ผู้ป่วยบางรายและญาติช่วยกันทำเครื่องหมายการรับประทานยาประจำวันในบัตรกำกับการรับประทานยา (DOT card) ที่หน้าศูนย์วินิจฉัยโรคเขตก่อนมารับบริการตามกำหนดนัด แพทย์บางท่านพบว่าผู้ป่วยและญาติช่วยกันทำเครื่องหมายดังกล่าวต่อหน้าแพทย์ที่ให้การรักษา ปรากฏการณ์นี้สะท้อนถึงการไม่ได้ดูแลการรับประทานยาต่อหน้ากันอย่างจริงจัง เมื่อไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยบางรายที่ดูแลโดยญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง พบว่ายารักษาวัณโรคยังมีเหลืออยู่จำนวนมากและไม่ตรงกับจำนวนวันที่ผ่านไปแล้ว การพิสูจน์ว่าการดูแลการรับประทานยากันจริงหรือไม่ก็เป็นเรื่องยาก ในการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยไม่แจ้งล่วงหน้า (Surprised visit) แม้จะพบว่ามีการทำเครื่องหมายประจำวันในบัตรกำกับการรับประทานยา และจำนวนยาที่เหลือถูกต้องตามจำนวนวันจริง แต่ก็ไม่แน่ว่าจะมีการดูแลการรับประทานยาต่อหน้ากันจริง เมื่อซักไซ้ไ้เรียงกันอย่างจริงจังมักพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาเองเกือบทั้งหมด ญาติผู้ป่วยมักจะทำหน้าที่แค่เตือนเท่านั้น ข้อจำกัดหรือจุดอ่อนอีกประการหนึ่งของการทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยคือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยไม่แจ้งล่วงหน้าโดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดมักไม่ได้ปฏิบัติกัน อาจเนื่องจากคิดว่าได้มอบหมายความรับผิดชอบให้ญาติผู้ป่วยไปแล้ว ไม่จำเป็นต้องเยี่ยมบ้านก็ได้ การทำ DOT ในลักษณะเช่นนี้ที่ทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพไม่ได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามเกณฑ์ยังสมควรเรียกและยอมรับว่าเป็นการรักษาวัณโรคด้วยการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าหรือเป็นการทำ DOT อยู่อีกหรือไม่...

หากระบบสุขภาพไม่สามารถมั่นใจได้ว่าจะมีการรับประทานยาต่อหน้าจริงที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างถูกต้องจริงและผู้ป่วยมีโอกาสหายได้สูงจริงแล้ว แม้เราจะทุ่มเททรัพยากรต่าง ๆ มากมายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รอบข้างหรือข้างเคียงการทำ DOT ก็คงมีสามารถทดแทนการทำ DOT

ที่แท้จริงได้ และหากมิได้มีการทำ DOT จริงก็เปรียบเสมือนมิได้ทำอะไรให้กับผู้ป่วยวัณโรคเลย เพราะคงเหมือนกับเราให้การรักษาทตามยถากรรมหรือตามดวงของผู้ป่วย แล้วแต่ผู้ป่วยจะบังเอิญ โชคดีหายจากโรคแม้จะได้รับการยาไม่ถูกต้องและไม่ครบ แต่ก็ยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงและมีโอกาส เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาได้สูงอยู่ดี ดังนั้น การทำ DOT โดยญาติผู้ป่วยที่ยังมีการทำกันอยู่เป็นส่วนมาก ในประเทศไทย จะสมควรได้รับการทบทวนกลยุทธ์นี้ให้ถูกต้องตามคำแนะนำมาตรฐานสากลของ นานาชาติแล้วหรือไม่โดยการไม่ให้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง แต่ควรพิจารณาให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เป็นพี่เลี้ยงหลักเท่านั้น

DOT: Patient-centered service

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า หรือ การทำ DOT ต้อง ตั้งจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่โดยความสะดวกที่สุด ผู้ป่วยบางรายอาศัยอยู่ใกล้กับสถานีนามัยที่ไม่ใช่พื้นที่รับผิดชอบผู้ป่วย ส่วนสถานีนามัยที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบจริงของผู้ป่วยอาจอยู่ไกลมากกว่า บางรายเป็นระยะทางนับสิบกิโลเมตร การรักษาด้วยวิธีการทำ DOT จึงต้องยึดถือเอาผู้ป่วยวัณโรคเป็นศูนย์กลางของการรักษา กล่าวคือ ให้ผู้ป่วยไปรับประทานยาต่อหน้าที่สถานีนามัยหรือสถานบริการด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยสะดวกมากที่สุด เจ้าหน้าที่สถานีนามัยบางท่านอาจมีความคิดเห็นว่าการรักษาผู้ป่วยวัณโรคนอกพื้นที่อาจไม่ได้นับเป็นผลงาน จึงปฏิเสธการทำ DOT ให้แก่ผู้ป่วยวัณโรคนอกพื้นที่ไป กรณีที่เกิดขึ้นจริงคือมีผู้ป่วยวัณโรครายหนึ่งเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลได้แนะนำให้ผู้ป่วยไปรับการทำ DOT ที่สถานีนามัยใกล้บ้านแต่มีใช่สถานีนามัยพื้นที่รับผิดชอบของผู้ป่วย แต่เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะได้รับความสะดวกมากที่สุด เพราะสถานีนามัยที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบผู้ป่วยตั้งอยู่ไกลมากจากบ้านผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยถือยารักษาวัณโรคเป็นจำนวน 1 เดือนไปที่สถานีนามัยดังกล่าวในวันรุ่งขึ้น ผู้ป่วยจึงไปติดต่อที่สถานีนามัยใกล้บ้านในวันต่อมา แต่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยเห็นว่ามิใช่เป็นผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ จึงแนะนำให้ผู้ป่วยไปที่สถานีนามัยพื้นที่รับผิดชอบของผู้ป่วยซึ่งอยู่ไกลออกไปมาก ผู้ป่วยจึงนำยาวัณโรคไปติดต่อที่สถานีนามัยนั้นด้วยความมุงงง แต่เมื่อไปที่สถานีนามัยใหม่แล้ว เจ้าหน้าที่สถานีนามัยพื้นที่รับผิดชอบนั้น เห็นว่าผู้ป่วยอยู่ใกล้สถานีนามัยแรกกว่า การไปรับประทานยาที่นั่นน่าจะสะดวกคืออยู่แล้ว ก็แนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปติด

ต่อสถานื่อนามัยเดิมอีก ผู้ป่วยจึงนำยาวัณโรคลงจากสถานื่อนามัยและกลับไปรับประทานยาเองที่บ้าน โดยกว่าที่เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลจะทราบก็ต่อเมื่อถึงวันนัดเดือนถัดมา ถ้าผู้ป่วยเกิดแพ้ยาวัณโรคและลองรับประทานยาเองหรือไปติดต่อโรงพยาบาลอื่น ก็เปรียบเสมือนระบบสุขภาพในพื้นที่อำเภอมิได้เข้ามามีส่วนรับผิดชอบในการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด กรณีเช่นนี้จึงไม่ควรจะเกิดขึ้นในประเทศไทยที่ได้รับการยกย่องบ่อยครั้งจากเวทีนานาชาติว่ามีระบบโครงสร้างสาธารณสุขในประเทศที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งในโลก การรักษาผู้ป่วยรายนี้จึงสมควรต้องได้รับการวางแผนการรักษาที่ดีจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ มิใช่ต่างคนต่างแนะนำ ต่างผลึกความรับผิดชอบ จนผู้ป่วยรู้สึกเหมือนขาดที่พึ่งจากระบบสุขภาพในพื้นที่ หากระบบสุขภาพดีจริง ก็สมควรมีการประสานงานจากเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลไปยังสถานื่อนามัยทั้งสองเพื่อให้สถานื่อนามัยพื้นที่รับผิดชอบทราบว่าผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ จะได้เป็นประโยชน์ทางระบาดวิทยาและการควบคุมโรค ส่วนสถานื่อนามัยใกล้บ้านผู้ป่วยก็สมควรรับผู้ป่วยไว้ทำ DOT และมีใจเอื้อเพื่อแก่ผู้ป่วยด้วย มิใช่คิดถึงแต่ผลงานตัวเลขอย่างเดียว โดยมองข้ามสิ่งที่เป็นจริงว่าสมควรต้องปฏิบัติอย่างไร การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการทำ DOT จึงต้องยึดถือเอาผู้ป่วยวัณโรคเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกที่สุดในการรับประทานยาต่อหน้า อันจะทำให้เกิดผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดนั่นเอง

DOT: ความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ

ถ้าเจ้าหน้าที่ท่านใดเคยเป็นพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาต่อหน้าจนได้รับการรักษาหายไปแล้วอย่างน้อย 1-2 รายขึ้นไป เจ้าหน้าที่ที่เป็นพี่เลี้ยงเช่นนี้ก็มักจะรู้สึกพึงพอใจในหน้าที่ของตนเอง คิดเห็นส่วนตัวคิดว่าการทำงานที่ของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่เป็นพี่เลี้ยงหรือได้ทำ DOT จริง ๆ นั้น ได้ทำหน้าที่ที่ยิ่งใหญ่ เพราะเจ้าหน้าที่ได้มีความเพียรพยายามในการดูแลด้วยมือของเขาที่หยิบยาให้ผู้ป่วยรับประทานต่อหน้า และเห็นได้ด้วยตาของตัวเองว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างไรตามลำดับและได้รับการรักษาหายในที่สุด เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ที่ได้ทำ DOT ด้วยตนเองจึงมีความภาคภูมิใจและพึงพอใจต่อบริการที่เขาได้มีส่วนช่วยเหลืออย่างจริงจังกแก่ผู้ป่วยวัณโรค และสามารถช่วยป้องกันอันตรายให้ชุมชนของเขาได้ด้วย

ส่วนผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ DOT ที่สถานบริการด้านสุขภาพ มักจะเกิดความพึงพอใจ เนื่องจาก เมื่อมารับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ก็จะถามไถ่ถึงอาการต่างๆ ว่าดีขึ้นหรือไม่ มีอาการข้างเคียงจากยาหรือไม่ รับประทานยาได้หรือไม่ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีคนคอยห่วงใย เอาใจใส่เขาอย่างจริงจัง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และต้องการมารับประทานยาดัดต่อกัน ครบกำหนดจนได้รับการรักษาหายในที่สุด ผู้ป่วยบางรายจึงกล่าวว่า หากไม่มีเจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่และคอยให้กำลังใจ เขาคงจะเลิกรับประทานยาก่อนครบกำหนดไปนานแล้ว

การทำ DOT จึงสามารถสร้างความพึงพอใจให้ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ นับเป็นเรื่องมหัศจรรย์อย่างหนึ่ง

DOT: วัฒนธรรมใหม่ของชุมชน

เมื่อทำ DOT อย่างจริงจังโดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพไปสักระยะหนึ่ง จะพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ที่วินิจฉัยใหม่ จะยอมรับการเดินทางมาทำ DOT ที่สถานบริการด้านสุขภาพโดยมีการเงื่อนไขต่อรองลดลงอย่างมาก บ่งถึง การยอมรับหรือรับรู้ของชุมชนว่า การรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่เป็นเรื่องปกติของการรักษาวัณโรคให้หายขาด เนื่องจาก มีตัวอย่างของการรักษาที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นในชุมชนเอง ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ DOT ที่สถานบริการและได้รับการรักษาหายไปแล้ว จะเป็นต้นแบบของการรักษาโดยการทำ DOT และอาจช่วยชักจูงโน้มน้าวให้ผู้ป่วยวัณโรครายอื่นๆ ยอมมารับบริการ DOT ด้วย ดังนั้น หากเครือข่ายอำเภอใดที่ทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างจริงจัง ก็จะมีการรับรู้และตระหนักของชุมชนโดยอัตโนมัติ และเกิดเป็นวัฒนธรรมใหม่ของชุมชนด้านการรักษาวัณโรคด้วยการทำ DOT ขึ้นมาได้ แต่หากทำ DOT โดยญาติผู้ป่วย ก็จะไม่มีโอกาสเกิดวัฒนธรรมเช่นนี้ขึ้นมา วัฒนธรรมชุมชนเช่นนี้ นับเป็นพัฒนาการอย่างหนึ่งของการทำ DOT ที่จะเกิดขึ้นจากการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าโดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพนั่นเอง นับเป็นความมหัศจรรย์อีกอย่างหนึ่งของ DOT

DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในประเทศไทย...จำเป็นต้องทำและทำได้หรือไม่

ประสบการณ์ตรงการทำ DOT ที่ศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช (ปัจจุบัน คือ งานวัณโรค กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเรื้อน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) โดยการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าโดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นพี่เลี้ยงทำได้ถึงประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ทั้งหมด ประสบการณ์ที่ได้ พบว่า การทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ จะเกิดขึ้นได้หรือไม่ ขึ้นกับปัจจัยสำคัญที่สุด คือ ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเองว่าทำไมต้องทำ DOT หากเจ้าหน้าที่เข้าใจ แม้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลออกไป ก็ยังได้รับการ DOT โดยเจ้าหน้าที่ แต่หากเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจ แม้บ้านผู้ป่วยอยู่หน้าสถานบริการ ผู้ป่วยก็ไม่มีโอกาสได้รับการ DOT ที่ถือว่าเป็นมาตรฐานการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ดังนั้น DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพนั้น “ทำได้” หากเจ้าหน้าที่เข้าใจว่าทำไมต้องทำ DOT และ “ต้องทำ” หากเราต้องการจะควบคุมวัณโรคให้ได้ เพราะยังไม่มีกลวิธีอื่นใดที่จะควบคุมวัณโรคได้

สรุป

การควบคุมวัณโรคให้สำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยหลักการที่ถูกต้องและชัดเจน ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญที่สุดในการควบคุมวัณโรค การทำ DOT ต้องทำอย่างจริงจังเพื่อป้องกันการดื้อยาไรแฟมพิซินซึ่งถือว่าเป็นยาที่ดีที่สุดสำหรับรักษาวัณโรค เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพต้องทำความเข้าใจว่า ระบบสุขภาพและเจ้าหน้าที่เองที่ต้องรับผิดชอบต่อการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรค การบริหารจัดการยาวัณโรคโดยการจัดหาโดยองค์กรเดียวกันก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้ควบคุมวัณโรคประสบผลสำเร็จ หากทำ DOT อย่างจริงจังจะทำให้เกิดความมหัศจรรย์บางอย่าง ได้แก่ เกิดความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ และเกิดเป็นวัฒนธรรมใหม่ของชุมชนด้านการรักษาผู้ป่วยด้วย DOT ได้ การทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นผู้กำกับดูแลการรับประทานยาต่อหน้าเป็นสิ่งที่ “ทำได้” ในประเทศไทยและเป็นสิ่งที่ “ต้องทำ” หากเราต้องการควบคุมวัณโรคให้ได้ผล

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention, USA. Improving Patient Adherence to Tuberculosis Treatment. Revised 1994.
2. Stop TB, World Health Organization. An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6(5): 380.
3. Toman K. Tuberculosis Case-Finding and Chemotherapy, Questions and Answers. Geneva: World Health Organization; 1979.
4. World Health Organization. An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control. 2002. WHO/CDS/TB/2002.297.
5. World Health Organization. Guidelines for the Management of Drug-Resistant Tuberculosis. 1997. WHO/TB/96.210 (Rev.1).
6. World Health Organization. Managing Tuberculosis at District Level: A Training Module. 1994.
7. World Health Organization. Questions - Answers about the DOTS Strategy. 1997. WHO/TB/97.225.
8. World Health Organization. Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes. 3rd. edition. 2003. WHO/CDS/TB/2003.313.
9. World Health Organization. What is DOTS? – A Guide to Understanding the WHO-Recommended TB Control Strategy Known as DOTS. 1999. WHO/CDS/CPC/TB/99.270.
10. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Regional Strategic Plan on HIV/TB. 2003.
11. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Stopping Tuberculosis. 2000.

12. World Health Organization/Stop TB “Global TB Drug Facility”. Frequently Asked Questions about the 4-Drug Fixed-Dose Combination Tablet Recommended by the World Health Organization for Treating Tuberculosis. June 2002.
13. ปฐมา วรดี, พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. การศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคที่มากินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2545.
14. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT?. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2544; 22: 195-198.
15. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ, ชลดา ยวนแหล, ผกาวัลย์ แดหว่า. การดำเนินงาน DOT (Directly-Observed Treatment) โดยมอบหมายการเป็นพี่เลี้ยงให้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย: รูปแบบของศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2542-2543. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2545; 20(2): 69-78.

ผู้เขียน



ชื่อ-สกุล	นายพันธ์ชัย รัตนสุวรรณ
ตำแหน่ง	นายแพทย์ 9 วช ด้านเวชกรรมป้องกัน
สังกัด	กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเรื้อน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
การศึกษา	ประถมศึกษา โรงเรียนชูศิลป์วิทยา และโรงเรียนศรีธรรมราชศึกษา จ.นครศรีธรรมราช มัธยมศึกษา โรงเรียนเบญจมราชูทิศ จ.นครศรีธรรมราช แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (พ.ศ. 2533) สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (พ.ศ. 2535) อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขวงสาธารณสุข แพทยสภา (พ.ศ. 2540) สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (พ.ศ. 2542) วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (ระบาดวิทยา) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (พ.ศ. 2546)
การศึกษาดูงาน	พ.ศ. 2538 หลักสูตร Tuberculosis Control II (4 เดือน) ณ ประเทศญี่ปุ่น พ.ศ. 2545 หลักสูตร Tuberculosis Control (3 สัปดาห์) ณ ประเทศเกาหลีใต้
การทำงาน	พ.ศ. 2533 – 2535 นายแพทย์ 4 โรงพยาบาลปะนาเระ (10 เดือน) จ.ปัตตานี พ.ศ. 2535 – 2536 นายแพทย์ 5 โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ (30 เดือน) จ.นครศรีธรรมราช พ.ศ. 2537 – 2545 นายแพทย์ 6, นายแพทย์ 7 วช และนายแพทย์ 8 วช รักษาการผู้อำนวยการศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช พ.ศ. 2546 ถึงปัจจุบัน นายแพทย์ 9 วช สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จ.นครศรีธรรมราช
Home page	www.geocities.com/phanchai