

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในเครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดระนอง

พรเลิศ จิตต์ประทุม

โรงพยาบาลระนอง

บทคัดย่อ

ในปีงบประมาณ 2545-2548 ผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดระนองมีอัตราการรักษาสำเร็จ (success rate) ร้อยละ 54.09-70.13 ซึ่งไม่บรรลุแนวทางที่องค์การอนามัยโลกกำหนด การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระบบบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรครูปแบบใหม่ (facility-based DOTS) และระบบบริการรูปแบบเดิม (home-based DOTS) เริ่มเก็บข้อมูลในปีงบประมาณ 2547-2550 โดยทบทวนเวชระเบียน ในระยะ 1 ตุลาคม 2546 - 30 กันยายน 2550 และวิเคราะห์ความสำเร็จของการรักษาจำนวน 281 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ chi-square test การศึกษาพบว่าความสำเร็จของการรักษาวัณโรคมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบเดิม (67.78%) กับแบบใหม่ (80.92%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.021) ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการดูแลรูปแบบใหม่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.83 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 47.17

คำสำคัญ: DOTS, คุณภาพชีวิต, อัตราสำเร็จการรักษา

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างกว้างขวางทั่วทุกภูมิภาคของโลก อันเนื่องมาจากการกลับมาระบาดใหม่ของวัณโรคมีความรุนแรงมากกว่าที่ผ่านมาและอาจเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ รวมทั้งภาวะเชื้อดื้อยาหลายขนานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 17 ของ 22 ประเทศที่ยังไม่สามารถควบคุมวัณโรคได้ ปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องคือผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเอดส์ ปัญหาการเคลื่อนย้ายประชากรเข้าสู่

เมืองใหญ่ทำให้เกิดความแออัด ปัญหา วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR - TB) ปัญหาวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างชาติ ปัญหาวัณโรคในเรือนจำ เป็นต้น จากปัญหาและความรุนแรงของวัณโรคที่เพิ่มขึ้นประเทศไทยจึงได้นำยุทธศาสตร์ในการควบคุมวัณโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาใช้เป็นทางการในพ.ศ. 2540⁽¹⁾ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment, Short Course : DOTS)⁽²⁾ โดยมีเป้าหมายให้มีอัตราการรักษา

สำเร็จ (success rate) ในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกไม่น้อยกว่าร้อยละ 85⁽³⁾ และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับปานกลางและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือมีฐานะยากจน⁽⁴⁾ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาแม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม⁽⁵⁾ ในทางการแพทย์ได้กำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายในการให้บริการการรักษาพยาบาล เนื่องจากแนวคิดในการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย⁽⁶⁾

จังหวัดระนองได้เริ่มนำกลยุทธ์ DOTS มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่ พ.ศ. 2543 และมีการดำเนินงานในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานทั้งด้านปัจจัยสนับสนุนภายใน ได้แก่ การพัฒนาโครงสร้าง การพัฒนาระบบงาน การพัฒนาบุคลากร และปัจจัยสนับสนุนภายนอก ได้แก่ นโยบายแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การนิเทศติดตามงาน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณ แต่จากข้อมูลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545-2548 พบว่า อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 54.09-70.13 และอัตราการขาดการรักษา ร้อยละ 5.33-16.13 ตามลำดับ ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายที่ประเทศไทยกำหนดตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครูปแบบเดิมคือจัดจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยกลับบ้านและเน้นการใช้ญาติเป็นที่เลี้ยงหรือผู้กำกับการกินยา (home-based DOTS)⁽⁷⁾ เป็นอันดับแรกเนื่องจากเป็นบุคคลใกล้ชิดและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางจึงทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือเจ้าหน้าที่ขาดการติดตามเยี่ยมบ้านและการประเมินปัญหาของผู้ป่วยรวมถึงสถานการณ์เอ็ดส์และเชื้อวัณโรคคือยา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อแผนพัฒนางานควบคุมวัณโรคในพื้นที่จังหวัดระนอง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราการรักษาสำเร็จและมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดูแลตนเอง

ได้และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นปกติสุข จึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครูปแบบใหม่ในปีงบประมาณ 2549 โดยเน้นการพัฒนากระบวนการผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล ระบบการประสานงานในเครือข่ายให้ชัดเจนมากขึ้น รวมถึงการใช้กลวิธีที่เน้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เลี้ยงอันดับแรก (facility-based DOTS) จึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระบบบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรครูปแบบใหม่และระบบบริการรูปแบบเดิมในเครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดระนอง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยรวบรวมข้อมูลจากประวัติทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด ซึ่งผู้ป่วยทุกรายถูกชักประวัติและตรวจร่างกาย รวมทั้งได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยดำเนินงานเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดิม จำนวน 149 คน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547-2548 และปรับเปลี่ยนมาใช้รูปแบบใหม่ จำนวน 132 คน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549-2550 โดยเริ่มศึกษาในระยะ 1 ตุลาคม 2546 - 30 กันยายน 2550 และศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการดูแลรูปแบบใหม่โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ประเมินหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค 3 เดือน และกำหนดเกณฑ์การจัดระดับคุณภาพชีวิต คือ คะแนน 96-130 คะแนน อยู่ในระดับดี คะแนน 61-95 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 26-60 คะแนน อยู่ในระดับไม่ดี⁽⁸⁾

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรครูปแบบใหม่ในเครือข่ายอำเภอเมืองจังหวัดระนอง โดยจัดประชุมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค

โรงพยาบาลระนอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอเมืองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ระบบการคัดกรองผู้ป่วย

คัดกรองผู้รับบริการที่มีอาการน่าสงสัยว่าเป็นวัณโรคตามแนวทางการคัดกรองวัณโรค⁽²⁾

กรณีที่มาใช้บริการที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคเจ้าหน้าที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกประสานงานกับคลินิกวัณโรคในการขึ้นทะเบียนรักษาและดูแลตามระบบ DOTS

2. ระบบการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคในเครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดระนอง

ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่รักษาในคลินิกพิเศษ เช่น คลินิกศัลยกรรมกระดูก คลินิกอายุรกรรม ต้องแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่กับคลินิกวัณโรค และให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการปฏิบัติตัว รวมถึงให้คำปรึกษาการตรวจเลือดเอช ไอ วีและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากนั้นทำแผนที่บ้านและระบุแนวทางการติดต่อ

เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคทำความเข้าใจและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยในการกินยาตามระบบ DOTS พร้อมทั้งช่วยคัดเลือกที่เลี้ยงโดยใช้กลวิธี facility-based DOTS (เน้นให้ผู้ป่วยมากินยาที่สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เลี้ยงอันดับแรก) (รูปที่ 1) กรณีที่ต้องใช้กลวิธี home-based DOTS (ผู้ป่วยกินยาที่บ้านโดยมีผู้กำกับดูแล เช่น ญาติ เพื่อน) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ในช่วงการรักษาระยะเข้มข้น เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (รูปที่ 2)

3. ระบบการจัดส่งยา

คลินิกวัณโรคนัดให้ผู้ป่วยไปรับยาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านในวันศุกร์ของสัปดาห์นั้น โดยไม่จัดจ่ายยาให้กับผู้ป่วยกลับบ้าน ยกเว้นผู้ป่วยที่อาศัยบริเวณเกาะชายนายแดนไทย/พม่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพประมง

กรณีที่ผู้ป่วยวัณโรคที่เคยกินยามาก่อน เช่น รักษามาจากโรงพยาบาลอื่นหรือคลินิกเอกชนในครั้งนี้อาจมารับการรักษาต่อที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลระนอง หลังจากพบแพทย์เจ้าหน้าที่จะจัดยาให้กับผู้ป่วยเพียงพอให้ผู้ป่วยไปรับยาต่อที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านในวันศุกร์ของสัปดาห์นั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

กรณีสถานบริการสาธารณสุขที่มียาวัณโรค เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ศูนย์สุขภาพชุมชนทางคลินิกวัณโรคส่งต่อผู้ป่วยและแนะนำให้ไปพบเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในวันนั้น

มีระบบการจัดส่งยาวัณโรคระหว่างคลินิกวัณโรคกับศูนย์สุขภาพชุมชนโดยส่งผ่านทางสาธารณสุขอำเภอเมือง

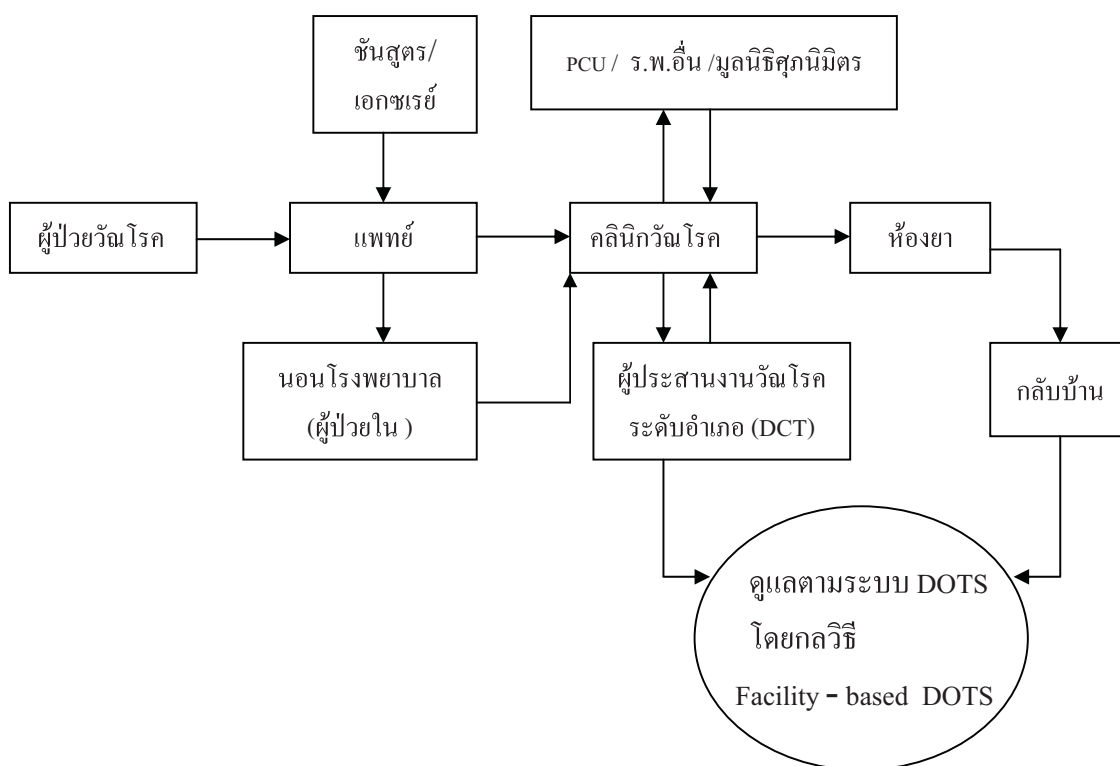
4. ระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน

ตามปรกตินั้นส่งไปรษณียบัตรแจ้งวันนัดล่วงหน้าตามชื่อ- ที่อยู่ของผู้ป่วยวัณโรค กรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด มีการติดตามโดยการโทรศัพท์แจ้งเตือนหรือประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในการติดตาม หลังจากนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาด้านการรักษาที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์สุขภาพชุมชน

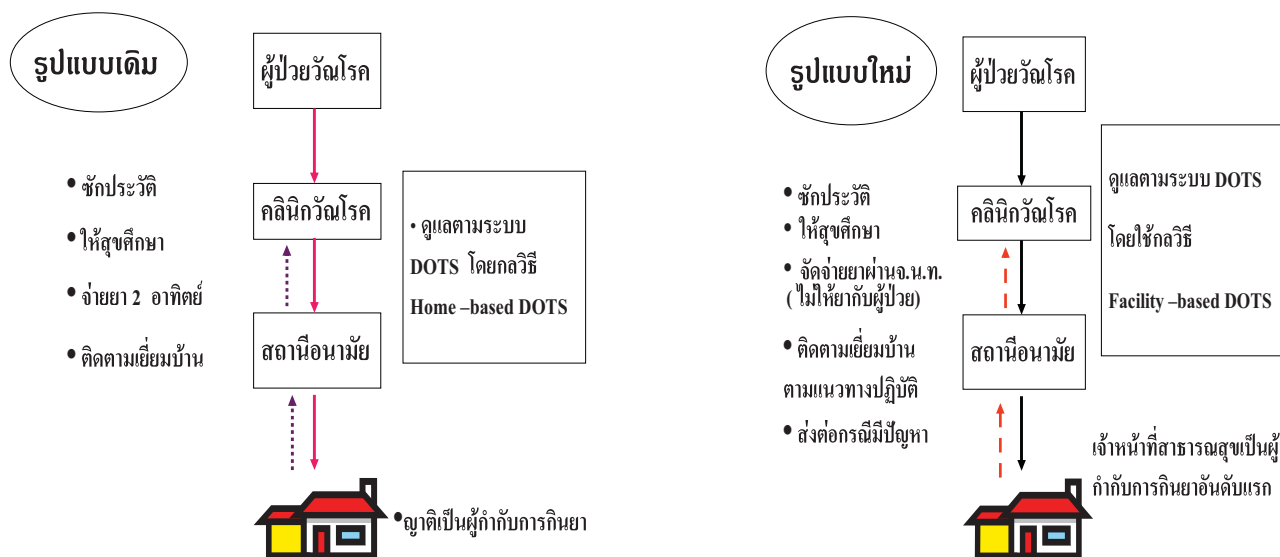
กรณีผู้ป่วยวัณโรคต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและดูแลให้ผู้ป่วยกินยาตามแผนการรักษาประสานงานกับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคในการติดตามดูแลและส่งต่อผู้ป่วยตามระบบ DOTS (รูปที่ 1)

นิยามศัพท์

1. รักษาหายขาด (Cure) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกเมื่อวินิจฉัยซึ่งเมื่อกินยาสม่ำเสมอจนครบกำหนด มีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยมีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย
2. รักษาครบ (Treatment Complete) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกเมื่อวินิจฉัยและมีผลเสมหะเป็นลบเมื่อรักษาครบในช่วงเข้มข้นแต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุด



รูปที่ 1 ระบบการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคในเครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดระนอง



รูปที่ 2 เปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการปรับระบบการให้บริการ

การรักษา

3. อัตราการรักษาสำเร็จ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเสมอพบเชื้อรายใหม่ ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกันในปีเดียวกันกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีนั้น

4. การดูแลรูปแบบใหม่ (Facility-based DOTS) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS โดยคัดเลือกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงอันดับแรก

5. การดูแลรูปแบบเดิม (Home-based DOTS) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS โดยคัดเลือกญาติเป็นพี่เลี้ยงอันดับแรก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการประเมินผลนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประเภทพี่เลี้ยงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ความสำเร็จในการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับแบบใหม่ โดยใช้สถิติ chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรมการดูแลแบบใหม่ ทั้งหมด 132 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.06 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี ร้อยละ 37.12 และสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.61 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือ อนุปริญญา ร้อยละ 50 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.09 (ตารางที่ 1)

การดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยใช้กลวิธีการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 - 2548 ใช้รูปแบบ home - based DOTS เป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ มีญาติเป็นพี่เลี้ยงร้อยละ 35.48 และ 23.61 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีพี่เลี้ยงตามลำดับ ต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนกลวิธีมาใช้ระบบ facility - based DOTS ในปีงบประมาณ 2549 - 2550 ได้มีการปรับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรมการดูแลแบบใหม่ (n=132 คน)

ข้อมูลประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	74	56.06
หญิง	58	43.94
อายุ (ปี)		
15-24	22	16.67
25-34	31	23.48
35-44	49	37.12
45-54	18	13.64
55-60	5	3.79
>60	7	5.30
สถานภาพสมรส		
คู่	80	60.61
โสด	31	23.48
หย่า	12	9.09
หม้าย	9	6.82
การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	62	46.97
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	66	50.00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	3.03
อาชีพ		
รับจ้าง	45	34.09
แม่บ้าน	35	26.51
นักเรียนหรือนักศึกษา	18	13.64
ธุรกิจส่วนตัว	18	13.64
รับราชการ	12	9.09
ประมง	4	3.03

เปลี่ยนจากญาติเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 89.06 และ 91.94 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

อัตราการรักษาสำเร็จ ของผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบรายใหม่ที่ได้รับการดูแลรูปแบบใหม่ ร้อยละ 80.30 สูงกว่าการได้รับการดูแลรูปแบบเดิม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ประเภทที่เสี่ยงในการกำกับการกินยาของกลุ่มตัวอย่างในเครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดระนอง (ปีงบประมาณ 2547 - 2550)

ปีงบประมาณ	จำนวน (คน)	จำนวนที่เสี่ยง - คน (%)				
		ไม่มี	มี			
			เจ้าหน้าที่	อสม.**	ญาติ	รวม
Home-based DOTS						
2547	72	10 (13.89)	38 (61.29)	-	22 (35.48)	62 (86.11)*
2548	77	5 (6.49)	53 (73.61)	2 (2.78)	17 (23.61)	72 (93.51)
Facility-based DOTS						
2549	67	3 (4.48)	57 (89.06)	2 (3.13)	5 (7.81)	64 (95.52)
2550	65	3 (4.62)	57 (91.94)	-	5 (8.06)	62 (95.38)

หมายเหตุ *มีที่เสี่ยงอื่น ๆ อีก 2 คน (3.22%)

**อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

ตารางที่ 3 ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา (2547 - 2550)

รูปแบบ	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ - คน (%)				
	รักษาสำเร็จ	ล้มเหลว	เสียชีวิต	ขาดการรักษา	โอนออก
Home-based DOTS (n=149 คน)	101 (67.79)	9 (6.04)	26 (17.45)	11 (7.38)	2 (1.34)
Facility-based DOTS (n=132 คน)	106 (80.30)	7 (5.30)	14 (10.61)	4 (3.03)	1 (0.76)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสำเร็จในการรักษาวัณโรคระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับแบบใหม่

ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค	รูปแบบเดิม (จำนวน)	รูปแบบใหม่ (จำนวน)	χ^2	p-value
สำเร็จ*	101	106	5.43	0.0212*
ไม่สำเร็จ**	46	25		

หมายเหตุ * $p < 0.05$

**ไม่รวมผู้ป่วยที่โอนออก

ความสำเร็จของการรักษาวัณโรคมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับแบบใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.0212) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลรูปแบบใหม่มีความสำเร็จในการรักษามากกว่า (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสำเร็จ (n=106 คน)

ระดับคุณภาพชีวิต (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
ดี (96 - 130)	50	47.17
ปานกลาง (61 - 95)	56	52.83
ไม่ดี (26 - 60)	0	0

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสำเร็จทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตดีและปานกลางทั้งนี้ มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางร้อยละ 52.83

วิจารณ์

DOTS เป็นกลยุทธ์ที่องค์การอนามัยโลกเน้นเป็นแนวทางหลักในการควบคุมวัณโรค โดยเฉพาะในเรื่องการกินยาภายใต้การควบคุมกำกับ (DOT: Directly Observed Treatment) ซึ่งมีการนำมาใช้ในหลายประเทศและผลการรักษาดีมาก^(9,10) และจากผลการศึกษารูปแบบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้กลวิธี Facility - based DOTS ในเครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดระนอง^(1,2) พบว่า การเลือกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลกำกับการกินยาเป็นอันดับแรก มีผลดีกว่าการให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹¹⁾ พบว่าผู้ดูแลกำกับการรักษาวัณโรคส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการขาดยาค่อนข้างสูงทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่ครบขนาด บางทีเลือกกินยาเฉพาะบางชานาน บุคคลที่ทำหน้าที่ให้ DOTS ควรเลือกญาติเป็นอันดับสุดท้าย และควรเลือกเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรประจำสถานอนามัยโรงพยาบาล หรือ อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน เป็นอันดับแรก เพราะสามารถทำให้อัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้นจากเดิม และผู้ป่วยวัณโรคเกินครึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง แต่อัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคไม่ถึงร้อยละ 85 ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ซึ่งสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีส่วนหนึ่งมาจากความล่าช้าในการวินิจฉัยโรค การดื้อยา หรือความรุนแรงของเชื้อวัณโรค เป็นต้น และจากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลระนองได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยมีการให้คำปรึกษาในการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และรักษาผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในการที่จะบรรลุเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก นั้นยังมีปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน การขึ้น

ทะเบียนรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างเข้มแข็ง การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมวัณโรคตามแนวทาง DOTS การเผยแพร่ความรู้เรื่องวัณโรคให้แก่ประชาชนทั่วไป รวมถึงการประสานงานระหว่างหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณกัลยาณี นาคฤทธิ คุณศิริโรจน์ โชติก-สถิตย์ และคุณเสาวณีย์ พงษ์ผึ่ง พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องที่ได้กรุณาช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้งานวิจัยได้รับความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ยุทธิชัย เกษตรเจริญ. หลาย ๆ มุมมองเกี่ยวกับ DOTS. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2551; 29: 75-80.
2. กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. Management of tuberculosis. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2548.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2548.
4. ชาญชัย ปัญญาทอง. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลอุดรธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
5. จิรนุช สมโชค. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเบาหวาน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
6. วรรณิสา สามารถ. คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
7. Punggrassami P, Johnsen SP, Chongsuvivatwong V, Olsen J, Sorensen HT. Practice of Directly Observed Treatment (DOT) for tuberculosis in southern Thailand: comparison between different types of DOT observers. Int J Tuberculosis Lung Diseases 2002; 6:389-95.
8. WHO Programme on Mental Health. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version December

1996. Geneva : WHO; 1996.
9. วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์. International standards of tuberculosis care. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2551; 29:11-25.
 10. WHO. Global tuberculosis control. [on line] 2007; Available from: URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2007/pdf/tha.pdf
 11. โอภาส การณ์ภินพวงศ์. การเพิ่มประสิทธิภาพงานควบคุมวัณโรคด้วยวิธีการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงโดยการติดตามประเมินผลเชิงรุกแบบใหม่. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2548; 26 (3):199-209.
 12. ศิริรัตน์ บุญจรัส, นฤมล เจริญศิริพรกุล. Adherence of TB patients. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2549; 27:296-306.

**Abstract Effectiveness of Pulmonary Tuberculosis Care in Amphoe Mueang, Ranong Province
Pornlert Jitpratoom**

Ranong Hospital

Journal of Health Science 2008; 17:SVIII1965-72.

During 2003-2005, the outcomes of the health care service for pulmonary tuberculosis in Ranong Hospital, the tertiary-care hospital in provincial area of Thailand showed only 54.09-70.13 percent success rate based on the pulmonary tuberculosis population, which failed to follow the guideline of World Health Organization (WHO). Hence, a change to the new method for anti-tuberculosis drugs administration, was called for. In this retrospective descriptive study the OPD card of the 281 patients diagnosed with pulmonary tuberculosis from 1 October 2003 to 30 September 2007 were reviewed. The outcomes of the new and the old programs for pulmonary tuberculosis care service were compared.

The results showed the statistical difference (p-value 0.021) between the success rate of in the old program (67.78%) and in the new program (80.92%). The quality of life of the patients 47.17 percent after the new program was classified in a good level and 52.83 percent in a middle level.

Key words: DOTS, quality of life, success rate