

## การทำงานวัณโรคในสังคมเมืองยากจริงหรือ?

นัชชา แสงวัชรสุนทร พย.บ.

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

### บทคัดย่อ

ความท้าทายในการควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความแออัดของประชากร แรงงานเคลื่อนย้าย ประชากรยากจนส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้น้อย คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (TB Clinic) ของสถาบันบำราศนราดูรให้บริการแบบเบ็ดเสร็จครบวงจรในจุดเดียวกัน (one stop service) โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคสำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ สถาบันฯได้ดำเนินงานป้องกัน และควบคุมวัณโรคภายใต้กลยุทธ์ DOTS โดยเน้นการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงและการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน DOTS ในพื้นที่เขตเมือง ได้แก่ การทำงานเป็นทีมและเครือข่าย 1) ทีมบุคลากรด้านวัณโรคของสถาบันที่มีความรู้และประสบการณ์ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน 2) เครือข่ายวัณโรคทั้งสถานบริการ และชุมชนในพื้นที่ที่ร่วมกันพัฒนาระบบการส่งต่อและการเฝ้าระวังผู้ป่วยทั้งภายในเขตเมืองนนทบุรี และกลับไปรักษาต่อจังหวัดบ้านเกิด โดยการใช้แอปพลิเคชันในการประสานงานเครือข่ายในพื้นที่ และการติดตามผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประสานหลักและมีสมาชิกเป็นผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจากสถาบันบำราศนราดูร สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลชลประทาน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขต่างเข้าร่วมกลุ่มทำให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และรวดเร็วเกิดความสะดวกในการประสานส่งต่อการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยในพื้นที่

**คำสำคัญ:** บริการแบบเบ็ดเสร็จครบวงจร, กลยุทธ์DOTS, แอปพลิเคชันไลน์

## Is Urban TB Control Challenging?

**Natcha Sangwacharasontone B.N.S.**

*Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,  
Department of Disease Control, Ministry of Public Health*

### ABSTRACT

It has been challenged for TB control in urban settings due to several factors, among them overcrowding, the presence of a significant population of seasonal migrants, and larger numbers of poor people with little access to healthcare. TB Clinic in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute (BIDI) developed of a “one stop service” for TB patient registration in the large hospitals by Multidisciplinary team. Activities of BIDI for TB prevention and control program by DOTS strategy are including TB case finding in risk groups and TB case management.

The Key successes of the urban DOTS are “Teamwork” and “Network” 1) The BIDI TB team is made up of experienced and knowledgeable doctors, nurses, pharmacists, counselors, social workers and BIDI back officers. 2) TB network healthcare officers and facilities who are involved in the community, improving the system for referral and transfer of patients both within city and back to their home provinces. Using the application Line® with Nonthaburi Provincial Health Office as a focal TB coordinator and members are all TB coordinators from public and private sectors, Medical hospital and sub-district health promotion hospitals in Nonthaburi Province for network coordinating and tracing TB patients.

**Key words:** *one stop service, DOTS strategy, application Line®*

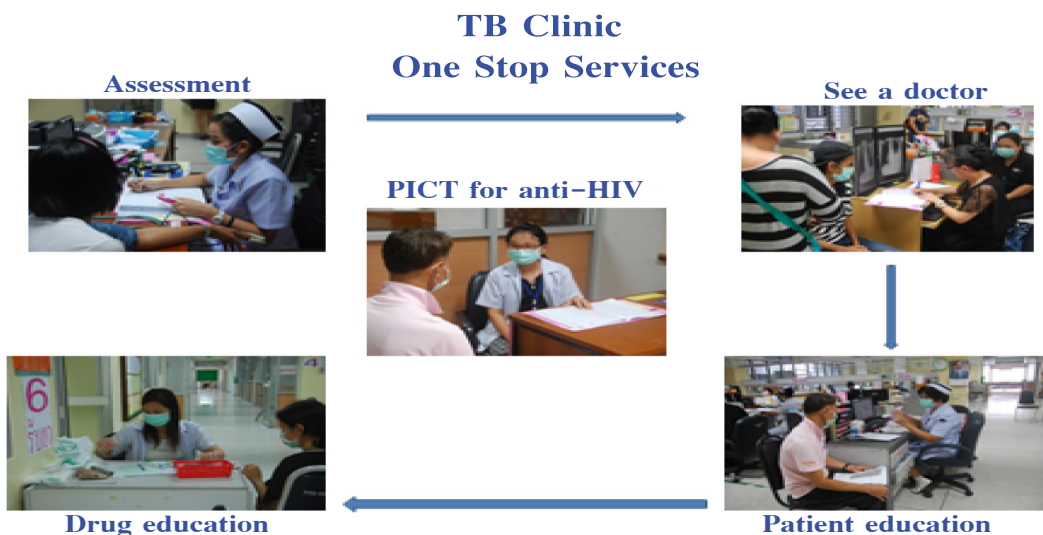
วิถีการดำรงชีวิตในสังคมเมือง มีความแตกต่างกันตามฐานะทางเศรษฐกิจ มีการประกอบอาชีพหลากหลาย มีชุมชนอุตสาหกรรมทำให้ประชากรส่วนใหญ่อยู่อย่างแออัด เนื่องจากต้องการที่อยู่อาศัยที่สะดวกในการเดินทาง ส่วนผู้ที่อยู่ไกลสถานที่ทำงานก็จะใช้เวลาอยู่บนถนนนานขึ้น เนื่องจากการจราจรที่คับคั่ง รวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (เมียนมาร์ เขมร ลาว) ที่มีอัตราป่วยโรคสูงกว่าคนไทยประมาณ 3 เท่า เข้ามาประกอบอาชีพก่อสร้าง มีที่พักรวมกันเป็นกลุ่ม และมีการเคลื่อนย้ายที่อยู่อาศัยไปเรื่อย ๆ

ความสัมพันธ์ในสังคมเมือง มีการติดต่อกันตามสถานภาพมากกว่าส่วนตัว ต่างคนต่างอยู่ การช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกันมีน้อย เพราะมีสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่รอบตัว ขณะเดียวกันสมาชิกในครอบครัวก็มีความผูกพันกันน้อย เพราะภาระงาน ไม่มีเวลาให้กัน เนื่องจากความจำเป็นในเรื่องเศรษฐกิจ<sup>1</sup> เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรค ตามความคิดความเชื่อ และประสบการณ์ผู้ป่วยบางส่วนจะปกปิดข้อมูลกับญาติ เพื่อนร่วมงานกลัวการถูกรังเกียจ เนื่องจากเป็นโรคที่ติดต่อทางระบบเดินหายใจได้ง่ายและเป็นโรคที่สังคมไม่ยอมรับ จึงทำให้เกิดการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นไปได้ยาก

แผนยุทธศาสตร์วันโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564 กำหนดเป้าหมายให้ดำเนินการเร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (treatment coverage) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัยในกลุ่มเสี่ยงวันโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ต้องขัง ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคที่ตรวจพบทุกราย ด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient center care)<sup>2</sup>

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค ตอบสนองแผนยุทธศาสตร์การควบคุมวันโรค สนับสนุนงบประมาณการตรวจคัดกรองวันโรคโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ช่วยให้ผู้ป่วยบริการทุกรายเข้าถึงบริการได้ง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ไร้สิทธิหรือมีสิทธิแต่ใช้สิทธิไม่ได้ และช่วยให้เจ้าหน้าที่ดำเนินงานได้สะดวกมากขึ้น

คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (TB Clinic) เปิดให้บริการแบบเบ็ดเสร็จครบวงจรในจุดเดียวกัน (one stop service) โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ<sup>3</sup> และงานการเงิน ให้บริการคัดกรองวันโรค ดูแลรักษาและเฝ้าระวังหลังรักษาครบ รวมถึงบริการกำกับกับการทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ (Directly Observed Treatment: DOT)



การเร่งรัด และค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ สถาบันฯมีระบบที่เข้มแข็ง พยาบาลคัดกรองจากทุกแผนกทันทีที่ซักประวัติพบผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ไม่ว่าจะเป็นมารับบริการด้วยสาเหตุใดก็ตาม ผู้ป่วยจะได้รับแจกหน้ากากอนามัยให้สวมทุกครั้ง ก่อนส่งมาคัดกรองวัณโรคที่คลินิกการรวมถึงกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และรายเก่าจากที่อื่นที่มา

รับบริการทุกราย ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคจะได้รับการคัดกรอง โดยการเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค และส่งตรวจทางรังสีทรวงอกทันทีโดยใช้ standing order สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ติดเชื้อรายเก่าในสถาบัน จะได้รับการตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางรังสีทรวงอกปีละ 1 ครั้งกรณีไม่มีอาการใด ๆ โดยใช้ระบบช่องทางด่วน (fast-track)<sup>1</sup>

ตารางที่ 1 ผลการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ปี 2560

| กลุ่มเสี่ยง                                 | จำนวนที่<br>มาคัดกรอง | ตรวจพบ<br>เป็นวัณโรค | ไม่พบเป็น<br>วัณโรค  |
|---------------------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| กลุ่มมีอาการสงสัยวัณโรค                     | 418                   | 74 (17.70%)          | 344 (82.30%)         |
| ผู้สัมผัสร่วมบ้าน                           | 172                   | 1 ( 0.58 %)          | 171 (99.42 %)        |
| ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่                   | 240                   | 10 ( 4.17 %)         | 230 (95.83%)         |
| ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายเก่า                   | 1230                  | 6 (0.49%)            | 1224(99.51%)         |
| ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน โรคไต | 22                    | 1 (4.55%)            | 21 (95.45%)          |
| แรงงานข้ามชาติ                              | 35                    | 5 (14.29%)           | 30 (85.71%)          |
| เฝ้าระวังหลังรักษาครบ                       | 225                   | 0                    | 225 (100%)           |
| <b>รวม</b>                                  | <b>2342</b>           | <b>97 (4.14%)</b>    | <b>2245 (95.86%)</b> |

กระบวนการดูแลรักษา เมื่อตรวจพบเป็นวัณโรค แพทย์เริ่มให้การรักษาและให้ข้อมูลแนวทางการรักษาโรค วัณโรคกับผู้ป่วย พยาบาล ให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การนำผู้สัมผัสร่วมบ้านมาตรวจคัดกรองวัณโรค การตรวจคัดกรองเบาหวาน โดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว และการมาตรวจตามนัด เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าโครงการกำกับ การทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ (DOT) และให้คำปรึกษา เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีทุกราย รวมถึงการโทรเตือน ผู้ป่วยก่อนวันนัด โทรติดตามซ้ำกรณีที่ยังติดต่อไม่ได้ในวันนัด เภสัชกรแนะนำเรื่องยา วิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอาการจากผลข้างเคียงของยาหรือแพ้ยา นักโภชนาการให้คำแนะนำ กรณีน้ำหนักน้อย ทานอาหารไม่ได้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน นักสังคมสงเคราะห์ ช่วยดูแลกรณีพบมีปัญหาค่าใช้จ่าย ต่าง ๆ และติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดกรณีในวันนัดยังติดต่อ ไม่ได้ ทุกขบวนการเป็นระบบเบ็ดเสร็จที่จุดเดียว (one stop service) เป็นการดูแลแบบองค์รวม และยึดถือผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง (Patient center care)

ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2558– 2560) ร้อยละ 56 ของผู้ป่วยวัณโรคในสถาบันฯ เป็นผู้ป่วย ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ร้อยละ 32 เป็นวัณโรคนอกปอด ส่งผลให้เกิดความยุ่งยากในการรักษาและใช้เวลาในการ รักษาานมากกว่า 6 เดือน จากข้อมูลตัวชี้วัด พบว่า มีอัตราการรักษาล้มเหลวเป็นศูนย์ อัตราตายลดลงจาก ร้อยละ 7.98, 4.22 และ 1.76 ตามลำดับ ปี 2558 พบอัตราขาดการรักษาสูงขึ้นกว่าปีก่อน จากจำนวน ผู้ป่วย 188 ราย พบผู้ป่วยขาดการรักษา 12 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.39 ทีมรักษาจึงปรับแผนการดำเนินงานจาก เดิมซึ่งใช้วิธีการโทรเตือนก่อนนัด 1 วัน โทรตามในวันนัด กรณีที่ยังไม่สามารถติดต่อได้ ปรับเพิ่มโดยการขอเบอร์ โทรศัพท์ใหม่ที่สามารถติดต่อได้จากผู้ป่วยทุกครั้งที่มา ตรวจตามนัด ส่งรายชื่อผู้ป่วยที่ขาดนัดให้นักสังคม สงเคราะห์ช่วยติดตามเป็นระยะ ในปี 2559 อัตรา ขาดการรักษาลดลงเหลือร้อยละ 5.42 และปี 2560 ลดลงเหลือ ร้อยละ 2.35 ซึ่งบางรายขาดนัดในวันสุดท้าย ของการนัดมาหยุดยา ทำให้ต้องจำหน่วยเป็นขาด

การรักษา แม้ว่าผู้ป่วยขาดการรักษา มีแนวโน้มลดลง แต่พบปัญหาผู้ป่วยที่โอนออกยังคงที่ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายกลับไปรักษาตามสิทธิที่ต่างจังหวัด และให้ข้อมูลของโรงพยาบาลที่ไปรักษาต่อไม่ตรงกับข้อมูลที่ไปรักษาจริง บางรายกลับไปรักษาที่ภูมิลำเนาเดิมซึ่งเป็นประเทศเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถนำมาประเมินได้เนื่องจากเปลี่ยนวินิจฉัยในระหว่างรักษา พบสูงสุดถึงร้อยละ 7.06 จากข้อมูลทั้งหมดส่งผลให้อัตราการรักษาสำเร็จสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 76.60 ในรอบ 3 ปี

ความท้าทายในการกำกับการทนายต่อหน้าเจ้าหน้าที่ (DOT) DOT เป็นโครงการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงคอยดูแลผู้ป่วย โดยพี่เลี้ยงจะต้องดูแล กำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค พร้อมลงบันทึกการกินยา และผู้ที่จะเป็นพี่เลี้ยงนั้น ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติหรือสมาชิกในครอบครัว (โดยต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลเป็นระยะ)

การทำ DOT ในสังคมเมืองค่อนข้างลำบาก ในระยะแรกเนื่องจาก สถาบันบำราศนราดูร สังกัดกรมควบคุมโรค ไม่มีเครือข่ายการส่งต่อไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ ซึ่งอยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ จึงใช้วิธีประสานเองโดยตรงไปที่ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านผู้ป่วย โดยขอให้ผู้ป่วยไปติดต่อขอเบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่มาให้ ซึ่งส่วนใหญ่ยินดีรับทำ DOT ให้ โดยแพทย์และทีมดูแลจากสถาบันฯ รับให้คำปรึกษา มีการจัดประชุม DOT Meeting ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.จากเครือข่ายที่ร่วมทำ DOT เพื่อรับฟังปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขร่วมกันทุกปี ผู้ป่วยบางรายไม่มีบ้านเลขที่ อาศัยอยู่ใกล้ๆสถาบันฯ ซึ่งฝากทำ DOT ที่ไหนไม่ได้จึงใช้วิธีเยี่ยมบ้านดูแลนำไปให้เป็นรายสัปดาห์ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุไม่มีญาติดูแลและเล็งเห็นว่ามีโอกาสขาดยาสูง

ในปัจจุบันมีการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายในจังหวัดนนทบุรี โดยการใช้ application Line® ชื่อกลุ่ม TB นนท์ โดยเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประสานหลัก และมีสมาชิกเป็นผู้รับผิดชอบงานวันโรค จากสถาบันบำราศนราดูร สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลชลประทาน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขต่างเข้าร่วมกลุ่มทำให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว เกิดความสะดวกในการประสานส่งต่อการดูแลรักษา และติดตามผู้ป่วยในพื้นที่

เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาจะให้คำแนะนำผู้ป่วยวัณโรคเข้าโครงการ DOT ทุกราย แต่ผลตอบรับมีผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าโครงการน้อยลง เหตุผลส่วนใหญ่คือต้องทำงาน บ้านอยู่ไกลสถานที่ทำ DOT ไม่สะดวกเดินทาง ยังสามารถดูแลตัวเองได้ ทีมฯจึงปรับแผนขอให้ญาติร่วมทำ DOT ให้ในบางราย ที่มีแนวโน้มว่ามีโอกาสขาดยาสูง จากข้อมูลปี 2559 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการจำนวน 28 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 166 ราย คิดเป็น ร้อยละ 16.86 เป็น DOT โดยเจ้าหน้าที่ 24 ราย และ DOT โดยญาติ 4 ราย ผลการรักษาสำเร็จ 26 ราย 2 รายขาดการรักษา (ผู้ป่วยหนีออกจากศูนย์ไว้ที่พึ่งในเดือนสุดท้ายที่แพทย์นัดหยุดยาวัณโรค) ปี 2560 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 8 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.70 เป็น DOT โดยเจ้าหน้าที่ 6 ราย และ DOT โดยญาติ 2 ราย รักษาสำเร็จ 4 ราย ขอลออกจากโครงการ 2 ราย และ 2 ราย แพทย์เปลี่ยนวินิจฉัย ในปัจจุบันมีผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการเพียง 1 รายจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 75 รายคิดเป็น ร้อยละ 1.33 ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น



**ความสำเร็จในการจัดการรายกรณี (case management)** จากประสบการณ์การทำงานวันโรคพบครอบครัวแรงงานข้ามชาติ ส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรักษาต่อ เนื่องจากพ่อตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวี ในเบื้องต้นส่งคัดกรองวันโรคก่อนตามระบบพบว่าทั้ง 3 รายป่วยเป็นวัณโรคเสมหะบวก ขณะเดียวกันแม่และลูกได้รับการตรวจคัดกรองหาเชื้อเอชไอวีพบว่าติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ทีมรักษาพบปัญหามากมาย ทั้งภาวะเจ็บป่วยทั้งครอบครัว ไร้สิทธิการรักษา อาชีพก่อสร้างไม่มีเงินเก็บ พักอยู่ในที่พักคนงานร่วมกับคนงานอื่นๆ แม่สื่อสารได้บ้าง พ่อสื่อสารไม่ได้เลย ลูกอายุ 2 ขวบ ปัญหาที่พบจะอย่างไรเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับ

ทีมรักษามาก กุมารแพทย์รับลูกไว้เป็นผู้ป่วยใน แม่ต้องอยู่ดูแลลูก พ่อกลับไปพักคนเดียว เกิดภาวะเครียดทั้งครอบครัว สุดท้ายอายุรแพทย์ทราบปัญหาจึงหาทางออกด้วยการรับผู้ป่วยไว้ในสถาบันฯ ทั้ง 3 รายเป็นกรณีพิเศษ โดยให้อยู่ห้องเดียวกัน ทีมสหวิชาชีพพร้อมกันช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยในทุก ๆ ด้านและเป็นครั้งแรกที่เราเชิญเจ้าหน้าที่มูลนิธิศุภนิมิตเข้ามาช่วยเป็นล่ามให้ และเชิญผู้รับผิดชอบของจังหวัดเข้าร่วมหาแนวทางการคัดกรองกลุ่มผู้สัมผัสในพื้นที่ ผู้ป่วยทั้ง 3 รายได้รับการดูแล และทำ DOT อย่างจริงจังตลอดการรักษา ส่งผลให้หายจากโรควัณโรคกลับไปทำงานได้และยังมารับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน



การเฝ้าระวังวัณโรคกลับซ้ำใน 2 ปีแรก หลังรักษาครบ สถาบันฯ ให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเป็นส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยวัณโรคมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย จุดประสงค์ของการรักษาคือต้องการให้หาย ป้องกันการตาย การกลับมาเป็นใหม่<sup>5</sup> ผู้ป่วยบางส่วนต้องปรับสูตรยาวัณโรคเนื่องจากมี Drug interaction กับยา ART ทีมรักษาจึงมีการติดตามเฝ้าระวัง

การกลับเป็นซ้ำของวัณโรคต่อเนื่อง 2 ปี โดยการตรวจทางรังสีทรวงอกและเก็บเสมหะทุก 3 เดือนในปีแรก และทุก 6 เดือนในปีที่ 2 จึงถือเป็นสิ้นสุด โดยทางสถาบันฯ ให้งบประมาณสนับสนุนให้ตรวจโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยที่ไร้สิทธิและผู้ป่วยที่มีสิทธิแต่ใช้สิทธิไม่ได้เช่นกัน จากการเก็บข้อมูลพบว่าปี 2559 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 166 ราย พบผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำใน 2 ปีแรก

จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 3.61) เป็นผู้ป่วยที่เริ่มรักษาครั้งแรกกับสถาบันฯ 1 ราย ที่มารับบริการนอกกรอบของการเฝ้าระวัง ส่วน 5 ราย เริ่มรักษาครั้งแรกมาจากที่อื่น ปี 2560 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 170 ราย พบผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำใน 2 ปีแรกจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 5.29) เป็นผู้ป่วยที่เริ่มรักษาครั้งแรกกับสถาบันฯ 3 ราย ที่มารับบริการนอกกรอบของการเฝ้าระวัง ส่วน 6 ราย เริ่มรักษาครั้งแรกมาจากที่อื่น

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสังคมเมืองมีความยาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาขอรับบริการเมื่อมีอาการเท่านั้น แม้ว่าสถาบันฯ จะมีระบบการคัดกรองที่ตีรอนรับ รวมถึงให้งบประมาณสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการตรวจเสมหะ และตรวจทางรังสีทรงอกให้ กับกลุ่มเสี่ยงสูงวัยโรคใน ทุก ๆ กลุ่มเสี่ยง พบว่ากลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน และกลุ่มที่เฝ้าระวังหลังรักษาวัณโรคครบที่ไม่มีอาการใดๆ บางส่วนไม่มาตรวจ

เนื่องจากสุขภาพแข็งแรงดี ไม่สามารถทำงานได้ และการลาจะทำให้สูญเสียรายได้ มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มในส่วน ของค่าเดินทางและอื่นๆ ในสองกลุ่มนี้จึงให้คำแนะนำให้ มาตรวจโดยเร็วเมื่อมีอาการผิดปกติ

การติดตามผู้ป่วยระหว่างรักษายังคงเป็น ปัญหาใหญ่ มีการเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ ย้ายที่อยู่ ปกปิด ข้อมูลตนเองในกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ส่งผลให้ยังมีผู้ป่วยขาดการรักษา การทำ DOT เป็นทางออก ที่ดีที่ช่วยให้ผู้ป่วยรักษาสำเร็จ แต่ผู้ป่วยที่สามารถทำงาน ได้จะไม่สะดวกเพราะต้องเดินทางไปทำงาน ออกจากบ้าน เข้ากลับเย็นจากปัญหาการจราจรติดขัด ไม่สามารถ เข้าโครงการ DOT ได้ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผลสำเร็จ ของงานอาจไม่ดีร้อยละ 100 เนื่องจากยังมีปัญหาของ ผู้ป่วยในบางอย่างนอกเหนือความสามารถที่ทีมฯ จะช่วยได้ แต่ทุกคนในทีมสหวิชาชีพจะยังคงทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างเต็มกำลังความสามารถต่อไป



## เอกสารอ้างอิง

1. ศรีประภา เนตรนิยม, เพชรวรรณ พึ่งรัศมี. หลักสูตรการอบรมแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ สำหรับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคและผู้ประสานงานวัณโรคโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
2. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์; 2560.
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. คู่มือเรียนรู้ เข้าใจวัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์; 2559.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. คู่มือพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวี ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2553. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิง; 2554.