

การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานวัณโรค¹

พันธ์ชัย รัตน์สุวรรณ²

1 เป็นเอกสารประกอบการอภิปรายหัวข้อ "แนวทางการดำเนินงานสู่ความสำเร็จการควบคุมวัณโรคปี 2552" ในการประชุมการประสานงานการดำเนินงานวัณโรคระหว่างสำนักวัณโรคและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 เวลา 08.30 – 10.30 น. ณ โรงแรมดวงตะวัน จังหวัดเชียงใหม่

2 นายแพทย์ 9 วช ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานวัณโรค

หัวข้อ

เกริ่นนำ

ก. หลักการทั่วไป

1. การกำหนดบทบาทของชุมชนในงานวัณโรคต้องคำนึงถึงเป้าหมาย
 2. รูปแบบเฉพาะของการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับงานวัณโรค
- ข. หลักการควบคุมวัณโรคที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
1. เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพต้องมาก่อน
 2. ความพร้อมของระบบสุขภาพต้องมาก่อน
 3. ความรับผิดชอบต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หาย (Cure) ยังเป็นของระบบสุขภาพ

ค. บทบาทในทางปฏิบัติของการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานวัณโรค

1. การต่อรองและแนะนำผู้ป่วยให้ยอมรับการทำ DOT
2. การอบรมพี่เลี้ยงอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่
3. การคัดเลือกพี่เลี้ยงอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่
4. ระบบการส่งยาวัณโรคจากโรงพยาบาลถึงสถานเฝ้าระวัง/พี่เลี้ยงอื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย
5. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค
6. การช่วยเหลือสนับสนุนหรือค่าตอบแทน
7. TB War Room

สรุป

เกริ่นนำ

กิจกรรมหลักที่สำคัญในการควบคุมวัณโรค คือ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยการทำ **DOT (Directly Observed Treatment)** มิใช่การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในงานวัณโรคจำเป็นต้องคำนึงถึงการรักษาให้มีประสิทธิภาพเป็นหลัก

ก. หลักการทั่วไป

1. การกำหนดบทบาทของชุมชนในงานวัณโรคต้องคำนึงถึงเป้าหมาย

เป้าหมายในการดำเนินการควบคุมวัณโรคคงไม่เพียงแต่คำนึงถึงแต่ตัวเลขร้อยละ 85/70³ เท่านั้นแต่ต้องกำหนดเป้าหมายให้สูงถึงจุดที่ว่าเราต้องควบคุมวัณโรคให้ได้จนไม่เป็นปัญหาอีกต่อไป ทั้งนี้กลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้เราบรรลุเป้าหมายได้ คือ DOT หากเรามีองค์ประกอบอื่นๆ ทุกอย่างแต่ไม่ได้ทำ DOT หรือทำ DOT แต่ไม่มีคุณภาพ เราก็มีอาจควบคุมวัณโรคได้ ดังนั้น การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมก็ต้องกำหนดวิธีการให้ชัดเจนสอดคล้องกับเป้าหมายในการควบคุมวัณโรคให้ได้ กล่าวคือ **ชุมชนต้องเข้ามามีบทบาทและมีส่วนสนับสนุนอย่างสำคัญในการทำ DOT ให้มีประสิทธิภาพนั่นเอง** ส่วนบทบาทของชุมชนในด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค คงเป็นบทบาทสำคัญในลำดับรองลงไปเท่านั้น หากเราจะให้ชุมชนเข้ามาช่วยค้นหาผู้ป่วยวัณโรคด้วย เราต้องมั่นใจก่อนว่าระบบการรักษาวัณโรคด้วยการทำ DOT มีประสิทธิภาพและคุณภาพดีเพียงพอแล้วที่จะรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ค้นหาให้มีโอกาสรับการรักษายาวได้สูงมาก การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคจึงเป็นบทบาทในระยะถัดไปหลังจากเรามีระบบ DOT มีความเข้มแข็งแล้ว ในที่นี้ จึงไม่ขอเน้นในเรื่องการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แต่จะเน้นเนื้อหาสาระเฉพาะในส่วนของการรักษาวัณโรคด้วย DOT ให้มีคุณภาพดีเท่านั้น กล่าวคือ **บทบาทของชุมชนในการสนับสนุนให้มีการดูแลการรับประทานยาวัณโรคต่อหน้าอย่างจริงจังนั่นเอง**

2. รูปแบบเฉพาะของการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับงานวัณโรค

การดูแลรักษาโรคต่างๆ ย่อมมีรูปแบบลักษณะที่เฉพาะตัวแตกต่างกันออกไปตามกลยุทธ์ในการควบคุมโรคนั้นๆ เราคงไม่อาจนำรูปแบบของชุมชนในการควบคุมโรคในลักษณะทั่วๆ ไปมาใช้ได้กับทุกโรค กล่าวคือ เราคงไม่พิจารณาเพียงว่า ควรอบรม, ควรให้ค่าตอบแทน, หรือควรกำหนดให้มีแค่การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจหรือตักเตือนการรับประทานยาเป็นครั้งคราวเท่านั้น แต่เราต้องพิจารณาในประเด็นเนื้อหาเชิงลึกของการควบคุมวัณโรคและกำหนดบทบาทของชุมชนให้ชัดเจนและสอดคล้องกับกลยุทธ์ในการควบคุมวัณโรคให้ได้ เราจึงจะสามารถควบคุมวัณโรคได้สำเร็จในที่สุด ดังนั้น หลักการและแนวปฏิบัติที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้มีรูปแบบและลักษณะเฉพาะ

3 อัตราการรักษาหาย (Cure rate) ร้อยละ 85 และอัตราการค้นหา (Detection rate) ร้อยละ 70

สำหรับวัณโรคเท่านั้น จากประสบการณ์ตรงที่ผู้เขียนมีอยู่

ข. หลักการควบคุมวัณโรคที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพต้องมาก่อน

จากประสบการณ์ตรงที่พบ คือ ถ้าเรามุ่งมอบหมายหน้าที่ให้ผู้อื่นเป็นพี่เลี้ยงทำ DOT แล้ว เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะมอบหมายผู้ป่วยทุกรายให้ผู้อื่นทั้งหมดไม่ว่าญาติผู้ป่วยหรือ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดยเจ้าหน้าที่แทบจะไม่รู้จักผู้ป่วยวัณโรคสักรายในพื้นที่รับผิดชอบเลย ส่วนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก็มีการทำกันจริงน้อยมากในทางปฏิบัติ ดังนั้น เราต้องวางแผนกำหนดบทบาทให้ชัดเจนว่า เจ้าหน้าที่ที่ต้องมาก่อน คือ หากบ้านผู้ป่วยอยู่ใกล้สถานบริการ จะต้องทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่เท่านั้น ยกเว้น กรณีที่จำเป็นจริง ๆ เช่น บ้านผู้ป่วยอยู่ไกลมาก ๆ เราจึงจะมอบหมายให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงทำ DOT แทน แต่ความรับผิดชอบต่อการรักษาผู้ป่วยให้หาย (Cure) ยังเป็นของระบบสุขภาพและเจ้าหน้าที่เหมือนเดิม ดังนั้น เจ้าหน้าที่จึงต้องมั่นใจว่ากระบวนการ DOT นั้นได้เกิดขึ้นจริง โดยการหมั่นไปเยี่ยมพี่เลี้ยงและบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยตามเกณฑ์ของแผนงานวัณโรคแห่งชาติ หรือ NTP (National TB Programme)⁴ ซึ่งจะได้อีกว่าต่อไป

2. ความพร้อมของระบบสุขภาพต้องมาก่อน

ชุมชนไม่สามารถดำเนินการด้านการรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยเฉพาะการทำ DOT ได้โดยชุมชนเองตามเอกเทศลำพัง เพราะโรงพยาบาลจะต้องเป็นแกนหลักด้านการวินิจฉัยและสั่งการรักษาวัณโรค หากโรงพยาบาลไม่พร้อมด้านการจัดระบบการวินิจฉัยและการรักษา ต่อให้ชุมชนมีความพร้อมเพียงใด ก็ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคที่จะส่งไปให้พี่เลี้ยงในชุมชนทำการดูแลด้วยระบบ DOT ได้ ระบบของโรงพยาบาลจึงต้องมีความพร้อมและสามารถส่งผู้ป่วยวัณโรคในรายชื่อจำเป็นไปยังชุมชนโดยผ่านสถานีอนามัยได้ การประสานงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญมาก และต้องจัดให้พร้อมก่อนที่จะคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน การดำเนินการเรื่อง การจัดระบบส่งยาวัณโรค และ TB War Room ก็เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลต้องจัดให้มีขึ้นด้วยอย่างเป็นระบบก่อน

4 เกณฑ์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งในการรักษาระยะเข้มข้น และเดือนละ 1 ครั้งในการรักษาระยะต่อเนื่อง

ด้วย ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

3. ความรับผิดชอบต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หาย (Cure) ยังเป็นของระบบสุขภาพ

หลักการสากลทั่วไปซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยองค์การอนามัยโลกและศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา คือ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายเป็นความรับผิดชอบของระบบสุขภาพ มิใช่ของผู้ป่วยแต่อย่างใด ดังนั้น ผู้เขียนมีความเห็นว่าความรับผิดชอบก็ย่อมมิใช่ของ "ชุมชน" ด้วย เมื่อเราให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยเฉพาะในเรื่องการทำ DOT หากคนเหล่านั้นในชุมชนมิได้ทำ DOT อย่างถูกต้อง เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพก็ย่อมมีโอกาสจะตำหนิที่เสี่ยงในชุมชนนั้น ๆ ได้ เราคงตำหนิได้แต่ตนเองที่เลือกที่เสี่ยงไม่ถูกต้อง หรือดูแลกระบวนการของที่เสี่ยงไม่ดีพอ ดังนั้น แม้มอบหมายหน้าที่การเป็นที่เสี่ยงทำ DOT ให้ผู้อื่นแล้ว ความรับผิดชอบในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายยังเป็นของระบบสุขภาพเหมือนเดิม นี่เป็นหลักการสำคัญที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงเป็นพิเศษในการดำเนินการกับชุมชน

ค. บทบาทในทางปฏิบัติของการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานวัณโรค

โดยทั่วไปต้องกำหนดให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นที่เสี่ยงทำ DOT ยกเว้น กรณีที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น จึงจะมอบหมายให้ผู้อื่นซึ่งไม่ใช่ญาติของผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นที่เสี่ยงแทน ดังกล่าวแล้วเมื่อมอบหมายให้ผู้อื่น เจ้าหน้าที่ต้องมีกระบวนการดำเนินการที่อาจจะยุ่งยากกว่าการเป็นที่เสี่ยงด้วยตนเองด้วยซ้ำไป มิใช่จะทำให้เจ้าหน้าที่สบายขึ้นแต่อย่างใด เพราะอย่างน้อยเจ้าหน้าที่ต้องคัดเลือกที่เสี่ยงและต้องเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้กระบวนการ DOT เกิดขึ้นอย่างมีคุณภาพเดียวกับที่เจ้าหน้าที่ทำเอง

1. การต่อรองและแนะนำผู้ป่วยให้ยอมรับการทำ DOT

การต่อรองและให้คำแนะนำผู้ป่วยให้เข้าใจและยอมรับการทำ DOT ถือเป็นกระบวนการที่สำคัญในการทำ DOT กับผู้ป่วยวัณโรค เพราะหากเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจและไม่มีการต่อรองที่ดี ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจและไม่ยอมรับการทำ DOT ดังนั้น ไม่ว่าจะทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องต่อรองเสมอ (โปรดดูรายละเอียดเทคนิคการต่อรองได้ในเอกสารที่

แนะนำให้ศึกษาเพิ่มเติม)

2. การอบรมพี่เลี้ยงอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่

การอบรมพี่เลี้ยงอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ ได้แก่ อสม. เราอาจไม่จำเป็นต้องอบรม อสม. ทั้งหมด เพราะเมื่ออบรมแล้วไม่ทราบว่าเมื่อไรจะมีผู้ป่วยวัณโรคมาให้ อสม. ทำ DOT บางครั้งเวลาผ่านไปมากกว่า 2-3 ปีก็ยังไม่มีการฝึกอบรม อสม. เลย อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่สามารถดำเนินการโดยให้ข้อเสนอแนะเมื่อมีผู้ป่วยจะให้ทำ DOT ก็หน้าจะเพียงพอ อย่างไรก็ตาม มีบางพื้นที่พยายามอบรมแกนนำ อสม. และทำแผนที่ (Mapping) ที่อยู่ของ อสม. ไว้ เมื่อมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมอบหมายให้ทำ DOT ก็ค่อยประสานงานเป็นรายๆ ต่อไป แต่ยังมีได้มีรูปแบบที่สามารถนำเสนอออกมาอย่างชัดเจน

เนื้อหาการแนะนำ อสม. เมื่อมีผู้ป่วยวัณโรคที่จะมอบหมายให้ทำ DOT ได้แก่ ความเข้าใจเรื่องทำไมต้องทำ DOT, กระบวนการทำ DOT, การรับ-ส่งยาวัณโรค, การติดตามผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไม่มารับการทำ DOT, การดูแลเรื่องอาการข้างเคียงของยาวัณโรค เป็นต้น

3. การคัดเลือกพี่เลี้ยงอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่

การคัดเลือกพี่เลี้ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้แก่ อสม. มีความสำคัญ เนื่องจากถ้าขาดกระบวนการคัดเลือกที่ดี เราก็แค่สามารถมอบหมายหน้าที่การทำ DOT ให้ไปเท่านั้น แต่กระบวนการ DOT หาได้เกิดขึ้นจริงไม่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือคลินิกวัณโรคหลายท่านยืนยันว่าต้องมีการคัดเลือก อสม. ให้รอบคอบ โดยต้องพิจารณาถึงความอาวุโส, มีใจมุ่งมั่น, มีจิตใจต้องการช่วยเหลือผู้อื่น, สามารถอุทิศตนและเวลาได้ และที่สำคัญที่สุดคือต้องมีความน่าเชื่อถือ เมื่อคัดเลือกได้แล้ว ก็มิใช่จะเสร็จสิ้นกระบวนการเพียงแค่นั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหาก อสม. คนนั้นยังไม่มีประสบการณ์ทำ DOT เจ้าหน้าที่ต้องหมั่นเยี่ยมดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการ DOT นั้นเกิดขึ้นได้จริงๆ ซึ่งจะได้อีกต่อไป หาก อสม. คนที่มอบหมายหน้าที่ให้ นั้นไม่สามารถทำ DOT ได้จริง เจ้าหน้าที่หลายท่านได้แนะนำว่าจำเป็นต้องเปลี่ยนไปหาพี่เลี้ยงคนอื่นต่อไป

4. ระบบการส่งยาวัณโรคจากโรงพยาบาลถึงสถานีอนามัย/พี่เลี้ยงอื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย

ระบบการส่งยา... ฟังดูอีกทีก็น่าจะเป็นเรื่องไร้สาระ ถ้าการส่งยาเป็นเรื่องไร้สาระ การทำ DOT ก็

น่าจะเป็นเรื่องไร้สาระยิ่งกว่า... ใช่หรือไม่? แต่จากประสบการณ์ตรงของผู้เขียน พบว่า หากไม่มีระบบการส่งยา เราคงไม่ต้องคิดเรื่องการทำ DOT เพราะยาวัณโรคอยู่ที่ใคร อำนาจการต่อรองอยู่ที่คนนั้น หากยาวัณโรคอยู่ที่ผู้ป่วยแล้ว การต่อรองให้มารับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ (หรือพี่เลี้ยงอื่นกรณีที่จำเป็นจริง ๆ) จะยากขึ้นอย่างมาก ยิ่งมีญาติพี่น้องเข้ามาเกี่ยวข้อง การต่อรองจะยิ่งยากมากขึ้นเป็นทวีคูณ และถ้าเจ้าหน้าที่มีประสบการณ์น้อยเรื่องการต่อรองและการทำ DOT จะยิ่งยุ่งยากในการที่จะต่อรองเอายาคืนมาเพื่อทำ DOT นอกจากนี้ ถ้าแพทย์สั่งให้รับประทานยาเองและให้ยาผู้ป่วยมาเลย เจ้าหน้าที่สถานีนอมาจะยุ่งยากมาก ๆ ในการต่อรอง แต่หากเราจัดระบบที่ดีโดยไม่ให้ยาผ่านมือผู้ป่วย การต่อรองให้มาทำ DOT จะง่ายขึ้นมากเช่นเดียวกัน เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคถือยา คือ **ผู้ป่วยจะได้ไม่สับสนเรื่องการทำ DOT** ว่าทำไมยาอยู่ที่ฉันแล้วฉันต้องเอายาไปให้เจ้าหน้าที่และต้องไปรับประทานที่สถานบริการอีก? ประสบการณ์ของผู้เขียนพบอีกว่าระบบการส่งยาสามารถสะท้อนถึงการตอบสนองเชิงนโยบายของผู้บริหารได้อย่างดี หากมีระบบการส่งยา การทำ DOT ที่มีคุณภาพก็จะสามารถเกิดขึ้นได้ การจัดระบบการส่งยาไม่มีรูปแบบเฉพาะตายตัวเหมือนกันทุกอำเภอ ขึ้นอยู่กับความพร้อมของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพแต่ละแห่งที่จะต้องค้นหารูปแบบเอาเอง แต่ต้องยึดในหลักการที่จะไม่ให้ผู้ป่วยวัณโรคถือยาไปเอง

5. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความสำคัญมากในกรณีที่มอบหมายหน้าที่ให้ผู้อื่นเป็นพี่เลี้ยงทำ DOT แทนเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ที่ต้องเข้าไปเยี่ยมบ่อย ๆ โดยเฉพาะในสัปดาห์แรกของการรักษาและพี่เลี้ยงยังไม่เคยมีประสบการณ์การเป็นพี่เลี้ยงมาก่อน การเยี่ยมต้องมีความถี่ถึงขนาดที่สามารถมั่นใจได้ว่ากระบวนการ DOT เกิดขึ้นจริง และจนมั่นใจว่าพี่เลี้ยงมีความเข้าใจเป็นอย่างดีในการทำ DOT ดังนั้น เจ้าหน้าที่อาจต้องเยี่ยมทุก 1 – 2 วันในช่วงสัปดาห์แรก เมื่อมั่นใจว่าพี่เลี้ยงทำหน้าที่ได้ดี ก็สามารถเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ของ NTP ได้ มีเรื่องจริงที่ข้าไม่ออกคือ ผู้เขียนเคยได้รับฟังมาว่า เจ้าหน้าที่อ้างว่าไม่มีเวลาจะไปเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคหลังจากที่ได้มอบหมายให้ญาติผู้ป่วยหรือ อสม. เป็นพี่เลี้ยงแทนเจ้าหน้าที่แล้ว จึงปรับเปลี่ยนวิธีการเยี่ยมเป็นแบบใหม่ คือ ให้ผู้ป่วยมาเยี่ยมเจ้าหน้าที่ที่สถานบริการแล้วเซ็นชื่อไว้เป็นหลักฐานว่าเจ้าหน้าที่ได้เยี่ยมผู้ป่วยแล้ว ตกลงไม่ทราบว่ามีใครเยี่ยมใครกันแน่...? แล้วหลักการเยี่ยมเพื่อตรวจสอบกระบวนการ DOT อยู่ที่ไหน? ยิ่งมีการให้คำตอบแทนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแล้วตรวจสอบเฉพาะลายเซ็นเจ้าหน้าที่ ก็อาจเป็นไปได้ว่าจะสนับสนุนการเยี่ยมบ้านลักษณะนี้ให้มีมากขึ้นได้...

6. การช่วยเหลือสนับสนุนหรือค่าตอบแทน

คำถามคือ ควรให้การช่วยเหลือสนับสนุนหรือค่าตอบแทนแก่ใคร... เจ้าหน้าที่, อสม./พี่เลี้ยงอื่นหรือผู้ป่วยวัณโรค... จากประสบการณ์คือ ควรให้ผู้ป่วยวัณโรคในกรณีที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น ส่วนเจ้าหน้าที่...เราควรใช้กลไกในเชิงนโยบายในการสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติงานที่แท้จริงก็เพียงพอ เพราะหากให้ค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ ต้องคำนึงถึงความยั่งยืนในการปฏิบัติด้วย เนื่องจากเมื่อหมดเงินสนับสนุน การปฏิบัติงานมีโอกาสถดถอยได้สูง นอกจากนี้ การให้ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ก็อาจจะมีเพียงแค่หลักฐานการปฏิบัติงานเท่านั้น เช่น ลายเซ็นต์การเยี่ยมบ้านที่ผู้ป่วยมาเยี่ยมเจ้าหน้าที่ที่สถานบริการต่างหาก...? ดังนั้น โดยสรุปคือ ควรให้ความช่วยเหลือสนับสนุนสงเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นจริงๆ ได้แก่ ยากจนมาก เพื่อสนับสนุนด้านการเดินทางมารับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่เท่านั้น โปรดศึกษารายละเอียดในเอกสารที่แนะนำให้ศึกษาเพิ่มเติมได้

7. TB War Room

คำเดิมที่เราคุ้นเคยคือ DOTS Meeting แต่ผู้เขียนขอใช้คำว่า TB War Room แทนเพราะมีความชัดเจนในทางปฏิบัติมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับอำเภอ ควรดำเนินการเป็นเวทีเฉพาะวัณโรคอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยนำเอาข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค "แต่ละราย" มาพูดคุยในรายละเอียดกันถึงการกระบวนกรทำ DOT หรือ Case management นั้นเอง หากรายใดมีปัญหาหรือข้อจำกัดเรื่องการทำ DOT ประการใด ก็ควรใช้เวทีประชุมนี้ช่วยกันหาหนทางแก้ไขให้ได้ ในรายที่มอบหมายหน้าที่ให้ อสม./ผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย ก็ควรมีการนำเสนอความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ละเอียดรอบคอบ และควรพูดคุยอภิปรายถึงการให้การสนับสนุนช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ป่วยรายใดให้เหมาะสมด้วย อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการทำ TB War Room ระดับอำเภอนี้ ควรมีแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคเป็นประธานดำเนินการ เพื่อให้การประชุมมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีปัญหาด้านการดูแลรักษา ได้แก่ อาการข้างเคียงทางยา เป็นต้น

สรุป

การเสริมสร้างให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานวัณโรค จำเป็นต้องพิจารณาให้สอดคล้อง

คล้องกับกลยุทธ์หลักของการควบคุมวัณโรค ซึ่งก็คือ การรักษาด้วยการทำ DOT ให้มีคุณภาพ บทบาทหน้าที่สำคัญของชุมชนจึงควรเป็นการสนับสนุนการทำ DOT นั้นเอง สิ่งที่ต้องพิจารณาเป็นอย่างยิ่งคือ ความพร้อมของระบบสุขภาพและเจ้าหน้าที่ต้องมาก่อนเสมอ เพราะโรงพยาบาลต้องวินิจฉัยและสั่งการรักษา แล้วส่งต่อไปทำ DOT กับเจ้าหน้าที่ หรือกรณีจำเป็นก็ทำ DOT กับ อสม. ที่ใกล้บ้านผู้ป่วย การสร้างความพร้อมด้านผู้ให้บริการสุขภาพจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดระบบส่งยาวัณโรคและการทำ TB War Room นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องมีกระบวนการต่อรองแนะนำผู้ป่วยในการทำ DOT, กระบวนการที่ดีในการคัดเลือกพี่เลี้ยงอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่, การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคในรายที่จำเป็นจริงๆ เพื่อให้สามารถเดินทางไปรับประทานยาได้ การส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการทำ DOT จึงจะประสบความสำเร็จ.

เอกสารอ้างอิงและแนะนำให้ศึกษาเพิ่มเติม

1. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. **วัณโรคเขต 11**. สารสนเทศสาธารณสุขภาคใต้ พ.ศ. 2539 หน้า 63-67.
2. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. **รายงานการประเมินผลการรักษาตามแนวทางองค์การอนามัยโลกของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะแพร่เชื้อ ซึ่งขึ้นทะเบียนรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2536-2538**. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ 2540;12(1):8-14.
3. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. **การศึกษาการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะบวกโดยวิธี REFER จากศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ไปโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช**. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2543;21(4):183-194.
4. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. **ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT?**. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2544;22(3):195-198.
5. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ, ชลดา ยวนแหล, ผกาวัลย์ แดงหา. **การดำเนินงาน DOT (Directly-Observed Treatment) โดยมอบหมายการเป็นพี่เลี้ยงให้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ: รูปแบบของศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2542-2543**. สงขลานครินทร์เวชสาร 2545;20(2):69-78.
6. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. **หลักการควบคุมวัณโรค ประสบการณ์ 10 ปี**. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์เม็ดทราย. พิมพ์ครั้งที่ 1: กันยายน 2547.
7. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. **แนวทางการดำเนินงานรักษาผู้ป่วยวัณโรค สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย**. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์เม็ดทราย. พิมพ์ครั้งที่ 1: กุมภาพันธ์ 2550.