

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค ผู้วิจัยได้ทบทวนสถานการณ์ปัญหา รวมถึงแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

2.1 วัณโรคปอด การป้องกันและการควบคุมโรคในประเทศไทย

2.1.1 ความหมาย พยาธิสรีรภาพ และการตรวจวินิจฉัยวัณโรคปอด

2.1.2 วิทยาการระบาดของวัณโรคปอด

2.1.3 การป้องกันและการควบคุมวัณโรคปอดในประเทศไทย

2.1.4 ระบบบริการดูแลวัณโรคของจังหวัดสมุทรปราการ

2.1.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการควบคุมวัณโรคปอด

2.2 ระบบบริการสุขภาพ และแนวคิดการแสวงหาความช่วยเหลือ

2.2.1 ระบบสุขภาพ / หรือระบบบริการสุขภาพ

2.2.2 แนวคิดการแสวงหาความช่วยเหลือ

2.1 วัณโรคปอด การป้องกันและการควบคุมโรคในประเทศไทย

2.1.1 ความหมาย พยาธิสรีรภาพ และการตรวจวินิจฉัยวัณโรคปอด

ความหมายของวัณโรคปอด

โรควัณโรคปอด หมายถึง โรคซึ่งเกิดจากเชื้อมัยโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส (Mycobacterium Tuberculosis) ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่ปอด และการตรวจเสมหะของผู้ป่วย โดยการข้อมเสมหะพบเชื้อหรือเพาะเชื้อขึ้น ผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดง คือ ไอเรื้อรังนานเกิน 2 สัปดาห์โดยที่มีหรือไม่มีไข้ ไอเป็นเลือด หรือมีภาพถ่ายรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคและตรวจไม่พบสาเหตุอื่น ๆ ร่วมกับการวินิจฉัยของแพทย์ (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยา. 2548 ; บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ. 2542)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยวัณโรคปอด

อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย คือ อาการและอาการแสดงทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการไอ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก และอาการแสดงในระบบอื่น ๆ ได้แก่ มีไข้ต่ำ ๆ

อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือน้ำหนักลด ร่วมด้วย (สุนันท์ ณ สงขลาและคณะ. 2541 ; ปรีชา วิจิตพันธ์ เปรม บุรี และ วัลลิ สัตยาสัย. 2542 ; นิธิพัฒน์ เจริญกุล. 2551 ; Luermo. 2004) ดังนี้

อาการและอาการแสดงทางระบบทางเดินหายใจที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ

1. อาการไอ เป็นอาการที่พบบ่อยจากการติดเชื้อแบบเฉียบพลัน และจะหายไปเองภายใน 1 หรือ 2 สัปดาห์ หากผู้ป่วยมีอาการไอมากกว่า 2-3 สัปดาห์ จำเป็นต้องตรวจสอบหาเชื้อวัณโรค เสมหะจะไม่มีลักษณะพิเศษ อาจจะมีสีเหนียว เป็นหนอง หรือปนเลือดก็ได้ เลือดที่ปนในเสมหะผู้ป่วยวัณโรคปอด อาจมีเพียงจุดเล็ก ๆ หรือไอออกมาเป็นก้อนใหญ่ก็ได้

2. อาการเจ็บหน้าอก เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค บางครั้งเป็นเพียงเจ็บตื้อ ๆ บางครั้งเจ็บมากขณะหายใจเข้าเนื่องจากเยื่อหุ้มปอดอักเสบ บางครั้งก็เกิดจากการขัดยอกของกล้ามเนื้อหน้าอกจากการไอมาก ๆ และบางครั้งอาจไอมากจนทำให้กระดูกซี่โครงหัก (Cough Fracture)

3. อาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด เกิดจากโรคกระจายไปมากในปอด หรือเกิดจากน้ำในช่องปอดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อน บางครั้งผู้ป่วยจะหายใจมีเสียงวี๊ด (Wheeze) เนื่องจากหลอดลมอักเสบจากเชื้อวัณโรค หรือจากการกดทับต่อมน้ำเหลืองต่อหลอดลม

อาการและอาการแสดงในระบบอื่น ๆ ที่สำคัญ

1. มีไข้ต่ำ ๆ มักเป็นตอนบ่ายหรือตอนเย็น ผู้ป่วยมีอาการตัวร้อนได้ง่าย หากทำงานหนักเกินไป ตกใจ หรือดีใจง่าย เมื่อวัดไข้จะมีอุณหภูมิประมาณ 38.3 องศาเซลเซียส ในเวลาเช้ามักมีอาการตัวเย็นกว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการมีน้ําสีระเหยและอ่อนเพลียมาก

2. เหงื่อออกตอนกลางคืน ผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนสร้างไข้ และมีเหงื่อออกมากจนเสื้อเปียก ทำให้นอนไม่หลับ เมื่อตื่นนอนตอนเช้าตัวก็จะเย็นกว่าปกติ มีอาการหนาวจนตัวสั่น

3. อาการอ่อนเพลีย จะมีมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นมากในตอนเช้า และเป็นน้อยในตอนบ่าย

4. เบื่ออาหาร

5. น้ำหนักลด ผู้ป่วยเป็นวัณโรคมักเป็นผู้ที่มีรูปร่างผอม และจะมีน้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว

การติดเชื้อและพยาธิสภาพของวัณโรคปอด

การติดเชื้อวัณโรคปอด (Tuberculosis Infection) เกิดขึ้นจากเชื้อวัณโรคลูก้าเข้าสู่เนื้อเยื่อของร่างกาย ซึ่งพบได้บ่อยมากในบริเวณหลอดลมฝอยและถุงลมปอด (Bronchiole and Alveolar) ถ้าบุคคลนั้นไม่มีภูมิคุ้มกันโรคมามาก่อน เชื้อวัณโรคสามารถเข้าไปในเนื้อเยื่อแล้วเจริญเติบโตหรือเพิ่มจำนวนในเนื้อเยื่อต่อไป ร่างกายจะตอบสนองโดยเม็ดเลือดขาวชนิดมาโครฟาจ (Macrophages) เข้ามาโอบล้อมเชื้อวัณโรคไว้ เชื้อสามารถมีชีวิตอยู่และแบ่งตัวในเซลล์มาโครฟาจ แต่ไม่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ เรียกว่าอยู่ในระยะสงบ (Latent State) (บัญญัติ ปรีชญานนท์และคณะ. 2542) ร่องรอยของ

การติดเชื้อ จะปรากฏโดยมีผลบวกในการทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คิวลินทางผิวหนัง (Tuberculin Skin Test) เท่านั้น ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกมักปกติไม่พบเชื้อจากการตรวจเสมหะและการเพาะเชื้อ ไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อหรือติดต่อไปยังผู้อื่น ไม่มีอาการแสดงของการป่วยเป็นวัณโรคและไม่ใช้ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ แต่มีความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยเป็นวัณโรคตามมาหลังการติดเชื้อได้ประมาณร้อยละ 15 ตลอดช่วงชีวิต (Awomoyi et al. 2004 ; CDC. 1995)

พยาธิกำเนิดของการติดเชื้อวัณโรคแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (Dannenberg, 1999)

ระยะที่ 1 คือระยะตั้งแต่เชื้อเข้าสู่ร่างกายจนถึง 7 วันแรก เชื้อที่เข้าไปในถุงลมมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้มีการตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ (Cell Mediated Immune: CMI) เชื้อจะถูกเก็บกินโดยเซลล์แมโครฟาจ (Macrophage) แต่เชื้อสร้างแอมโมเนียได้จึงไม่ถูกทำลายโดยกรดและเอนไซม์ของแมโครฟาจ

ระยะที่ 2 เป็นระยะวันที่ 7 ถึงวันที่ 21 เชื้อที่แบ่งตัวอยู่จะทำให้เซลล์แมโครฟาจแตก และปล่อยเชื้อออกมานอกเซลล์ พร้อมกับหลั่งสารที่จะดึงดูดเซลล์แมโครฟาจตัวอื่นจากกระแสเลือด เช่น โมโนไซต์ (Monocyte) เข้ามาในบริเวณนั้นเพื่อมาทำลายเชื้อ แต่แมโครฟาจที่มาใหม่แม้จะจับกินเชื้อโรคได้แต่ก็ยังไม่สามารถฆ่าเชื้อหรือหยุดการแบ่งตัวของเชื้อได้ เชื้อจึงมีการเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนขึ้น

ระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ของการติดเชื้อ ปริมาณของเชื้อวัณโรคมีประมาณ $10^3 - 10^4$ ตัว ซึ่งมากพอที่จะกระตุ้นให้ร่างกายมีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ (CMI) และปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Delayed Type Hypersensitivity: DTH) ถ้าทำการทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คิวลินทางผิวหนังจะให้ผลบวก รอยโรคที่ติดเชื้อจะมีเนื้อตายลักษณะคล้ายเนยแข็ง (Caseous Necrosis) อยู่ตรงกลางส่วนบริเวณขอบแผลจะมีการสะสมของแมโครฟาจและลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ที่ทำลายเชื้อได้ใน

ระยะนี้ เชื้อจะหยุดเจริญเติบโตและถูกทำลาย ถ้าเชื้อมีจำนวนน้อยก็จะควบคุมโรคได้ แต่ถ้าเชื้อมีจำนวนมากขนาดของเนื้อตายจะขยายใหญ่ขึ้น เกิดเป็นแผลวัณโรคปฐมภูมิ (Primary Lesion) หรือคอน ทูบเคิล (Ghon Tubercle) ในคนที่มีภาวะภูมิคุ้มกันปกติ รอยโรคมักไม่รุนแรง โรคจะหายหรืออยู่ในภาวะสงบจากผลของภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์

ระยะที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 ในคนที่ระบบภูมิคุ้มกันไม่ดีจะเกิดต่อเนื่องจากวัณโรคปฐมภูมิในระยะที่ 3 ผลจากปฏิกิริยาภูมิไวเกิน ทำให้เกิดการละลายของเนื้อตายคล้ายเนยแข็ง (Caseous Necrosis) เป็นสารเหลวคล้ายหนอง (Liquefaction) ซึ่งสารเหลวนี้นี้เป็นอาหารที่ดีสำหรับเชื้อ ทำให้มีการแบ่งตัวของเชื้อมากขึ้น มีการทำลายเนื้อปอดมากขึ้นจนเกิดโพรงแผลในปอด (Cavity) และ

อาจทะลุเข้าไปในแขนงหลอดลม และสามารถตรวจพบลักษณะของปอดอักเสบ (Broncho or Lobar Pneumonia) และสารเหลวจะถูกขับออกมาทางหลอดลม เป็นระยะที่เชื้อสามารถแพร่กระจาย ออกมาจากร่างกายและติดต่อไปยังผู้อื่นได้ สำหรับไซโตไคน์ (Cytokine) และโมโนไคน์ (Monokine) บางชนิดที่เกิดในกระบวนการทั้งหมดนี้จะมีผลทำให้เกิดอาการทางระบบต่าง ๆ ของร่างกายเกิดขึ้น เช่น ไข้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เป็นต้น (นิธิพัฒน์ เจริญกุล. 2551)

การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด

เชื้อวัณโรคติดต่อจากคนสู่คนได้โดยการหายใจ (Airborne Transmission) เอาเชื้อวัณโรคที่อยู่ในฝอยละอองน้ำมูก น้ำลาย หรือเกิดจากการไอ และการพูดคุยกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ การไอของผู้ป่วยทำให้เกิดฝอยละอองน้ำมูกน้ำลายขนาด 1-5 ไมครอน ที่มีเชื้อวัณโรคอยู่ใน ซึ่งสามารถลอยอยู่ในอากาศได้เป็นเวลานาน เนื่องจากมีอนุภาคขนาดเล็กมาก การไอ 1 ครั้งและการพูดคุยเป็นเวลานาน 5 นาที จะเกิดละอองน้ำมูกน้ำลาย (Droplet Nuclei) 3,000 ละออง (Cole and Cook. 1998 ; DeVita et al. 1992) เมื่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยหายใจเข้าไป เชื้อวัณโรคปอดจึงสามารถเข้าสู่หลอดลมฝอยส่วนปลายหรือถุงลมปอดได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีความไวต่อการติดเชื้อสูง เกิดการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ (Askew et al. 1997 ; Rubin. 1991) เชื้อวัณโรคที่แข็งแรง แม้เพียง 1 ตัว สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดมีโพรงแผล รอยโรคที่เป็นโพรงซึ่งออกซิเจนเข้าถึงจะมีเชื้อมากถึง 107-109 ตัว ส่วนรอยโรคที่ไม่เป็นโพรงแผลจะมีเชื้ออยู่ประมาณ 102-105 ตัว นอกจากนี้ ยังพบว่าความเสี่ยงต่อการรับเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยจะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับระยะเวลาที่สัมผัส ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค และการระบายอากาศในสถานที่นั้น (Earnest and Sbarbaro. 1995)

การวินิจฉัยวัณโรคปอด

วัณโรคปอดสามารถวินิจฉัยได้จากอาการ อาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ (ยุทธิชัย เกษตรเจริญ. 2542 ; ATS. 2000)

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

1. อาการและอาการแสดงทั่วไป สามารถวินิจฉัยการเกิดวัณโรคปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพในเบื้องต้น โดยมีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 63-100 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 65-88.5 (English et al. 2006 ; Mohammed et al. 2004 ; Sokolove et al. 2000) อาการสำคัญของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีไข้ต่ำ ๆ มักเป็นตอนบ่ายหรือตอนเย็นเหงื่อออกตอนกลางคืน

2. อาการและอาการแสดงทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการไอมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป สามารถทำนายการเกิดวัณโรคได้ร้อยละ 100 (English et al. 2006) อาจไอเป็นเลือด ไอเสมหะ

มีเลือดปน เสมหะมักมีสีเหลือง เขียว และมีกลิ่นเหม็น บางรายอาจมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย ฟังเสียงการหายใจลดลงจากการมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ฟังปอดมีเสียง Crepitation บริเวณรอยโรค

การตรวจเสมหะเพื่อวินิจฉัยวัณโรคปอด

1. การตรวจเสมหะด้วยวิธีย้อมเชื้อทนครด (Acid Fast Bacilli Stain) เป็นการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Direct Smear มีความจำเพาะสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 99.6-100 (Gordin and Stutkin, 1990) หากตรวจเสมหะพบเชื้อสามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นวัณโรค และให้การรักษาได้โดยไม่ต้องรอผลการเพาะเชื้อ แต่มีความไวร้อยละ 39-74 คือไม่สามารถบอกรชนิดของ Mycobacterium ได้ การตรวจหาเชื้อทนครดในเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะมีโอกาสพบเชื้อวัณโรคได้หากในเสมหะ 1 มิลลิลิตร มีเชื้อประมาณ 5,000-10,000 ตัวขึ้นไป หากปริมาณเชื่อน้อยกว่านี้โอกาสตรวจพบด้วยกล้องจุลทรรศน์จะลดลงมาก การตรวจควรตรวจซ้ำอย่างน้อย 3 ครั้ง ดังนั้นจึงต้องมีการเก็บเสมหะอย่างถูกต้อง ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าต้องเป็นเสมหะที่ไอจากส่วนลึกของหลอดลม และมีปริมาณมากพอสมควรประมาณ 5-10 มิลลิลิตร หากเก็บไม่ถูกต้อง จะทำให้ผลการตรวจผิดพลาดได้ (Gothi & Joshi, 2004) เสมหะที่ได้ควรส่งห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจโดยเร็ว หากเก็บไว้ในตู้เย็น 4 °C ไม่ควรเก็บนานเกินกว่า 1 สัปดาห์ (สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2544)

2. การเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (TB Culture) เป็นการตรวจที่ให้ผลถูกต้องแม่นยำ มีความไวและความจำเพาะร้อยละ 81.5 และ 98.4 ตามลำดับ (Schluger and Rom, 1994) ถือเป็นมาตรฐานสามารถตรวจพิสูจน์หาเชื้อวัณโรคได้แม้จะมีจำนวนเชื้อวัณโรคที่มีชีวิตเพียง 10 เซลล์ต่อสิ่งส่งตรวจ 1 มิลลิลิตร และยังสามารถบอกรชนิดของเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ เพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรคที่ดื้อยา แต่ข้อเสียของการเพาะเชื้อวัณโรคคือ ต้องใช้ระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ในการเพาะเลี้ยง ยกเว้นวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อด้วยของเหลวอื่น ๆ ในร่างกาย (Body Fluid) ที่ไม่ใช่เสมหะ จะใช้เวลาเพียง 7-10 วัน จะทราบผลของการเพาะเชื้อ สามารถใช้ในการศึกษาแยกสายพันธุ์ รวมทั้งการศึกษาวินิจฉัยติดตามผู้ป่วยได้ โดยใช้สารรังสีไอโซโทปมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาเชื้อวัณโรคแต่เครื่องมือที่ใช้มีราคาแพง ต้องใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน

การถ่ายภาพรังสีทรวงอก

การวินิจฉัยโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก มีความไวร้อยละ 80 มีความจำเพาะร้อยละ 67 (Cleeff et al. 2005) หากใช้เพียงอาการและภาพถ่ายรังสีทรวงอกวินิจฉัยวัณโรคปอดโอกาสผิดพลาดจะสูง ภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่พบในผู้ป่วยวัณโรคปฐมภูมิ จุดแรกที่เริ่มมีพยาธิสภาพมักพบที่ปอดกลีบขวาหรือส่วนบนของปอดกลีบล่างขวา หรือพบต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดโต อาการลุกลามผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ปอดมากขึ้น อาจมีโพรงแผล มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด มีน้ำในช่องเยื่อหุ้ม

ปอด ต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดโตเชื้อกระจายเข้ากระแสโลหิตเกิดวัณโรคนอกปอดตามมา การถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อคัดกรองโรค พบว่าร้อยละ 97 ของ ผู้ที่เป็นวัณโรคปอดที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี จะเห็นรอยโรคบริเวณปอดกลีบบนส่วนคนที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยเห็นรอยโรคเพียงร้อยละ 18 (Schluger and Rom. 1994) ในบางประเทศใช้การถ่ายภาพรังสีทรวงอกในการค้นหาวัณโรคปอดใน บุคลากรทางการแพทย์ แต่วิธีนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและประสิทธิภาพต่ำ ศูนย์ควบคุมและป้องกัน โรค ประเทศสหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้การคัดกรองโดยใช้อาการของ วัณโรคจะได้ผลคุ้มค่ากว่า (ศรีประภา เนตรนิยม. 2546)

การตรวจด้วยเทคนิคสมัยใหม่

1. Polymerase chain reaction (PCR) เป็นเทคนิคการสังเคราะห์สารพันธุกรรม (DNA) ใน หลอดทดลองเลียนแบบการสังเคราะห์ DNA ที่เกิดขึ้นในธรรมชาติ ทำการทดสอบ DNA ที่ได้จาก เทคนิค PCR เทียบกับ DNA มาตรฐานโดยวิธีอิเล็กโตรโฟรีซิส (Electrophoresis) วิธีการนี้ มีข้อดี คือมีความไวและความจำเพาะสูงมากอาจถึงร้อยละ 100 (95% CI = 85-100) แม้มีเชื้อวัณโรคใน สิ่งส่งตรวจเพียง 3 ตัว ก็สามารถตรวจพบได้ภายในเวลา 48 ชั่วโมง (Warren et al. 2004)

2. Restriction fragments length polymorphism (RFLP) เป็นการนำเอา DNA ของเชื้อมาตัด ด้วยเอนไซม์ ไรสทริกซัน เอ็นโดนิวคลีเอส (Restriction Endonuclease) ให้ DNA ขนาดเป็นท่อน ๆ แล้วนำไปแยกด้วยวิธีอิเล็กโตรโฟรีซิส (Electrophoresis) จะเกิดรูปแบบการเรียงตัวของ DNA ท่อน เล็กและท่อนใหญ่ที่เรียกว่า DNA Fingerprinting ซึ่งใช้จำแนกสายพันธุ์ของเชื้อได้ วิธีนี้จะมี ประโยชน์ในการศึกษาระบาดวิทยาของเชื้อโรค สามารถบอกแหล่งระบาดของโรคได้

การทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง

การทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง (Tuberculin Skin Test) หมายถึง การใช้ยา ทูเบอร์คูลินชนิดพีพีดี (Purified Protein Derivative [PPD]) จำนวน 0.1 มิลลิลิตร ฉีดเข้าชั้นผิวหนัง แล้วอ่านผลหลังทดสอบ 48-72 ชั่วโมง เป็นการตรวจวินิจฉัยที่นิยมเนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวก ทราบ ผลการตรวจได้รวดเร็วและมีความแม่นยำ สามารถตรวจโดยทั่วไปได้ ความไวของการทดสอบ ทูเบอร์คูลินทางผิวหนังเพื่อตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคในคนปกติ มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 92-94 และมีความจำเพาะร้อยละ 98-99 (Rose, Schechter and Adler. 1995) เป็นการตรวจวินิจฉัยว่าผู้นั้น ได้รับเชื้อวัณโรคมาแล้ว เนื่องจากในประเทศไทยมีความครอบคลุมการฉีดวัคซีน BCG ก่อนข้างสูง จึงเป็นการยากที่จะแยกปฏิกิริยาที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรคและการได้รับวัคซีน BCG ได้ ดังนั้น จึงใช้ตรวจเพื่อวินิจฉัยวัณโรคที่ตรวจไม่พบเชื้อ (อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิชัยไชย, ประมวล สุนากร และ วัลลภ ปายะนันท์. 2542)

2.1.2 วิทยาการระบาดของวัณโรคปอด

วัณโรค เป็นโรคติดต่อที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า ปีพ.ศ. 2552 ประเทศไทยจะมีอัตราความชุกของวัณโรคประมาณ 130,000 ราย (189 ต่อแสนประชากร) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 93,000 ราย (137 ต่อแสนประชากร) และจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตปีละ 12,000 ราย (18 ต่อแสนประชากร)

สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยที่กรมควบคุมโรคได้รับรายงาน โดยรวบรวมจากสถานพยาบาลผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 1 – 12 ในไตรมาสที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2553 พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่เสมหะพบเชื้อมีจำนวน 37,108 ราย ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำจำนวน 2,079 ราย ผู้ป่วยรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อจำนวน 24,259 ราย และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดจำนวน 11,450 ราย คิดรวมเป็นผู้ป่วยทุก ประเภทจำนวน 74,896 ราย

การติดเชื้อวัณโรคมีองค์ประกอบที่สำคัญตามหลักวิทยาการระบาด ได้แก่ บุคคล (Host) เชื้อก่อโรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ดังนี้

1) บุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคน ได้แก่

1.1) อายุ ผู้สูงอายุและเด็กจะติดเชื้อได้ง่ายกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากจะมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายยังเจริญไม่เต็มที่ ทำให้ความสามารถในการกำจัดเชื้อโรคไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนผู้สูงอายุนั้นภูมิคุ้มกันต่ำลงประสิทธิภาพจึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อวัณโรคจากการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคโดยตรง และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคระยะแพร่กระจายสูงกว่าคนปกติถึง 2.2- 5 เท่า ในผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 90 ของวัณโรคปอดเกิดจาก Reactivation ของการติดเชื้อวัณโรคในระยะแรก (Vachharajani et al. 2000) มีการศึกษาที่ได้ผลแตกต่างกันในแต่ละแห่งเกี่ยวกับตัวแปรด้านอายุกับการติดเชื้อในบุคลากร จากการศึกษาผลการทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง ของบุคลากรในโรงพยาบาลของรัฐจอร์เจีย สหรัฐอเมริกา พบว่าผลการทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินทางผิวหนังของบุคลากรเป็นบวกจะสูงขึ้นในกลุ่มบุคลากรที่สูงอายุ (Larsen et al. 2002) บุคลากรที่อายุมากปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ระยะเวลาที่สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคที่มีมากโอกาสรับเชื้อจากผู้ป่วย ในขณะที่ปฏิบัติงานจึงมีมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นรวิรุ จ้วแจ่มใส, อุไร ภูวนวกุล และงามตา เจริญธรรม. 2540)

1.2) เพศ มีการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค โดยพบเพศชายมีการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าเพศหญิง ดังการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคในกรุงเทพมหานคร

อังกฤษ พบเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือร้อยละ 62 (Kumar et al., 2000) ผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชระหว่าง พ.ศ. 2538-2544 พบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.36 เท่า (นิธิพัฒน์ เจียรกุล และ สมลักษณ์ จึงสมาน, 2544) ความแตกต่างของการติดเชื้อและการป่วยระหว่างเพศเชื่อว่าเพศชายขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ไม่ค่อยยอมรับความเจ็บป่วย ไม่แสวงหาการรักษา จึงทำให้เกิดการล่าช้าในการรักษาและมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เพศหญิงจะสนใจดูแลสุขภาพของตนเองดีกว่า นอกจากนี้เพศชายยังมีปัจจัยเสี่ยงทางอ้อมประการอื่น เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งพบมากกว่าเพศหญิง (บุญเชิด กลัดพ่วง, ประทีน จาดตาล และจรรย์ จันทร์แก้ว, 2545) แต่ก็มีพบมีการศึกษาที่แตกต่างออกไป เช่นการศึกษาการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มของทันตแพทย์ในรัฐเท็กซัส ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เพศหญิงมีอัตราการติดเชื้อวัณโรคสูงกว่าเพศชาย (Porteous and Brown, 1999)

1.3) โรคเดิมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เป็นสาเหตุส่งเสริม เช่น

1) ผู้ป่วยเบาหวาน ในภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะมีความผิดปกติของระบบเลือด เช่น เม็ดเลือดแดงจะมีอายุสั้นลง เกร็ดเลือดจะยิ่งเกาะ และรวมตัวกันได้ง่าย เม็ดเลือดขาวบางชนิด เช่น โพลีมอร์โฟนิวเคลียร์ (Polymorph Nuclear) ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี โดยพบว่า การเคลื่อนที่ของเม็ดเลือดขาวไปยังบริเวณที่มีการติดเชื้อเป็นไปได้ไม่ดี ความสามารถในการยึดติดกับผิวของส่วนที่มีการติดเชื้อลดลง การทำหน้าที่ฟาโกไซโตซิส (Phagocytosis) และฆ่าแบคทีเรียก็ลดลงด้วย ลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ที่มีบทบาทในการทำลายสิ่งแปลกปลอมทั้งที่อยู่ในกระแสเลือดและที่เกี่ยวข้องกับเซลล์ที่เสื่อมหน้าที่ลง ทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติ ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

2) โรคมะเร็ง ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งจะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยทำให้เซลล์เม็ดเลือดแดงลดจำนวนลง ระดับอิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulin) ต่ำลง การสร้างโปรตีนของร่างกายบกพร่องทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และจากการที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา และยากดภูมิคุ้มกัน จะมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลงเช่นกัน

3) โรคพิษสุราเรื้อรัง การดื่มสุราทำให้เกิดการทำลายของอวัยวะ หลายๆ ระบบรวมทั้งระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน โดยแอลกอฮอล์ในสุราทำให้การทำงานของโมนิวเคลียร์แมคโครฟาจ (Mononuclear macrophage) และอัลวีโอลาแมคโครฟาจ (Alveolar Macrophage) ในการทำลายโรคเสียไป (สมบัติ ลีลาสุภาศรี, 2539)

4) ผู้ป่วยไตวายหรือโรคไตระยะสุดท้าย จากการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในผู้ป่วยเยื่อช่องท้องอักเสบจากเชื้อวัณโรค ที่ได้รับการรักษาด้วย

การล้างท้องอย่างถาวร พบว่าการติดเชื้อวัณโรคมักเกิดจากการลดลงของภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cellular Immunity) ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย มีอุบัติการณ์สูงกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 6 - 16 เท่า และมีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในอวัยวะนอกปอดมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 4 เท่า (เจริญ เกียรติวัชรชัย. 2541) จากรายการศึกษาในนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วย Chronic Hemodialysis มีอัตราการติดเชื้อวัณโรคสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึง 7 เท่า (Simon et al. 1999)

5) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ และผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคสูงจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cellular Mediated Immunity : CMI) (นิธิพัฒน์ เจริญกุล. 2551) จากรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อวัณโรค ปอดในประเทศเอธิโอเปียในปี ค.ศ. 1999 เพิ่มขึ้น 30% เนื่องจากผลกระทบของการระบาดของ HIV (Bruchfeld et al. 2002) การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ในประเทศที่มีการระบาดของโรคเอดส์ จะมีการระบาดของวัณโรค เพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว (เจริญ ชูโชติถาวร. 2542)

1.4) ภาวะทุพโภชนาการ ในผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร พบว่ามีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ จำนวนลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ที่ลดลงทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย อีกทั้งยังมีผลต่อการสร้างโปรตีนลดลง ทำให้กลไกการป้องกันของปอดเสียหายที่ ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันต่ำลง ในผู้ป่วยวัณโรค น้ำหนักตัวเป็นตัวชี้วัดระดับสุขภาพอนามัย ภาวะทุพโภชนาการทำให้ความต้านทานของร่างกายลดลง พบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 40 กิโลกรัม มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ (บุญเชิด กัดพ่วง, ประทิน จาดตาล และจริย์ จันทร์แก้ว. 2545)

1.5) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นเวลานาน มีผลทำให้กลไกการป้องกันเชื้อวัณโรคของปอดลดลง เนื่องจากบุหรี่จะทำให้มีระดับคาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (Carboxy-hemoglobin) เพิ่มขึ้นทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนลดลงและทำให้ขน (Cilia) เล็ก ๆ บนผิวเซลล์ของระบบทางเดินหายใจมีการทำงานลดลง เป็นผลทำให้มีการหลั่งเมือก (Mucous) ลดลง ทำให้สิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคที่หายใจเข้าไปในร่างกายไม่สามารถถูกขับออกมาได้ จากการศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่าการ สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอด (OR=2.5) และพบว่าจำนวนที่สูบบุหรี่มาก และระยะเวลาการสูบบุหรี่นาน มีผลต่อการเกิดโรค (Kolappan & Gopti. 2002) และมีผลการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคโดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค 3.98 เท่า (นิอร อริโยทัย และคณะ. 2545)

1.6) การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ยาสเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะและยาเคมีบำบัด โดยยาเหล่านี้ จะรบกวนกระบวนการสร้างแอนติบอดี กดกระบวนการฟาโกไซโตซิส ลดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ

ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อมากขึ้น หากภูมิคุ้มกันจะทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยา จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่ามีผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคจากการปลูกถ่ายอวัยวะ 2 ราย ซึ่งหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาภูมิคุ้มกัน (Graham et al. 2001)

2) เชื้อวัณโรค

เชื้อวัณโรค เป็นเชื้อแบคทีเรียจัดอยู่ในตระกูลมัคโคแบคทีเรียเซ (Family Mycobacteriaceae) ชื่อว่า มัคโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คิวโลสิส เป็นเชื้อแบคทีเรียชนิดชอบอากาศ (Aerobic) มีขนาดเล็กประมาณ 1-5 ไมครอน เชื้อมีผนังหนาทำให้ทนทานต่อสิ่งแวดล้อมสามารถเจริญได้ดีในที่มีค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) 6.0-7.6 ที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เชื้อวัณโรคมีระยะฟักตัวประมาณ 4-5 สัปดาห์ (อะเกือ อุณหเลขกะ. 2545) ลักษณะของเชื้อมัคโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คิวโลสิส เมื่ออยู่ในเนื้อเยื่อจะมีลักษณะเป็นท่อนตรง ผอมบาง (Slender Shape) หรือโค้งเล็กน้อย ขนาดกว้าง 0.3-0.6 ไมโครเมตร ยาว 2-4 ไมโครเมตร อยู่เดี่ยว ๆ แต่มักอยู่เป็นกลุ่มไม่สร้างสปอร์ ไม่เคลื่อนที่ ไม่มีแฟลกเจลลัม และเมื่อเลี้ยงในอาหาร อาจเป็นทรงกลมและแตกกิ่งก้าน ไม่สามารถจัดเป็นพวกแกรมบวกหรือแกรมลบ เพราะย้อมสีธรรมดาติดสียากต้องย้อมด้วยสีทนกรดโดยใช้สีของ คาร์บอน ฟุคซิด (Carbon-fuchsin) ตัวเชื้อจะติดสีแดงเป็นท่อนยาว เมื่อย้อมติดสีแล้วจะทนต่อการล้างด้วยแอลกอฮอล์กรด (acid alcohol) จึงเรียกเชื้อนี้ว่า แบคทีเรียทนกรด (Acid Fast Bacteria) การที่เชื้อมีสมบัติทนกรดเพราะมีปริมาณไขมันมากที่ผนังเซลล์ สีย้อมจะทำปฏิกิริยากับกรดไมโคลิก (Mycolic Acid) ที่ผนังเซลล์จึงจับสีไว้ การย้อมสีด้วยวิธีนี้ถ้าเป็นเชื้อจากเนื้อเยื่อและเสมหะจะติดสีไม่สม่ำเสมอและเป็นแถบ ๆ เพราะมีแวคิวโอล และสารพอลิฟอสเฟต นอกจากนี้ยังอาจย้อมด้วยสีคาร์บอน-ออรามิน (Carbon-auramine) เมื่อส่องด้วยแสงอุลตราไวโอเลตจะเกิดการเรืองแสงเป็นสีเหลืองสว่าง (ชัยเวช นุชประยูร. 2542 ; ปรีชา วิจิตพันธ์ เปรม บุรี และวัลลี สัตยาศัย. 2537) เชื้อวัณโรคถูกทำลายได้ในน้ำเดือดเป็นเวลานาน 2 นาที การแช่แข็ง (Freezing) ไม่สามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ เชื้อวัณโรคทนทานต่อความแห้ง เชื้อวัณโรคที่ถูกทำให้แห้ง (Dried Tubercle Bacilli) สามารถมีชีวิตอยู่ได้ตั้งแต่ 4 ชั่วโมงถึง 5 วัน ในภาวะแวดล้อมต่าง ๆ กัน และสามารถมีชีวิตอยู่ในห้องมืดได้นานตั้งแต่ 40 วัน จนถึง 5 เดือน รังสีอุลตราไวโอเลตในแสงแดด สามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ เชื้อวัณโรคมีความทนทานต่อน้ำยาทำลายเชื้อมากกว่าเชื้อชนิดอื่น ๆ เอทิล (Ethyl) และไอโซพรอปพิล แอลกอฮอล์ (Isopropyl Alcohols) ที่มีความเข้มข้นสูงสามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ แสงแดดทำลายเชื้อวัณโรคได้ภายใน 5 นาที การฝังแดดจึงเป็นวิธีการที่สะดวกที่สุดในการทำลายเชื้อ เชื้อวัณโรคอาจมีชีวิตเป็นปีในที่มืด ความร้อนที่อุณหภูมิ 60 และ 70 องศาเซลเซียส

สามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ภายในเวลา 20 และ 5 นาที ตามลำดับ (ปรีชา วิจิตพันธ์ และคณะ. 2537 ; ชัยเวช นุชประยูร. 2542)

3) **สิ่งแวดล้อม** แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ

3.1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) มีส่วนส่งเสริมให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคได้ ปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นคือ สถานที่คับแคบหรือทึบ (Enclosed Spaces) ขาดการถ่ายเทอากาศที่เหมาะสม การไหลเวียนของอากาศที่ไม่ดี ไม่เพียงพอในการขจัดละอองเชื้อโรค (Infectious Droplet Nuclei) เช่น ภายในโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยที่มีการระบายอากาศไม่ดี อากาศถ่ายเทไม่สะดวก หรือบางแห่งไม่มีการระบายอากาศเลย ผู้ป่วยที่ต้องอยู่อย่างแออัดมีโอกาสรับเชื้อวัณโรคได้ง่าย โดยเฉพาะบริเวณซึ่งมีผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา นอกจากนี้การใช้เครื่องปรับอากาศในหอผู้ป่วยหรือในบริเวณที่มีผู้ป่วยแออัดจะทำให้การไหลเวียนอากาศลดลง เชื้อวัณโรคจึงลอยอยู่ในอากาศได้เป็นเวลานาน นอกจากนี้อุปกรณ์ทางการแพทย์ก็จัดเป็นสิ่งแวดล้อมเช่นกัน จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลจำนวน 3 ราย เนื่องจากการใช้เครื่องฟนละอองฝอยร่วมกัน (Southwick et al. 2001) และจากการศึกษาในประเทศเดียวกันในปี ค.ศ. 2003 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลจำนวน 3 รายจากการใช้กล้อง Bronchoscope ร่วมกัน โดยที่ไม่ได้ทำความสะอาดกล้องดีพอ (Larson et al. 2003)

3.2) สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (Biological Environment) เป็นสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ญาติผู้ป่วย และผู้ที่มาเยี่ยม มีส่วนส่งเสริมให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ หรือเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลโดยตรง หากบุคคลนั้นป่วยเป็นวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อ

2.1.3 การป้องกันและการควบคุมวัณโรคปอดในประเทศไทย

การป้องกันและการควบคุมวัณโรคปอดในประเทศไทย

หลักการที่สำคัญของการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอด คือ ตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

1. การค้นหาผู้ป่วยได้เร็ว โดยเฉพาะผู้ที่มีเชื้ออยู่ในเสมหะ
2. ทำการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ
3. การป้องกันวัณโรคปอดโดยการฉีดวัคซีนบีซีจี เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรค

4. ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจการรักษาและให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพและการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

5. การปรับสภาพแวดล้อมให้ดี เช่น ให้อยู่ในที่ซึ่งมีอากาศถ่ายสะดวกปริมาณแสงแดดเพียงพอ

นอกจากนั้น ในการป้องกันไม่ให้ติดเชื้อวัณโรคอาจแบ่งออกได้เป็นหลักใหญ่ ๆ 3 ประการ

1. การป้องกันไม่ให้ติดเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย

วัณโรคเป็นโรคที่สามารถติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง การป้องกันไม่ให้เชื้อวัณโรคมีการถ่ายทอดสู่คนไม่เป็นโรค แต่ใกล้ชิด ได้แก่ บุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งอาจได้รับเชื้อวัณโรคง่าย โดยมีหลักในการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย ดังนี้

1) การป้องกันการปนเปื้อน คือ การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคแพร่เชื้อวัณโรคสู่บรรยากาศโดยการเสาะแสวงหาผู้ป่วยวัณโรค และการใช้ยา หากพบผู้ป่วยที่เริ่มเป็นวัณโรคระยะเริ่มต้นยิ่งเร็วยิ่งดี จะช่วยในการจำกัดช่วงเวลาในการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น การให้ยาต้านเชื้อโรคแก่ผู้ป่วยจะลดการไอและปริมาณเสมหะ และปริมาณเชื้อที่อยู่ในเสมหะได้รวดเร็ว ผู้ป่วยมักจะไม่แพร่เชื้อออกมาอีก โดยภายหลังการรักษาด้วยที่มีประสิทธิภาพ 2 สัปดาห์ เชื้อก็ไม่สามารถติดต่อไปยังผู้อื่นแล้ว

2) ระวังการแพร่เชื้อ โดยการคลุมปาก และจมูก การให้ผู้ป่วยใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปากตลอดเวลาหรือแม้แต่ปิดปากในขณะที่ไอ จาม หรือพูด อุปกรณ์ที่ใช้ปิดปากเก็บใส่ในภาชนะปิดที่เตรียมไว้เพื่อนำไปทำลายเชื้อวัณโรคในภายหลัง การป้องกันวิธีนี้เป็นวิธีการระงับไม่ให้อนุภาคเชื้อวัณโรคเกิดขึ้นภายในอากาศ

3) การกำจัดสิ่งปนเปื้อน คือการกำจัดเชื้อโรคในอากาศที่เกิดจากอนุภาคละอองที่ออกมาจากผู้ป่วย ได้แก่

- การถ่ายเทอากาศ โดยพยายามให้อากาศมีการถ่ายเทอย่าให้อับทึบ โดยยึดหลักปริมาณของเชื้อในอากาศที่ห้อยแขวนอยู่ยิ่งมากเท่าใด โอกาสที่คนอื่นจะสูดหายใจได้รับการติดเชื้อยิ่งมากขึ้นเท่านั้น การให้อากาศถ่ายเทได้ จะช่วยลดปริมาณของเชื้อโรคโอกาสติดเชื้อจะน้อยลง

- หลักการป้องกันไม่ให้ได้รับเชื้อจากผู้ป่วย การป้องกันไม่ให้รับเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยสมบูรณ์แบบเป็นไปไม่ได้ ดังนั้นการไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ที่มีเชื้อวัณโรคจะลดอัตราการติดเชื้อวัณโรคได้ และถ้าต้องปนเปื้อนกับเชื้อวัณโรค ต้องล้างมือบ่อย ๆ และไม่ควรอยู่กับที่ที่มีอากาศถ่ายเทไม่ดี หรือในชุมชนแออัด

- การใช้แสงอุลตราไวโอเลต เชื้อวัณโรคที่เจริญพันธุ์ในร่างกายมีความคงทนต่อการทำลายมากกว่าเชื้อวัณโรคที่เจริญเติบโตภายนอกร่างกาย ดังนั้นการใช้แสงอุลตราไวโอเลตได้ผลดีมากในการทำลายเชื้อวัณโรคในสถานที่จำกัดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และไม่สามารถควบคุมการปล่อยเชื้อออกมาปนเปื้อนในอากาศ

- การใช้ความร้อนและสารเคมี ความร้อน 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที (Thermal death point) จะฆ่าเชื้อวัณโรคได้ การทำลายเชื้อจากเสมหะที่ดีที่สุด จึงควรใช้ความร้อน เช่น การเผาทิ้ง การใช้ความร้อนต่ำ ๆ เพื่อให้หม่นปราศจากเชื้อ คือวิธีการ Pasteurization

2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรคในประชากร

การที่ประชาชนมีการติดเชื้อแต่ไม่ได้เป็นโรคทุกคน แสดงว่ามีความแตกต่างในภูมิคุ้มกันต้านทานของประชากร แบ่งเป็น 2 ประการ คือ

1) การสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรคทั่วไป ได้แก่

- การยกระดับความเป็นอยู่ฐานะทางเศรษฐกิจ การทำลายแหล่งเสื่อมโทรมที่มีสภาพความเป็นอยู่แออัด ยกระดับการศึกษาซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ

- การรับประทานอาหารอย่างเพียงพอครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะทุพโภชนาการ อันเป็นสิ่งสำคัญของการป่วยเป็นวัณโรค

- การพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

2) การสร้างภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนบีซีจี

3. การให้ยาป้องกันวัณโรค ได้แก่

1) ไอโซไนอาซิด (Isoniazid:INH)

2) อีแทมบูตอล (Ethambutal)

3) เสตรพโตมัยซิน (Streptomycin)

4) ริแฟมปีซิน (Rifampicin)

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมสำหรับวัณโรคปอด

แต่ละสถานบริการควรมีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและควบคุมวัณโรคปอดเพื่อให้เป็นมาตรฐาน การแยกโรค การให้บริการ การตรวจวินิจฉัยโรคและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการตรวจเพื่อยืนยันโรค เริ่มแรกเมื่อผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา ขั้นตอนแรกของแนวทางควรจัดเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขในจุดคัดกรองผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีอาการไอนาน 3 สัปดาห์ขึ้นไป หลังจากที่มีผู้ป่วยมาถึงสถานบริการ ควรได้รับการลงทะเบียนโดยไม่ต้องรอคิวตรวจกับผู้ป่วยอื่น ๆ (WHO. 2008)

ตารางด้านล่าง สรุปแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมสำหรับวัณโรคปอด

ตารางที่ 2.1

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมสำหรับวัณโรคปอด

| 5 ขั้นตอนสำหรับการจัดการผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในสถานบริการสุขภาพ | | |
|--|---------------------------|---|
| ขั้นตอน | กิจกรรม | ลักษณะกิจกรรม |
| 1 | การคัดกรอง | <ul style="list-style-type: none"> - การวินิจฉัยโรคเริ่มแรก ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นวัณโรคสามารถพบได้โดยเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข คัดกรองจากผู้ป่วยที่มีอาการไอเป็นเวลานาน ทันทีที่พวกเขามาถึงที่สถานบริการ - ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นวัณโรคหรือผู้ป่วยวัณโรคควรแยกออกจากผู้ป่วยอื่น ๆ |
| 2 | การให้ความรู้ | <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรังทุกรายให้ปิดปากจมูกขณะไอจามเพื่อสุขอนามัย - ถ้าเป็นไปได้ให้ใส่หน้ากากคลุมปาก - ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการไอขับเสมหะปลอดภัย |
| 3 | การคัดแยก | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคต้องจัดแยกออกจากผู้ป่วยอื่น ๆ - ให้อยู่ในที่แยกต่างหาก พื้นที่รอมืออากาศถ่ายเทสะดวก - สวมใส่หน้ากากให้คลุมปากและจมูกขณะที่รอตรวจ |
| 4 | การตรวจวินิจฉัยหรือส่งต่อ | <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจวินิจฉัยวัณโรคควรกระทำในบริเวณพื้นที่โล่งแจ้งหรือถ้าไม่สามารถกระทำได้ ควรมีสถานที่ใกล้เคียงหรือห้องตรวจที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ - ทุกสถานที่ควรอยู่ใกล้กับคลินิกวัณโรค ซึ่งสามารถส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคได้ |
| 5 | การติดตามและประเมินผล | ติดตามและประเมินผลแนวทางการป้องกันวัณโรค |

ที่มา : WHO. 2008

แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 2558

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก เพื่อการพัฒนาความก้าวหน้าการดำเนินงานควบคุมวัณโรคที่ยั่งยืนและบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษรวมทั้งเป้าหมายคนไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) แผนงานวัณโรคแห่งชาติจึงจำเป็นต้องกำหนดยุทธศาสตร์และแผนที่ทางยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนสำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแก่หน่วยงานต่าง ๆ (สำนักงานวัณโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การดำเนินงานมาตรฐานแนวทางควบคุมวัณโรคแห่งชาติโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการควบคุมวัณโรค ตามกลยุทธ์ DOTS ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 และครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 แต่ยังไม่สามารถดำเนินงานในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งได้ โดยเฉพาะหน่วยงานอื่นๆ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานของภาคเอกชน ดังนั้นการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคตามแนวทาง DOTS ให้มีประสิทธิภาพยังต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานของรัฐและภาคเอกชน รวมทั้งความร่วมมือของชุมชนซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเป็นพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยในชุมชนนั้น ๆ

กลวิธี

1. การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติอันประกอบด้วย

1.1 เสริมสร้างการยอมรับเชิงนโยบายในทุกระดับ เพื่อให้มีการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว การจัดหาทรัพยากรทั้งทรัพยากรบุคคลและงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน

1.2 คำนึงรายป่วยโดยการตรวจหาเชื้อในห้องปฏิบัติการที่มีระบบประกันคุณภาพที่ได้มาตรฐาน

1.3 ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยระบบมาตรฐาน รวมทั้งมีการดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง จนครบกำหนด

1.4 มีระบบการบริหารยาวัณโรค ทั้งการจัดซื้อยา จัดหายาที่มีคุณภาพ เพื่อไม่ให้เกิดการขาดแคลนยา

1.5 นิเทศ ควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผล มีการจัดทำคู่มือการนิเทศ ติดตามและประเมินผล (Practical Guideline for Supervision Monitoring and Evaluation) และการอบรมผู้ประสานงานวัณโรคให้มีความรู้และทักษะการการนิเทศ ติดตามและประเมินผล

2. ผลักดันกิจกรรมวัน โรค เข้าสู่ระบบประกันคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) ซึ่งจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการดำเนินงาน รักษาและควบคุมวัน โรคในโรงพยาบาลเป็นไปตามแนวทางควบคุมวัน โรคของชาติ

3. สร้างเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน (PPP : Public-public and Public-private Partnerships)

4. การขับเคลื่อนทางสังคมและการสื่อสารสาธารณะ (Advocacy Communication and Social Mobilization)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเร่งรัดดำเนินงานผสมผสานวัน โรคและเอดส์

โรคเอดส์ได้เริ่มระบาดในประเทศไทยมีมานานกว่า 20 ปี โดยมีรายงานผู้ป่วยรายแรกในปี พ.ศ. 2527 และมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในช่วงแรก ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อภาระโรค วัน โรค เนื่องจากประชากรหนึ่งในสามมีการติดเชื้อวัน โรคแล้ว เมื่อติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ก็จะเกิดการลุกลามของเชื้อวัน โรคในร่างกาย ทำให้ป่วยเป็นวัน โรคได้ง่ายกว่าเดิมหลายสิบเท่า ทำให้ วัน โรคกลับมามีปัญหาเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 15 ปีที่ผ่านมา กลยุทธ์ DOTS โดยลำพังคงไม่สามารถจะ ควบคุมวัน โรคในประเทศให้มีประสิทธิภาพได้ ผลการรักษาผู้ป่วยโดยรวมย่ำแย่กว่าเป้าหมาย เนื่องจากอัตราตายสูงมาก ส่วนใหญ่เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยนั่นเอง ดังนั้น กลยุทธ์การ ผสมผสานงานวัน โรคและเอดส์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อลดการป่วยและตายของผู้ป่วยวัน โรค ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประเด็นสำคัญ คือการพัฒนากระบวนการเพื่อให้ตอบสนองต่อกลยุทธ์ดังกล่าว การประสานความร่วมมือของแผนงานควบคุมวัน โรคและแผนงานควบคุมโรคเอดส์ แผนงาน ควบคุมวัน โรคควรส่งเสริมให้มีการให้ยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วยวัน โรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ในขณะที่แผนงานควบคุมโรคเอดส์ ต้องส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรอง เพื่อวินิจฉัยวัน โรคตั้งแต่วัย เริ่มแรกเพื่อการรักษาที่ถูกต้องและเป็นมาตรฐานได้อย่างทันท่วงที รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างทั้งสองแผนงานอย่างมีประสิทธิภาพ

กลวิธี

1. เร่งรัดขยายงานการผสมผสานงานควบคุมวัน โรคและโรคเอดส์ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ
2. จัดตั้งกลไกการประสานความร่วมมือระหว่างงานควบคุมวัน โรคและงานควบคุมโรค เอดส์ในทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ และระดับพื้นที่ เพื่อการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันอย่างมี ประสิทธิภาพ
3. พัฒนาคู่มือการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานในการดำเนินงาน
4. เร่งรัดการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องวัน โรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และข้อมูล ข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ป่วยวัน โรค

5. เร่งรัดการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้การรักษาวัณโรคอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

6. ส่งเสริมการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ (Counseling) และการตรวจเลือดเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายด้วยความสมัครใจ

7. ส่งเสริมการให้ยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี และยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต

8. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย TB/HIV รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างคลินิกวัณโรคและคลินิกเอดส์

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การขยายการดำเนินงานวัณโรคให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงและพื้นที่ชายแดน

แม้ว่าการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่ทำให้วัณโรคกลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทยก็ตาม แต่ยังมีปัจจัยเกื้อหนุนอื่นๆ ได้แก่ การเคลื่อนย้ายประชากรจากชนบทเข้ามาทำงานในเขตเมืองใหญ่ แหล่งชุมชนแออัดของประชากรยากจน แรงงานย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้านตามแนวชายแดน และผู้ต้องขังในเรือนจำ ที่ยังเป็นปัญหา และภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำทำให้มีผู้มีรายได้น้อยจำนวนมากขึ้น เป็นเหตุเสริมที่ทำให้วัณโรคยากต่อการควบคุมป้องกัน

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาและส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่เป็นมาตรฐานการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงและพื้นที่พิเศษ

กลวิธี

1. เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะระยะแพร่เชื้อ โดยการสร้างกิจกรรมเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงและพื้นที่พิเศษที่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคสูง เช่น การเคลื่อนย้ายประชากรจากชนบทเข้ามาทำงานในเขตเมืองใหญ่ แหล่งชุมชนแออัดของประชากรยากจน แรงงานย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้านตามแนวชายแดน กลุ่มผู้ต้องขัง และผู้ติดสารเสพติด

2. พัฒนาการเข้าถึงบริการมาตรฐานการวินิจฉัยและการรักษาวัณโรค

3. เฝ้าระวังสถานการณ์การดื้อยาวัณโรคในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงและพื้นที่พิเศษ

4. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ต้องขัง ระหว่างเรือนจำกับเรือนจำ หรือเรือนจำกับหน่วยงานสาธารณสุขทั่วไป

5. ประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการดูแลผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อภูมิลำเนาของตนเอง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมวัณโรคคือยาหลายขนานและพัฒนา
เครือข่ายห้องปฏิบัติการชันสูตรวัณโรค

จากการเฝ้าระวังการคือยากกลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งดำเนินการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2542 พบว่า อัตราการคือยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 2.01 และลดลงเหลือร้อยละ 0.93 ในการเฝ้าระวังครั้งที่ 2 พ.ศ. 2548 ซึ่งถือว่ายังไม่สูงจนเป็นปัญหา แต่ในกลุ่มประชากรพิเศษบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมือง ผู้ป่วยที่อยู่บริเวณแนวชายแดน ผู้ป่วยในเรือนจำ มีอัตราการคือยาหลายขนานสูงถึง ร้อยละ 5 - 7 และในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยรักษา ก่อนก็มีอัตราการคือยาหลายขนานกว่าผู้ป่วยใหม่หลายเท่า ดังนั้นการควบคุมป้องกันและรักษา ผู้ป่วยวัณโรคชนิดคือยาหลายขนานจึงมีความสำคัญ นอกจากนี้การพัฒนาเครือข่ายด้านชันสูตร เพื่อให้มีศักยภาพ ในการวินิจฉัยวัณโรคทั้งในผู้ป่วยวัณโรคทั่ว ๆ ไป และผู้ป่วยคือยา นอกจากนี้ยังสามารถดำเนินการ การเฝ้าระวังการคือยาทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่

กลวิธี

1. พัฒนาคู่มือ/มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคชนิดคือยา
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคชนิดคือยา
3. สนับสนุนให้มีการจัดหาที่มีคุณภาพสำหรับการรักษาวัณโรคคือยา
4. เร่งรัดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานเพื่อลดแหล่งแพร่เชื้อวัณโรคคือยา
5. พัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการอ้างอิงวัณโรคระดับชาติและเขต
6. พัฒนาเครือข่าย การประกันคุณภาพการตรวจหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์ ตามมาตรฐานสากลโดยวิธีการสุ่มสไลด์วิธี Lot Quality Assurance Sampling : LQAS เพื่อตรวจประกันคุณภาพจากจำนวนสไลด์ทั้งหมดที่ตรวจหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์ในระยะเวลา 1 ปี ในระดับเขตและสถานบริการขนาดใหญ่
7. สนับสนุนพัฒนาขีดความสามารถในการเพาะเชื้อวัณโรค ในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
8. พัฒนาความเข้มแข็งเครือข่ายห้องปฏิบัติการชันสูตรวัณโรคในการทดสอบความไวต่อยาของเชื้อในระดับชาติ ระดับเขต และกองชันสูตรสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขยายการครอบคลุมการวินิจฉัยและเฝ้าระวังวัณโรคคือยา
9. สนับสนุนให้มีการวินิจฉัยชนิดเร็ว (Rapid Detection) ในห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างเป็นระบบ

ประเทศไทยได้ดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ DOTS ครอบคลุมทั่วประเทศแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดได้ เนื่องจากปัญหาอุปสรรคหลายประการ ทรัพยากร

บุคคลถือเป็นสำคัญที่ได้มีการกล่าวถึงในหลาย ๆ ประเทศ ว่ามีส่วนสำคัญมากในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร มิใช่มีความหมายเพียงแค่การฝึกอบรม แต่หมายความรวมถึงการพัฒนาโครงสร้างและระบบของแผนงานควบคุมวัณโรค ผู้บริหารทุกระดับต้องรับผิดชอบในการวางแผนเตรียมทรัพยากรบุคคลที่มีศักยภาพและมีจำนวนเพียงพอ เนื่องจากทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพและจำนวนเพียงพอเท่านั้นจึงจะสามารถดำเนินงานควบคุมวัณโรคให้มีประสิทธิภาพในทุกระดับได้

การฝึกอบรมบุคลากร เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของแผนงานควบคุมวัณโรคนานาชาติ โดยเฉพาะเมื่อมีการนำกลยุทธ์ DOTS มาใช้ในประเทศไทย ได้มีการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ กรมควบคุมโรคมีหน้าที่รับผิดชอบในการฝึกอบรมผู้ประสานงานวัณโรคทุกระดับ และ บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการชันสูตร ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุข ส่วนเจ้าหน้าที่สถานีนอกรีต หรือ PCU จะได้รับการฝึกอบรมโดยบุคลากรของจังหวัดนั้น ๆ

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร นอกจากการฝึกอบรมแล้ว จะต้องพัฒนาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การสำรวจปริมาณของบุคลากรที่มีอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อการวางแผน การฝึกอบรม การจัดหลักสูตรอบรมที่เป็นมาตรฐานของบุคลากรแต่ละสาขาอาชีพซึ่งมีความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลศักยภาพของบุคลากร หลังการฝึกอบรมเป็นระยะ ๆ

กลวิธี

1. กำหนดผู้รับผิดชอบและการจัดทำฐานข้อมูลงานพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Human Resource Development : HRD) เพื่อการวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร อย่างเป็นระบบ
2. พัฒนาคู่มือ จัดทำหลักสูตรมาตรฐาน และจัดทำวัสดุการเรียน การสอน
3. วางแผนการฝึกอบรม ทั้งผู้ที่เริ่มเข้ามาทำงานวัณโรค หรือผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่แล้ว
4. ดำเนินการฝึกอบรมบุคลากรสาขาอาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวัณโรคให้เพียงพอและมีคุณภาพให้การดำเนินงาน
5. บูรณาการแผนงานวัณโรค ในหลักสูตรแพทย์ทั่วไปและเฉพาะทาง พยาบาล เภสัชและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอื่น ๆ ของสถาบันการศึกษาแต่ละระดับ
6. นิเทศ ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล ศักยภาพของบุคลากรระดับต่าง ๆ เพื่อการวางแผนการพัฒนาต่อไป

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาวิจัยและพัฒนางานควบคุมวัณโรค

1. การศึกษาวิจัย เพื่อหารูปแบบและเทคโนโลยีที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสาธารณสุขไทย มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่ที่มีลักษณะ เฉพาะ และสถานการณ์ที่แตกต่างกัน หรือใช้ในการกำกับ ติดตามแผนงาน
2. ความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา และหน่วยงานวิจัยต่าง ๆ ในการศึกษาหาวิธีการใหม่ ๆ ในการวินิจฉัยและการรักษา

กลวิธี

จัดทำกรอบแนวคิด และแนวทางส่งเสริมสนับสนุนบุคลากรในการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Research) เพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านวัณโรค ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านระบาดวิทยา (Epidemiology) ขอบเขตที่ควรให้ความสำคัญและศึกษาวิจัยคือ

1.1 การศึกษาด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Study) ทั้งในภาพรวมระดับประเทศ หรือระดับเขต จังหวัด หรือพื้นที่เฉพาะ เพื่อศึกษาสภาพสถานการณ์ปัจจุบันของวัณโรค เช่น การสำรวจหาความชุก (Prevalence Survey) อุบัติการณ์การป่วยหรือการติดเชื้อวัณโรค อัตราการป่วยตายจากวัณโรค เป็นต้น

1.2 การเฝ้าระวังการดื้อยาวัณโรค (Drug Resistance Surveillance) ในประชากรทั่วไป หรือประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สัมผัสวัณโรคคือยา ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ป่วยในค่ายอพยพ หรือผู้ป่วยที่เป็นประชากรย้ายถิ่นตามแนวชายแดน เป็นต้น

1.3 TB incidence survey ในระดับชุมชน โดยเฉพาะหมู่บ้านในชนบท เพื่อสังเกตสำรวจ ความชุกของผู้ป่วยวัณโรคหรืออุบัติการณ์ เพื่อพิจารณาภาระผู้ป่วยวัณโรคที่จะต้องให้บริการ DOT โดยชุมชน (อสม. หรือ ผู้นำ) เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่สามารถไปรับบริการ DOT ที่สถานบริการ เช่น สถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาลได้

2. ด้านพัฒนารูปแบบและระบบสาธารณสุข (Model Development and Public Health System)

2.1 ผลกระทบของการปฏิรูประบบสุขภาพต่อการควบคุมวัณโรค (Impact Health Sector Reform to NTP) โดยเฉพาะการให้บริการตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท)

2.2 รูปแบบการพัฒนาศูนย์วัณโรคในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเน้นระบบการดูแลผู้ป่วยและบทบาทของคลินิกวัณโรค ตลอดจนประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

2.3 วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาแผนผสมผสานการควบคุมวัณโรคและโรคเอดส์

2.4 การรักษาวัณโรคโดยการกำกับกับการกินยา หรือมีพี่เลี้ยงคอยกำกับการกินยา (Directly Observed Treatment : DOT) ในชุมชน โดยให้องค์กรชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

3. ด้านวิจัยทางคลินิกและห้องปฏิบัติการ (Clinical and Laboratory Research)

3.1 Cost-effective analysis of rapid DST for MDR ซึ่งมีหลายวิธีโดยการเปรียบเทียบกัน ระหว่าง Rapid Tests ด้วยกัน หรือเปรียบเทียบกับ Conventional Method

3.2 Modified regimens ในกรณีที่อยู่ผลการทดสอบความไวต่อยา (เน้นการ Review Literatures)

3.3 การพัฒนาเครือข่ายของบริการชั้นสูงตรวจเชื้อวัณโรค โดยระดับการเพาะเชื้อและตรวจหาความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา

3.4 การศึกษาวัณโรคนอกปอดในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี

4. ด้านสังคมวิทยา (Social Science)

4.1 ปัญหาการได้รับการรังเกียจจากสังคม

4.2 การเข้าสู่ระบบการรักษาของกลุ่มประชากรด้อยโอกาส

สำหรับงานวิจัยฉบับนี้เกี่ยวข้องกับ ยุทธศาสตร์ที่ 3 เรื่องการขยายการดำเนินงานวัณโรคให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง นอกเหนือจากการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นปัจจัยหลักในการแพร่ระบาดของวัณโรค ยังมีปัจจัยเกี่ยวเนื่องอื่น ๆ ได้แก่ การเคลื่อนย้ายประชากรจากชนบทเข้ามาทำงานในเขตเมืองใหญ่ แหล่งชุมชนแออัดของประชากรยากจน แรงงานย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้านตามแนวชายแดน และผู้ต้องขังในเรือนจำ ที่ยังเป็นปัญหา และภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำทำให้มีผู้มีรายได้น้อยมีสัดส่วนมากขึ้น เป็นเหตุเสริมที่ทำให้วัณโรคยากต่อการควบคุมป้องกัน

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาและส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่เป็นมาตรฐานการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็ว เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และลดอัตราการดื้อยา โดยใช้กลวิธีการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะระยะแพร่เชื้อ โดยการสร้างกิจกรรมเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง พัฒนาการเข้าถึงบริการมาตรฐานการวินิจฉัยและการรักษาวัณโรค และเฟ้าระวังสถานการณ์การดื้อยาวัณโรคในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง แต่หากจะกระทำกลวิธีดังกล่าวได้นั้น จำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือรวมทั้งบริบททางสังคมวัฒนธรรม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดดังกล่าว จะสามารถช่วยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน เร่งค้นหาผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน

2.1.4 ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดสมุทรปราการ

จังหวัด สมุทรปราการเริ่มดำเนินโครงการควบคุมวัณโรคแนวใหม่โดยโรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่งครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัดมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2541 (ต่อศักดิ์ เกษนาศ. 2549)

ตารางที่ 2.2

ปริมาณสถานบริการในจังหวัดสมุทรปราการ

| สถานีบริการสาธารณสุข จำแนกตามประเภท | อำเภอ | | | | | | รวม |
|---|-------|------------|------------|------------------------|---------------|------------------|---------|
| | เมือง | บาง บ่อ | บาง พลี | พระ สมุทร เจดีย์ | พระ ประแดง | บาง เสา ธง | |
| 1. โรงพยาบาลทั่วไป (แห่ง/เตียง) | 1/385 | - | - | - | - | - | 1/385 |
| 2. โรงพยาบาลชุมชน (แห่ง/เตียง) | - | 1/90 | 1/60 | 1/30 | 1/60 | - | 4/240 |
| 3. โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวง อื่น ๆ (แห่ง/เตียง) | 2/180 | - | - | 1/10 | 1/200 | - | 4/240 |
| 4. โรงพยาบาลเอกชน (แห่ง/เตียง) | 4/750 | 1/100 | 4/520 | 1/100 | 3/441 | 1/100 | 14/2011 |
| 5. สถานพยาบาล (แห่ง/เตียง) | 4/60 | - | 3/62 | - | - | - | 7/122 |
| 6. คลินิกเอกชน (แห่ง) | 112 | 7 | 26 | 14 | 35 | 12 | 205 |
| 7. คลินิกสัตว์ (แห่ง) | 31 | 1 | 5 | 2 | 5 | 3 | 47 |
| 8. สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน 8 ภาครัฐ (แห่ง) | 16/9 | 12/1 | 7/2 | 8/1 | 15/1 | 6/- | 64/14 |

ที่มา : รายงานสถานการณ์ทั่วไป ของจังหวัดสมุทรปราการ. 2554

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2553

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า จังหวัดสมุทรปราการมีสถานบริการสาธารณสุขกระจายทั่วไปครอบคลุมทุกอำเภอ ยกเว้นอำเภอบางเสาธง ยังมีสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ และเอกชนในพื้นที่น้อย รวมทั้งยังไม่มีโรงพยาบาลประจำอำเภอ

ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขตามสายงานที่สำคัญ ตามฐานข้อมูล GIS โรงพยาบาลภาครัฐ 5 แห่ง ของจังหวัดสมุทรปราการ ดังนี้

ตารางที่ 2.3
ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข

| บุคลากรสาธารณสุข | จำนวนที่มีจริง | จำนวนที่ควรมี | จำนวนที่ขาด |
|------------------|----------------|---------------|-------------|
| แพทย์ | 113 | 309 | 196 |
| ทันตแพทย์ | 43 | 186 | 143 |
| เภสัชกร | 68 | 174 | 106 |
| พยาบาล | 700 | 1,739 | 1,039 |

ที่มา : รายงานสถานการณ์ทั่วไป ของจังหวัดสมุทรปราการ. 2554

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2553

การให้บริการในพื้นที่ต่อการควบคุมวัณโรค

การให้บริการในพื้นที่ต่อการควบคุมโรค มีการกำหนดกิจกรรมภายใต้ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดการดำเนินงานวัณโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2555 ได้แก่
ตัวชี้วัดหลัก

1. อัตราการรักษาสำเร็จวัณโรค (Success rate) มากกว่าร้อยละ 87 (ผู้ป่วยรายใหม่เสมอพบเชื้อ)

2. อัตราการขาดยา(Default rate) น้อยกว่าร้อยละ 3 (ผู้ป่วยรายใหม่เสมอพบเชื้อ)

3. อัตราการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค 12 ครั้ง ต่อคน (ผู้ป่วยทุกประเภท)

4. ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาต่อ รพ.สต. ได้รับการทำการตรวจสอบการกินยา

Check Sheet (CH)

ตัวชี้วัดรอง

5. อัตราการตาย (Died) น้อยกว่าร้อยละ 8 (ผู้ป่วยรายใหม่เสมอพบเชื้อ)

6. ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทได้รับการตรวจคัดกรองหาเชื้อเอชไอวี มากกว่าร้อยละ 85 และ
ผู้ที่มีสิทธิได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้รับมากกว่าร้อยละ 60

7. ร้อยละ 80 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคได้รับการตรวจคัดกรองหาเชื้อวัณโรค
(X-RAY / AFB)

8. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน) ได้รับการตรวจคัดกรองหาเชื้อวัณโรค
(X-Ray / AFB)

9. โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดงานวัณโรค (8 ข้อ) ระดับ B ขึ้นไป (ได้คะแนนร้อยละ 85-89)

10. โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ ตัวชี้วัดงานชั้นสูตร (มาตรฐาน QA, QC)

11. การบันทึกข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ตามโปรแกรม TB Online ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา (ตรวจสอบทุก 3 เดือน)

การให้บริการในพื้นที่ต่อการควบคุมโรค ประกอบด้วยกิจกรรม ต่อไปนี้

กิจกรรม ระดับจังหวัด

1. ประเมินมาตรฐานงานวัณโรค (ตามเกณฑ์ 17 มาตรฐาน 8 ตัวชี้วัด)
2. ประสาน / จัดอบรมหลักสูตรการดำเนินงานวัณโรค (หลักสูตรสำหรับแพทย์ เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค)
3. นิเทศติดตามประเมินผลงานทุก 4 เดือน รวม 3 ครั้งต่อปี (ผสมผสานร่วมกับงานเอดส์)
4. ประชุมพัฒนาติดตามงานวัณโรคและเอดส์ (DOTS@AIDS Meeting) ระดับจังหวัด และเข้าร่วมประชุมในระดับอำเภอ

กิจกรรม โรงพยาบาล (CUP)

งานฝ่ายเวชกรรมสังคม/ฝ่ายเวชปฏิบัติ/งานฝ่ายการพยาบาล

1. ดำเนินการตามมาตรฐานงานวัณโรค 3 มาตรฐาน (17 ข้อ)
2. มีการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดรอง ทุกรอบรายงาน (รอบ 3 เดือน) พร้อมนำเสนอผู้บริหาร และเครือข่ายภายใน CUP
3. ดำเนินงานตามนโยบายระดับกระทรวง / สปสช / จังหวัด / หน่วยงาน
 - 3.1. ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง (Risk Groups) ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยเบาหวาน, ผู้ป่วยเอดส์ และผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค (Contact Cases)
 - 3.2. ติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ตามเกณฑ์ (1 ครั้งต่อสัปดาห์ใน ระยะเข้มข้นและ 1 ครั้งต่อเดือนในระยะต่อเนื่อง รวม 12 ครั้ง)
 - 3.3. จัดประชุมพัฒนาติดตามงาน (DOT@AIDS meeting) ในระดับโรงพยาบาลและระดับเครือข่าย (PCU)
 - 3.4. นิเทศติดตามและประเมินงาน PCU โดยประสานงานร่วมกับผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ
 - 3.5. (เฉพาะ รพ.สมุทรปราการ) มีบทบาท
 - เป็นศูนย์กลางการขึ้นทะเบียน และเบิกจ่ายยาผู้ป่วยดื้อยา (MDR-TB, XDR-TB) ผ่านระบบ VMI

- เป็นที่ปรึกษาในการกำหนดสูตรการรักษาผู้ป่วยวัณโรคประเภทดื้อยา (MDR-TB, XDR-TB) และประสานส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเครือข่าย ตามสิทธิผู้ป่วย (รัฐและเอกชนUC) ในการรับการรักษาต่อเนื่อง

3.6. บริหารจัดการการลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ในโปรแกรม TB Online ให้ถูกต้องทันเวลา และต่อเนื่อง

4. จัดกิจกรรมรณรงค์ในวันวัณโรคโลก ในวันที่ 24 มีนาคม 2555

5. จัดอบรมให้ความรู้ หัวข้อวิชาการ วัณโรคและเอชไอวี ให้กับสถานบริการในเครือข่าย (PCU)

6. จัดทำรายงานวัณโรคระดับโรงพยาบาล และส่งไม่เกินวันที่ 10 ของเดือนถัดไป งานชั้นสูตร

1. ดำเนินงานประกันคุณภาพตรวจหาเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ (QA-QC) โดยเก็บสไลด์ AFB ไว้ทุกแผ่น (ตามมาตรฐานงานชั้นสูตร) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / อำเภอ จะเป็นผู้สุ่มสไลด์ส่งตรวจ กำหนดทุก 3 เดือนหลังสิ้นสุดรายงานงวด (พร้อมนิเทศงาน)

2. เป็นเครือข่ายการดำเนินงานวัณโรค ภายในโรงพยาบาล โดยการสนับสนุนและแนะนำให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ที่แพทย์ส่งตรวจเสมหะ AFB ให้มาส่งตรวจ AFB ให้ครบ 3 ตัวอย่าง (รายใหม่) ตามมาตรฐานงานวัณโรค

กิจกรรม ระดับอำเภอ

1. ประสานแผนงานวัณโรคร่วมกับโรงพยาบาล และเป็นศูนย์การประสานงาน ด้านการบริหารจัดการต่าง ๆ กับหน่วยงานในพื้นที่

2. ประสานจัดการข้อมูลรายงานวัณโรคของโรงพยาบาล เป็นภาพรวมในระดับอำเภอ

3. นิเทศติดตามและประเมินงาน PCU โดยร่วมกับผู้ประสานงานระดับโรงพยาบาล

4. ประสานการจัดประชุมพัฒนาติดตามงาน (DOT@AIDS Meeting) ร่วมกับโรงพยาบาล

กิจกรรม ระดับ รพ.สต. (PCU)

1. จัดทำแผนงานโครงการ โดยประสานแผนงานร่วมกับโรงพยาบาลและอำเภอ

2. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์วัณโรคในพื้นที่ นำเสนอผู้บริหารท้องถิ่น (กองทุนสุขภาพตำบล) เพื่อร่วมแก้ไขและเสนอของบประมาณ ในการนำไปพัฒนางาน

3. จัดอบรมให้ความรู้วัณโรคและเอชไอวี แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ในการร่วมดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

4. จัดระบบ One Stop Service ในการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค ที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาล

5. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ตามเกณฑ์ (1 ครั้งต่อสัปดาห์ ในระยะเข้มข้น และ 1 ครั้งต่อเดือน ในระยะต่อเนื่อง รวม 12 ครั้ง)

6. จัดทำการตรวจสอบการกินยา Check Sheet (CH) จากผู้ป่วยที่ส่งไปมารับการรักษาต่อ

7. ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง(Risk Groups) ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเอดส์ และผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค (Contact Cases)

หมายเหตุ กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมขั้นต่ำ หน่วยงานสามารถเพิ่มเติมได้ ตามปัญหาของพื้นที่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีสิทธิการรักษา (ไร้สิทธิ= สิทธิว่าง) และผู้ป่วยวัณโรคแรงงานข้ามชาติ ที่ไม่มีสิทธิการรักษา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี จะสนับสนุนยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน ให้ทั้งหมด โดยโรงพยาบาลทำหนังสือราชการเบิกผ่านมาที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

1. ซักประวัติผู้ป่วย

| | |
|--------------|----------------------|
| ไอเรื้อรัง | นานมากกว่า 2 สัปดาห์ |
| ไข้สูง | นานมากกว่า 2 สัปดาห์ |
| น้ำหนักตัวลด | นาน 2 สัปดาห์ |
2. ล้างมือด้วย Alcohol Gel ผูก Mask คิดป้ายเร่งด่วน และแยกโซนผู้ป่วยด้านหน้าประชาสัมพันธ์
3. ประสานงานเวรเปล นำส่งเอกซเรย์ CXR และนำกลับมารอที่เดิม
4. นำผลเอกซเรย์ ส่งต่อพยาบาลหน้าห้องตรวจโรคทั่วไป
5. รายงานแพทย์ไปตรวจที่โซนแยกผู้ป่วย
6. Discharge Plan โดยพยาบาล
 - 6.1. อธิบายการเก็บเสมหะส่งตรวจ 3 วัน
 - 6.2. ให้คำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน
 - การรับประทานอาหารร่วมกัน ควรใช้ช้อนกลาง
 - การรักษาความสะอาด
 - การใช้ Mask (ให้ครบจำนวนวัน จนถึงวันฟังผล AFB)
 - 6.3. แจกแผ่นพับวัณโรค
 - 6.4. ออกใบนัดแนะนำวันนัดมาฟังผล AFB

7. รับยา ไบสังยาให้เขียนใบยาว่า “สงสัย TB รายใหม่” เพื่อความรวดเร็วในการรับยา กรณีมีญาติ ให้ญาติรับยาแทน ไม่มีญาติให้ประสานกับประชาสัมพันธ์นำใบยาติดต่อห้องยา เกษัชกรจะมาจ่ายยาที่โซนแยกผู้ป่วย

8. ก่อนวันนัดเจ้าหน้าที่ห้องตรวจโรคทั่วไป ตามผลเสมหะ และเอกซเรย์ กรณีผล Positive แยกไว้ที่จุดคัดกรอง เพื่อส่งต่อคลินิกวันโรควินรุ่งขึ้น

การให้บริการคลินิกวันโรค (โรงพยาบาลสมุทรปราการ. 2543 : 5)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวันโรคมายังคลินิกวันโรค
 - ถ้าเป็นรายใหม่ ถีบบัตรคิวที่รับมาจากห้องทำบัตร นั่งรอเรียกชื่อที่คลินิกวันโรค
 - ถ้าเป็นผู้ป่วยรายเก่าให้หยิบบัตรคิว ของคลินิกวันโรคติดไว้กับสมุดประจำตัวผู้ป่วยวันโรค หรือใบนัด และวางที่เคาน์เตอร์พยาบาล
2. นักวิชาการจากฝ่ายสุศึกษา ให้คำแนะนำเรื่องความรู้จากการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยวันโรครายใหม่
3. พยาบาลวิชาชีพ เรียกชื่อผู้ป่วยที่ยื่นบัตรไว้แล้ว ชักประวัติดูผลเสมหะ Film Chest X-Ray ถ้าหากไม่มีผลเสมหะ หรือ Film Chest X-Ray ผู้ป่วยจะต้องตรวจเสมหะ และ Film Chest X-Ray ให้เรียบร้อยเสียก่อน พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินจากข้อมูลที่บันทึกไว้ใน OPD Card เพื่อแยกประเภทผู้ป่วยตามมาตรฐานการประเมินผู้ป่วยวันโรค
4. ผู้ป่วยพบแพทย์ประจำคลินิกวันโรค เพื่อวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษา
5. พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกวันโรค ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใหม่ โดยชักประวัติการเจ็บป่วยรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อลงในใบ TB 01, TB 03 และสมุดประจำตัวผู้ป่วยวันโรค และอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกการกินยาวันโรค รวมทั้งจ่ายยาวันโรคให้กับผู้ป่วยเป็นเวลา 7 วัน และพิจารณาส่งผู้ป่วยไปรับยาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือสถานอนามัยใกล้บ้าน
6. ถ้าเป็นผู้ป่วยเก่าที่นัดมารับยา และไม่มีอาการผิดปกติ พยาบาลวิชาชีพคลินิกวันโรคจะจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้เลยโดยไม่ต้องพบแพทย์ กรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ส่งพบแพทย์ประจำคลินิกวันโรค
7. กรณีผู้ป่วยที่รอรับยาวันโรคมีอาการผิดปกติมาก จะส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
8. พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกวันโรค ตรวจสอบชนิดและจำนวนยาของผู้ป่วย และให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยและผลข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยบางราย
9. พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกวันโรค ดำเนินการนัดผู้ป่วยวันโรค แพทย์จะเขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยไปซื้อยาเองที่ห้องยา โรงพยาบาลสมุทรปราการ

2.1.5 บทบาทของเวชปฏิบัติชุมชนต่อการควบคุมโรคปอด

1. การดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนต่าง ๆ ในชุมชน พยาบาลต้องเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการทุกระดับอย่างชัดเจน โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านพฤติกรรม ค่านิยมทางสุขภาพและความหลากหลายทางวัฒนธรรม สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และกลวิธีการพัฒนาสุขภาพเพื่อให้เข้าถึงความต้องการของผู้รับบริการ ครอบครัวและกลุ่มคนได้อย่างแท้จริง สร้างทางเลือกของการดูแล สุขภาพที่หลากหลายแต่มีมาตรฐานภายใต้ระบบประกันคุณภาพ รวมทั้งสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อผสมผสานกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างเสริม ปกป้องและพัฒนาสุขภาพของชุมชน

2. การปฏิบัติพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยเทคโนโลยีสุขภาพที่ทันสมัย โดยสามารถเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม คุ่มค่า คุ่มทุนในทุกบริบทของการนำไปใช้ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสุขภาพที่ซับซ้อนและพัฒนาอย่างรวดเร็ว

3. การมีส่วนร่วมในการจัดการระบบบริการสุขภาพ จากการให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี เน้นให้ผู้รับบริการพึ่งพาตนเอง เกิดคุณภาพที่ดีด้วยบริการแบบเบ็ดเสร็จ ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างประหยัด จัดการความเสี่ยงในระบบบริการสุขภาพ ตอบสนองต่อนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คำนึงถึงความต้องการของชุมชนและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ ส่งผลให้พยาบาลต้องเปลี่ยนแปลงค่านิยมในการปฏิบัติงานและหันมาให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว รวมทั้งต้องให้ความสำคัญกับจริยธรรมวิชาชีพเพื่อปกป้องทั้งสิทธิของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

4. การให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการสร้างเสริมวิถีชีวิตที่เป็นไปเพื่อการมีสุขภาพดี เนื่องจากแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและปริมาณผู้สูงอายุในสังคม รวมไปถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้นพร้อมกับอาการเจ็บป่วยที่ยังมีอยู่ เป็นผลให้ความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านและความต้องการการดูแลต่อเนื่องของบุคคล ครอบครัวและชุมชนมีมากขึ้น พยาบาลจึงต้องสร้างเงื่อนไขของการประสานเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของบริการสุขภาพแต่ละระดับและเชื่อมโยงบริการสุขภาพเข้ากับระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การประสานกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การเชื่อมต่อการแพทย์ทางเลือก การเชื่อมต่อกับบริการสังคมสงเคราะห์ และบริการสังคมอื่น ๆ รวมทั้งต้องดูแลผู้รับบริการแบบ เชื่อมมิติของความเป็น “คน” ที่ประกอบไปด้วยมิติทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมรวมถึงจิตวิญญาณ ซึ่งจะบรรลุได้ก็ต่อเมื่อเกิดบรรยากาศของความสัมพันธ์แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างพยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการและชุมชน

5. การโน้มน้าวชักจูงให้ผู้รับบริการ ครอบครัวและกลุ่มในชุมชนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่ได้รับ พยายามต้องสามารถโน้มน้าวให้ผู้รับบริการทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจหรือเกิดความต้องการทางสุขภาพด้วยตนเองด้วยการสนับสนุน ส่งเสริมหรือสร้างโอกาสให้เข้าร่วมในกิจกรรมการพยาบาลและสร้างระบบทางเลือกทั้งวิธีการและรูปแบบเพื่อเป็นช่องทางให้ผู้รับบริการตัดสินใจ รวมทั้งสร้างกลไกให้ผู้รับบริการประเมินความต้องการ สะท้อนความต้องการ ระบุรูปแบบหรือวิธีการที่ประชาชนต้องการเข้าร่วมหรือสามารถบอกได้ว่าต้องการให้พยาบาลเข้าไปร่วมในกิจกรรมสุขภาพของผู้รับบริการอย่างไร (วนิดา คุณรงค์ฤทธิชัย, 2551)

2.2 ระบบบริการสุขภาพ และแนวคิดการแสวงหาความช่วยเหลือ

2.2.1 ระบบสุขภาพ / หรือระบบบริการสุขภาพ (Health Care System)

คำว่า ระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีการใช้ค่อนข้างมากแต่ก็เป็นการใช้คำต่าง ๆ เหล่านี้ภายใต้ความหมายที่หลากหลายแตกต่างกัน หากเริ่มต้นที่ระบบสุขภาพ (Health System) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายว่าเป็นระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพด้วย (สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพ 2543) จะเห็นว่า ระบบสุขภาพเป็นระบบใหญ่ที่ประกอบด้วยระบบย่อยอื่น ๆ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ฯลฯ ซึ่งระบบย่อยแต่ละระบบจะสัมพันธ์กัน และส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน ขณะเดียวกันระบบสุขภาพก็เป็นระบบย่อยของสังคม ซึ่งสังคมยังมีระบบย่อยอื่น ๆ อาทิ ระบบการศึกษา ระบบเศรษฐกิจ และระบบการเมือง เป็นต้น โดยระบบบริการสุขภาพ (Health Care System) เป็นระบบย่อยที่มีความสำคัญมากระบบหนึ่งในระบบสุขภาพ ความหมายของระบบบริการสุขภาพจะกว้างขวางครอบคลุมเพียงไร ขึ้นกับความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ศาสตราจารย์ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา ได้ให้ความหมายของ “ระบบบริการสุขภาพ” ว่า คือ

“...ระบบบริการสุขภาพ...ครอบคลุมตั้งแต่บริการเพื่อการใช้ชีวิต การร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการสุขภาพิบาล การมีอาหาร น้ำและอากาศที่ปลอดภัย อาจรวมถึงการมีเศรษฐฐานะ ระบบการปกครอง ระบบการค้า ระบบการประกอบอาชีพที่ช่วยแก้ไขปัญหาคาความยากจน ซึ่งส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพได้ การได้รับการศึกษาและข้อมูลเพื่อให้รู้เท่าทันโดยใช้ชีวิตอย่างเหมาะสมและรักษาสุขภาพที่ดีไว้ได้ ระบบป้องกันโรคที่

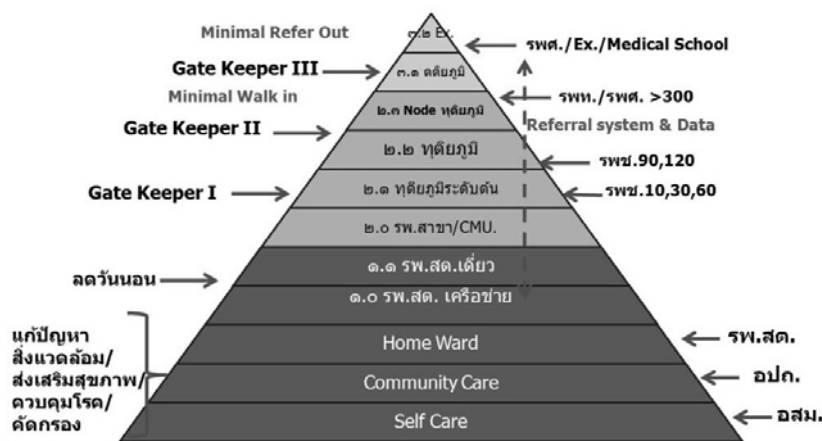
ป้องกันได้...เมื่อเกิดโรคขึ้นก็มีระบบบริการรักษาโรค ซึ่งมีรูปแบบและระบบความซับซ้อนจากการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ มากมาย เมื่อพิจารณาถึงเทคโนโลยีในการลดความพิการและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิต รวมไปถึงการปรับสภาพสังคมทั้งด้านกายภาพ กฎเกณฑ์สังคม และค่านิยม เพื่อให้ผู้พิการทางกาย จิต และทางสังคม เช่น โรคที่สังคมรังเกียจ ฯลฯ ได้มีสุขภาวะที่ดีที่สุดที่พึงจะมีได้...” (จรัส สุวรรณเวลา. 2543 : 35-36)

การจัดบริการสุขภาพ ควรเป็นการจัดบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โคนรวมถึงทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Professional Care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Non – Professional Care) การจัดระบบบริการสุขภาพควรมีความเหมาะสม สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการ และสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการบริการการจัดระบบบริการสุขภาพควรเริ่มด้วยการกำหนดความจำเป็นความต้องการตลอดจนสภาพปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพที่ต้องการ หรือมุ่งเน้นที่จะดำเนินการแก้ไขหลังจากนั้นจึงทำการออกแบบระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการดูแลทางด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมซึ่งรูปแบบการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่มีความเป็นไปได้ มีทั้งรูปแบบการดูแลตนเอง การจัดบริการในสถานพยาบาลรูปแบบต่าง ๆ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิก โรงพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ในรูปแบบต่าง ๆ (ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ. 2554 : ออนไลน์)

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรเป็นระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Health Care System) ที่มีหลักการและคุณสมบัติสำคัญคือ ให้บริการที่ครอบคลุมทั้งคุณภาพเชิงสังคมและเชิงเทคนิคบริการและครอบคลุมบริการที่จำเป็นทั้งหมด ไม่มีความซ้ำซ้อนของบทบาทสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับ เป็นการเชื่อมโยงทั้งการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วย โครงสร้างระบบสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญ ประกอบด้วยบริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ บริการระดับศูนย์การแพทย์เฉพาะทางและระบบส่งต่อ นอกจากนี้ยังควรมีระบบสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ ระบบสนับสนุนทรัพยากร ระบบสนับสนุนวิชาการและการวิจัยและระบบข้อมูลข่าวสาร (ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ. 2554 : ออนไลน์)

แผนภูมิที่ 2.1 ระบบบริการสุขภาพ



ที่มา : คณะกรรมการการอำนวยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. 2553 : ออนไลน์

1. การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค พื้นฟูสภาพ จัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับในเขตเมืองอาจเป็น ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครหรือศูนย์แพทย์ชุมชน

2. การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม

3. การบริการตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary Care and Excellent Center) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่าง ๆ หรือหรือสังกัดมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ระบบส่งต่อผู้ป่วย

เป้าประสงค์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีหลักการและเป้าหมายที่สำคัญคือ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล เป็นระบบบริการที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป มีลักษณะเป็นการบริการที่ผสมผสาน มีความต่อเนื่อง

มีความครอบคลุมเข้าถึงได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและชุมชน ทำให้เกิดความพึงพอใจ และมีความรับผิดชอบต่อสังคม (ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทศนิยม 2554 : ออนไลน์)

เดิมมีการใช้คำว่า “ระบบบริการสาธารณสุข” และ “ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข” ในความหมายเช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพ แต่เนื่องจากคำดังกล่าวทำให้เกิดความเข้าใจที่สับสน เช่น กรณีคำว่า ระบบบริการสาธารณสุขทำให้เข้าใจว่า หมายถึง ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว หรือกรณีคำว่า ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้เข้าใจว่า เป็นระบบบริการที่จัดให้โดยบุคลากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น จึงทำให้การใช้คำดังกล่าวมีความนิยมน้อยลงในระยะหลัง

นอกจากนี้ ประเด็นอื่น ๆ ที่ควรเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับ “ระบบบริการสุขภาพ” คือ

1) ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยระบบบริการสุขภาพย่อย ๆ ที่มาจากฐานความคิดมากกว่าระบบเดี่ยว เป็นระบบที่เรียกว่าเป็น “ระบบบริการสุขภาพแบบพหุลักษณะ (Pluralistic Health Care System)” การที่ “การแพทย์ตะวันตกหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern Medicine)” มีบทบาทมากในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ไม่ได้หมายความว่า ไม่มีระบบบริการสุขภาพในแนวอื่นดำรงอยู่ หรือระบบบริการสุขภาพแนวอื่นไม่มีความสำคัญ ความนิยมของ “การแพทย์ทางเลือก” ในปัจจุบันสะท้อนภาพดังกล่าวได้เป็นอย่างดี

2) ระบบบริการสุขภาพ มิใช่ระบบหลักในการทำให้คนในสังคมมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” ได้ ความหมายของคำว่า “สุขภาพดี” ในปัจจุบันครอบคลุมการมีสุขภาพะของทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้มีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบย่อยอื่น ๆ ในระบบสุขภาพให้มีความพร้อม และสามารถสนับสนุนการสร้าง “สุขภาพดี” ได้อย่างเต็มที่ การลงทุนเน้นหนักที่ระบบบริการสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียวเหมือนเช่นอดีตที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า นอกจากจะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการมี “สุขภาพดี” ได้แล้ว ยังเป็นการใช้จ่ายทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่าด้วย จึงมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพมาที่ภาคประชาชนมากขึ้น

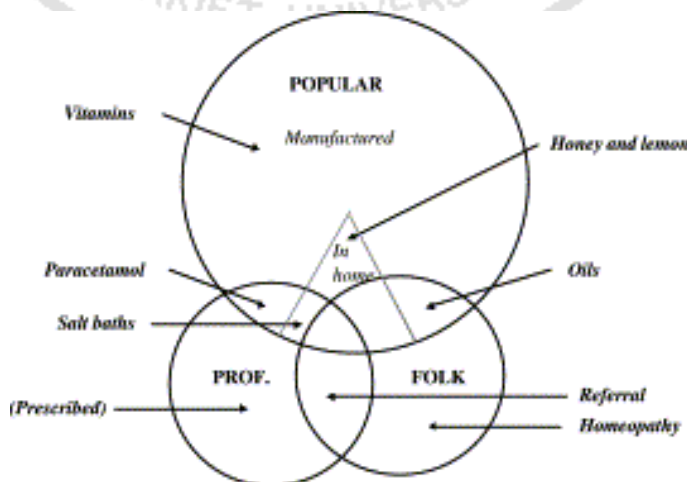
จากข้อมูลบริการสุขภาพดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า ระบบบริการสุขภาพที่กล่าวถึงนั้น มุมมองของผู้ให้บริการเป็นหลัก ทั้งที่ในความเป็นจริงกระบวนการรักษาการเจ็บป่วยของสมาชิกคนใดคนหนึ่งในกลุ่มสังคม โดยส่วนใหญ่จะมีหลาย ๆ ทางเลือก ทั้งวิธีการรักษากันเองโดยผ่านการปรึกษาในหมู่ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงหรือผู้ใกล้ชิด ตามประสบการณ์และความเชื่อที่ได้รับการสืบทอดต่อ ๆ กันมา ควบคู่ไปกับการแพทย์ระบบต่าง ๆ เช่น รับการรักษาจากหมอพระ หมอทรง หมอยา ฯลฯ ที่เป็นลักษณะของการแพทย์พื้นบ้าน รวมถึงการรักษาโดยวิธีการของการแพทย์แผนตะวันตก ที่มีลักษณะของความเป็นวิชาการ และมีวิทยาการขั้นสูง สำหรับขั้นตอนอาจจะเริ่มต้นการรักษาจากการแพทย์แบบใดแบบหนึ่งก่อนก็ได้ ซึ่งไม่แน่นอนตายตัว ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของความคิดความ

เชื่อ หรือการให้ความหมายของการเจ็บป่วยเฉพาะกลุ่ม ซึ่งลักษณะของการแสวงหาทางเลือกในการรักษาพยาบาลที่มีความหลากหลายในกลุ่มสังคมนี้เรียกว่าเป็นลักษณะของความเป็นพหุลักษณะ (Pluralistic) เรียกเป็นภาษาเฉพาะว่า “ระบบการแพทย์พหุลักษณะ” ซึ่งหมายถึง ปรากฏการณ์ที่สังคมหนึ่ง มีการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์หลาย ๆ ระบบพร้อมกัน มีความแตกต่างกันไปบ้างตามรากฐานของแต่ละสังคม

ไคลน์แมน (Kleinman. 1980 : 49-60) เป็นผู้หนึ่งที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อแนวคิดการแพทย์พหุลักษณะ ได้กล่าวไว้ว่าในสังคมหนึ่งๆ จะมีระบบการดูแลสุขภาพเกิดขึ้น เป็นวัฒนธรรมของสังคม ระบบต่างๆ ที่มีอยู่ชี้ให้เห็นความแตกต่างของการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพไม่ได้แยกโดดเดี่ยว แต่เป็นการผสมผสานกัน ซึ่งระบบดูแลสุขภาพนี้ประกอบด้วยส่วนต่างๆ 3 ส่วน คือ ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนสามัญชน (Popular Sector of Health Care) ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional Sector of Health Care) ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Health Care) แต่ละส่วนจะมีการตัดสินใจและมีพฤติกรรมการรักษาตั้งแต่การให้ความหมายความเจ็บป่วย แบบแผน ความเชื่อ การตัดสินใจวิธีการรักษา แบบแผนการรักษาเยียวยา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ซึ่งแต่ละส่วนมีความต่างกันในเรื่องแนวคิดความเจ็บป่วย และกระบวนการเยียวยา รักษาแต่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน และประชาชนจะรักษากลับไปกลับมาระหว่าง 3 ระบบ หรือบางครั้งจะรักษาพร้อม ๆ กันตั้งแต่ 2-3 ระบบ ดังแผนภูมิที่ 2.2

แผนภูมิที่ 2.2

แนวคิดการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน (1980)



ที่มา : Kleinman. 1980

1. การดูแลสุขภาพในส่วนของสามัญชน (Popular Sector of Health Care) เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของระบบการดูแลสุขภาพทั้งหมด จะมีการให้ความหมายหรือการอธิบายสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะพื้นฐานในแต่ละสังคมและการวินิจฉัยความเจ็บป่วยครั้งแรกพร้อมกับกิจกรรมการรักษาที่เกิดขึ้นเป็นแห่งแรกด้วย ทั้งนี้ด้วยวิถีคิดและวิธีการแบบชาวบ้านธรรมดา มิใช่แบบวิชาชีพหรือผู้ชำนาญการ ในส่วนนี้จะประกอบไปด้วยชุดของความคิดความเชื่อและพฤติกรรมหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลและกลุ่มบุคคลต่าง ๆ 4 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วย 2) ครอบครัว 3) เครือข่ายทางสังคมผู้ป่วย (Social Network) ได้แก่ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง และ 4) ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน

2. การดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional Sector of Health Care) หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบวิชาชีพ มีการจัดองค์การที่เป็นทางการ บุคคลที่ทำการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่เพียงแต่แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุคคลอื่น ๆ ด้วย เช่น พยาบาล ผดุงครรภ์ นักกายภาพบำบัด และบุคลากรที่ประกอบวิชาชีพและได้รับการรับรองโดยกฎหมาย แต่โคลีแมนได้บันทึกไว้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์แผนโบราณอาจได้รับการยอมรับเป็นวิชาชีพในลักษณะ เช่น ในอินเดีย ซึ่งรัฐบาลได้ให้การสนับสนุนและเป็นที่ยอมรับ แพทย์แผนปัจจุบันมีส่วนในการดูแลสุขภาพอนามัยน้อย ทั้งนี้ เพราะแพทย์แผนปัจจุบันยังขาดแคลน ดังนั้นการดูแลสุขภาพอนามัยยังคงอยู่ในส่วนของประชาชนและส่วนของการรักษาแบบพื้นบ้าน

3. การดูแลสุขภาพในส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Health Care) คำว่าหมอพื้นบ้านเป็นคำหนึ่งในหลายคำที่ใช้เพื่อสื่อความหมายถึงระบบการแพทย์ที่มีใช้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ แต่เป็นการแพทย์ที่มีรากฐานมาจากวัฒนธรรมท้องถิ่นในภาษาอังกฤษ มีคำว่า Traditional / Folk / Indigenous / Local และ Ethnomedicine ในภาษาไทยมีคำว่า หมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้าน หมอยากลางบ้าน และที่เริ่มใช้มากขึ้น คือ แพทย์ (หมอ) แผนไทย คำเหล่านี้มีการใช้ทั้งที่เป็นความหมายรวมและกับความหมายที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งหมอพื้นบ้านจะให้บริการรักษานอกสถาบันสถานบริการที่เป็นทางการ โดยอาจจะเป็นการรักษาที่บ้านของเขาเองหรือไม่ก็ที่บ้านของผู้ป่วย บางส่วนให้บริการแบบนอกเวลา บางส่วนมีการพัฒนา ความรู้และระบบการให้บริการคล้ายวิชาชีพ บางส่วนมีสถานภาพที่ผิดกฎหมาย แต่ส่วนมากอยู่ในฐานะกึ่งกฎหมาย (Kleinman, 1980)

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2551) ได้กล่าวถึงระบบการแพทย์พหุลักษณะที่มีรายละเอียดของบริบทวัฒนธรรมของสังคมไทย ไว้ดังนี้

1. ระบบการแพทย์ของสามัญชน ระบบนี้เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด รูปแบบการรักษาอาจจะเริ่มต้นจากการเยียวยารักษาตนเอง หรือจากการพึ่งพิงผู้อื่น โดยมีลักษณะเด่นคือ ต้องผ่านความ

คิดเห็นของบุคคลต่าง ๆ มากมาย ตั้งแต่ผู้ใกล้ชิดจนถึงชุมชนที่อาศัยอยู่ เมื่อได้ข้อตกลงร่วมกันแล้ว จึงเลือกรักษาตามวิธีที่ได้ตกลงกันได้

2. ระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นระบบปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ไม่ใช้รูปแบบทางวิชาชีพ โดยแบ่งออกได้เป็น 4 ระบบ ดังนี้

1) การแพทย์แบบประสบการณ์ ซึ่งเกิดขึ้นจากการปรับตัวและเรียนรู้ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อการอยู่รอดในทุกวัฒนธรรม ซึ่งปรากฏออกมาเป็นระบบการแพทย์ที่รู้จักกันดีในรูปแบบการปฏิบัติตัวให้เหมาะกับช่วงวัย และสถานะที่ไม่ปกติเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งปรากฏออกมาเป็นข้อห้ามทางสังคม หรือที่คุ้นเคยกันดีและมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และเป็นสายธารความรู้อยู่ในชีวิตของชาวบ้านอย่างมากก็คือ การใช้ยาสมุนไพร การรักษากับหมอพื้นบ้านในชุมชน เช่น หมอกระดูก หมอจับเส้น ย่าขาง เป็นต้น

2) การแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ ความเข้าใจโลกในมโนทัศน์ของชาวบ้านประกอบด้วย ด้านวัตถุธรรมที่เห็นจับต้องได้อธิบายได้ กับด้านนามธรรมที่เป็นอำนาจเหนือธรรมชาติของโลกกายภาพที่ปรากฏ ซึ่งชาวบ้านเชื่อว่ามีอำนาจบางอย่างมาบงการให้เกิดขึ้นหรือเป็นไป โดยส่วนใหญ่จะเชื่อว่าเป็นผี ที่มีทั้งฝ่ายดี อาทิ ผีบรรพบุรุษ ผีเชื้อ ผีบ้านผีเรือน เป็นต้น กับผีไม่ดี เช่น ผีปอบ ผีโงมด ผีกระสือ เป็นต้น การจะแก้ไขหรือรักษาสุขภาพของคนที่ป่วยจากการกระทำของอำนาจผีนั้น กระทำด้วยวิธีการเช่น ให้อาหารผีนั้น หรือโดยวิธีการใช้คาถาอาคมเวทมนตร์ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ขับไล่ผีนั้นให้พ้นออกจากตัว ไม่ว่าจะเป็นการรดน้ำมนตร์ ผูกสวมสายสิญจน์ จากผู้มีอำนาจไสยศาสตร์ คือหมอผี หรือหมอธรรมต่าง ๆ กล่าวโดยสรุปแล้ว การแพทย์แบบเหนือธรรมชาติมีพื้นฐานความคิดที่ว่าสุขภาพเป็นผลลัพท์ของระบบสังคมและจักรวาล ดังนั้นการเยียวยาเป็นไปเพื่อหาทางแก้ไขให้สังคมคืนกลับสู่สภาวะปกติของชีวิตด้วยการแก้ไขการละเมิดกฎเกณฑ์ของสมาชิกในชุมชนจนเกิดปัญหาสุขภาพ

3) การแพทย์แบบโหราศาสตร์ เป็นระบบการแพทย์ที่มีระบบความเชื่อรองรับชัดเจนว่าชีวิตมนุษย์และจักรวาลนั้นสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันและกันอย่างแนบแน่น โดยการวิเคราะห์จากความสัมพันธ์กับดวงดาวต่าง ๆ ซึ่งชีวิตของคนเราถูกกำหนดจากอิทธิพลของดวงดาวและจักรวาลในแต่ละช่วงเวลา การประสบเคราะห์กรรมและเกิดความเจ็บป่วยสามารถหาทางแก้ไขเยียวยาได้ด้วยเรื่องราวทางโหราศาสตร์ และผู้ที่ทำหน้าที่ทำนายหรือเป็นที่ปรึกษาเรื่องนี้ได้ก็คือ หมอโหราศาสตร์หรือหมอดู หมอเมือในภาคเหนือ หมอตำหร่าในภาคใต้ เป็นต้น

4) การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ เป็นการแพทย์ที่มีความเป็นระบบของความรู้และมีทฤษฎีที่สลับซับซ้อน เป็นผลของวิวัฒนาการของวัฒนธรรมการแพทย์ใหญ่ ๆ 3 กระแสด้วยกัน คือ การแพทย์แบบกรีก อินเดีย และจีน ซึ่งทั้งสามวัฒนธรรมได้พัฒนาต่อบทในการอธิบาย

ปรากฏการณ์ในร่างกายของมนุษย์เป็นสำคัญ โดยมีหลักการกว้าง ๆ คือ สุขภาพดีเป็นผลจากระบบธาตุในร่างกายที่สมดุล ส่วนสุขภาพไม่ดีคือลักษณะในทางตรงกันข้าม คือ ธาตุอาจพิการ ธาตุไม่สมดุล เป็นต้น ซึ่งต้องแก้ไขด้วยการปรับให้ธาตุกลับมาสู่ภาวะสมดุลใหม่นั้นเอง ส่วนการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุของไทยนั้น ได้รับอิทธิพลมาจากการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดียโดยผ่านกลไกและความรู้ทางศาสนาพราหมณ์และพุทธอย่างแยกไม่ออก และเป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันในการแพทย์แผนไทยในอดีต แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีธาตุในแต่ละท้องถิ่น ก็มีรายละเอียดความเชื่อที่ต่างกันไปบ้าง

3. ระบบการแพทย์แบบตะวันตก หรือระบบการแพทย์สากล หมายถึง ระบบการแพทย์แนววิทยาศาสตร์ที่เผยแพร่โดยชาวตะวันตก ใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในปัจจุบัน

ดังนั้นสรุปได้ว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพย่อย ๆ ที่มาจากฐานความคิดมากกว่าระบบเดียว ประกอบไปด้วยการแพทย์ในส่วนของวิชาชีพ การแพทย์สามัญชน และการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งทั้งการแพทย์สามัญชนและการแพทย์พื้นบ้านได้สะท้อนนัยยะการดูแลรักษาตนเองของภาคประชาชน เป็นการดูแลสุขภาพเชิงวัฒนธรรมที่มาจากองค์ความรู้ของชาวบ้านและอยู่ในภาคประชาชน นอกจากนี้การแพทย์พหุลักษณะยังได้สะท้อนถึงการเคารพและยอมรับในระบบสุขภาพภาคประชาชนว่ามีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพร่วมกันกับระบบสุขภาพที่เป็นทางการ ระบบบริการสุขภาพแบบพหุลักษณะ ที่มีใช้ระบบหลักที่จะทำให้ประชาชนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” แต่เป็นระบบที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างประสานสอดคล้องกับระบบอื่น ๆ ในระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพสามารถจัดแบ่งได้หลายระดับ แต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่ให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และจัดบริการที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมในมิติทางสังคมวัฒนธรรม

2.2.2 แนวคิดการแสวงหาความช่วยเหลือ (Help-seeking)

การแสวงหาความช่วยเหลือ (Help-seeking) การแสวงหาการรักษา/ หรือการแสวงหาบริการสุขภาพ (Health Seeking) เป็นคำที่ใช้แทนกันบ่อย และเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจอย่างมากจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อปัญหาการมารับบริการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงสามารถอธิบายถึงการตอบสนองด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยของตนเอง พฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) และพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) (Cornally and McCarthy, 2011)

ความหมายของการแสวงหาความช่วยเหลือ

ไคลน์แมน (Kleinman. 1980) ให้ความหมาย พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาไว้ว่า คือ กลวิธีที่บุคคลใช้ในการประเมิน และตัดสินใจที่จะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย เป็น พฤติกรรมการปรับตัวของมนุษย์อย่างหนึ่ง และเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผลสะท้อนมาจากการที่บุคคล รับรู้ และตีความการผิดปกติของตนเองว่าเป็นอย่างไร และ Rickwood et al. (2005) ให้ความหมายการ แสวงหาความช่วยเหลือ ว่าเป็น “พฤติกรรมที่กระทำเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่ง เกี่ยวกับการสื่อสารกับบุคคลอื่นถึงการขอความช่วยเหลือในเรื่องของความเข้าใจ การให้คำแนะนำ ข้อมูล การรักษา และการให้การสนับสนุนทั่วไป ในคำตอบของปัญหา หรือสิ่งที่กังวล”

ส่วน Chrisman (1991) Cornally and McCarthy (2011) Igun (1979) และ O'Mahony and Hegarty (2009) มองการแสวงหาการรักษาเป็นกระบวนการ โดยกระบวนการแสวงหาความร่วมมือ ของแต่ละแนวคิดมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือ

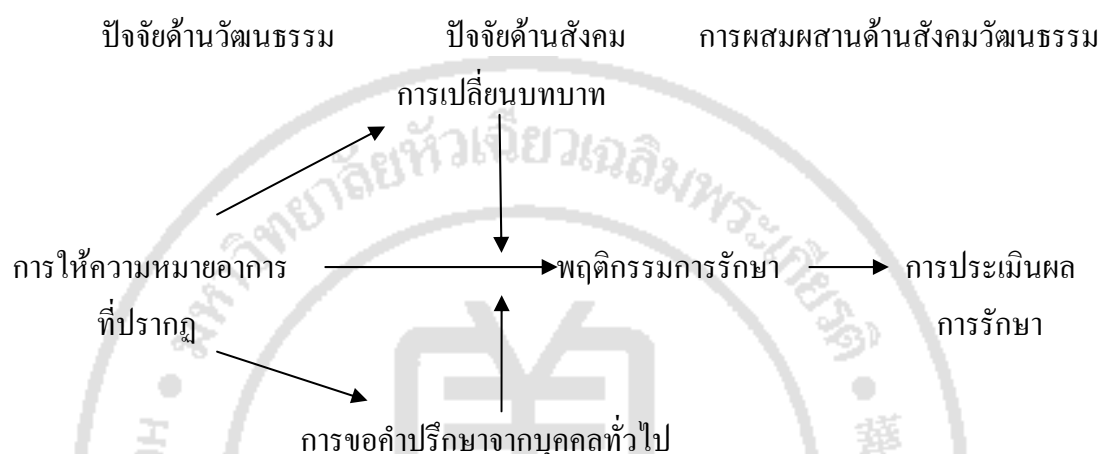
คริสแมน (Chrisman. 1991) กล่าวถึงกระบวนการแสวงหาการรักษาว่า เมื่อบุคคลเริ่มมี อาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรม การแสวงหาการรักษาจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งอย่างเป็น ขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยที่เป็นไปตามความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดกัน มา ตามความหมายทางวัฒนธรรม หรืออาจไปปรึกษาบุคคลใกล้ชิด เพื่อขอคำรับรองว่าตนป่วย จริง ๆ และควรจะรักษาด้วยวิธีไหน ซึ่งถ้ามีการให้คำรับรองอาการที่เกิดขึ้น ผู้นั้นจะมีการเปลี่ยน บทบาทไปเป็นผู้ป่วย ในขั้นนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้ตามปกติ ขึ้นอยู่ กับลักษณะการเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง แล้วเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา ซึ่งเป็นการ เลือกแหล่งรักษา และวิธีการรักษาตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุความรุนแรงของ อาการรวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งนี้ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจะร่วมกันประเมินและเลือกวิธีการ รักษา เมื่อรักษาแล้วเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้าย คือ การประเมินผล เป็นขั้นที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคม ร่วมกันประเมินผลการรักษาตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วยที่เป็นนั้น ดีขึ้นหรือหายไป ตามคำอธิบาย ทางวัฒนธรรมและความเอาใจใส่ของผู้รักษาที่มีต่อผู้ป่วย ในขั้นตอนทั้งหมดของความเจ็บป่วย อาจ มีการย้อนกลับได้อีก ถ้าผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดได้ข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

ในส่วนของกระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยา แม้ไม่ได้อธิบายพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของตนเองโดยตรง แต่ได้สะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์ของกระบวนการรักษาเยียวยาว่าเกิด ภายใต้อิทธิพลวัฒนธรรมของผู้ป่วย บทบาทผู้ป่วย และเครือข่ายทางสังคม และแนวคิดนี้ยังสะท้อน ให้เห็นอย่างเด่นชัดว่า กระบวนการแสวงหาการเยียวยารักษาถูกปฏิบัติภายใต้บทบาทของผู้ป่วยและ เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งเครือข่ายทางสังคมนี้ นักมานุษยวิทยาาระบุว่า หมายถึง

บิดามารดา พี่น้อง เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน ซึ่งแบบจำลองกระบวนการแสวงหาการรักษา มีดังแผนภูมิที่ 2.3

แผนภูมิที่ 2.3

แบบจำลองกระบวนการแสวงหาการรักษา



ที่มา : Chrisman, 1991 : 48

โดยสรุปในสาระองค์ประกอบในแผนภูมินี้เป็นดังนี้

1. การให้นิยามของอาการที่เกิด (Symptom Definition) เป็นขั้นแรกของการตอบ สนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และบุคคลรอบข้าง เป็นการให้ความหมายต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าปกติหรือไม่ รวมทั้งการวินิจฉัยเป็นการประมาณความหมาย การรับรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม (Cultural Meaning) เป็น “การตีความตามอาการที่ปรากฏ” ให้ความหมาย ซึ่งมีลักษณะเป็นการอธิบาย (Explanatory Models) จากนั้นจึงประเมินถึงสาเหตุของความเจ็บป่วย และมีการจัดประเภทของการเจ็บป่วย (Illness Classification) ตามระบบวัฒนธรรมตามความรู้ประสบการณ์ผ่านกระบวนการทางสังคม

2. พฤติกรรมการรักษาเยียวยา (Treatment Action) เป็นการให้คำแนะนำต่อการดูแลรักษา ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอาจกระทำโดยตัวผู้ป่วย บุคคลอื่น รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาล ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยแหล่งบริการการรักษาเยียวยา ที่อาจเป็นแพทย์วิชาชีพ แพทย์พื้นบ้าน หรือการปรึกษาคนอื่น ๆ รวมทั้งการรักษาตนเอง ชนิดของการรักษาเยียวยาอาจเป็นกิจกรรมต่าง ๆ การเลือกแหล่งบริการหรือชนิดการรักษาเยียวยาขึ้นกับการประเมินของผู้ป่วย และ

เครือข่ายทางสังคมบนพื้นฐานความต้องการ อาจเป็นการรักษาบำบัดจากแพทย์สมัยใหม่อย่างเดียว หรือรักษาพร้อมกันหลาย ๆ วิธี

โดยทั่วไปพฤติกรรมกรรมการรักษาเยียวยา มีขั้นตอนต่าง ๆ ที่บุคคลตัดสินใจ และเริ่มมีพฤติกรรมความเจ็บป่วย เริ่มต้นด้วยการรักษาตนเอง จนถึงการรักษากับแพทย์ การรักษาตนเองเป็นการรักษาที่บ้าน โดยใช้สมุนไพร หรือซื้อยาตามร้านขายยา จำแนกการรักษาออกเป็น 4 ประเภท คือ

- 1) เลือกกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้อาการทุเลาลง เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน
- 2) การถ่ายยา เพื่อขับของเสีย เพื่อขจัดสาเหตุของอาการ
- 3) วิธีการสนทนา หรืออาศัยพิธีกรรมประกอบ มีลักษณะเป็นการบำบัดทางจิตเวช
- 4) การรักษาร่างกาย การผ่าตัด เป็นต้น

สำหรับแหล่งการรักษา อาจเป็นการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน ที่บ้าน หรือภาควิชาชีพซึ่งเป็นการแพทย์สมัยใหม่ ก็ได้

3. การเข้ารับการรักษาและประเมินผล (Adherence and Evaluation) ในลักษณะของการรักษาและคำแนะนำที่นำไปปฏิบัติ บุคคลและเครือข่ายทางสังคมจะมีการประเมินผลการรักษาเยียวยาโดยใช้เกณฑ์ดังนี้ คือ การหายจากภาวะเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติทุเลาลง และการประเมินผลของผู้ป่วยอยู่บนพื้นฐานของความผูกพันเอาใจใส่ของผู้ให้การรักษา ที่มีส่วนกำหนดให้ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมประเมินว่ายังคงการรักษาหรือไม่อย่างไร

4. การเปลี่ยนบทบาท (Role Shift) คือ การปรับเปลี่ยนบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่ ในชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

5. การปรึกษากับสามัญชน หรือบุคคลทั่วไป (Lay Consultation and Referral) เป็นกิจกรรมที่ครอบครัว หรือเครือข่ายทางสังคม ร่วมกันปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพกับบุคคลที่เจ็บป่วยพร้อมมีการส่งต่อ

รูปแบบของคริสแมน ในส่วนของกระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยา แม้ไม่ได้อธิบายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยตรง แต่ได้สะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์ของกระบวนการรักษาเยียวยาว่าเกิดภายใต้อิทธิพลวัฒนธรรมของผู้ป่วย บทบาทผู้ป่วย และเครือข่ายทางสังคม และแนวคิดนี้ยังสะท้อนให้เห็นอย่างเด่นชัดว่า กระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาถูกปฏิบัติภายใต้บทบาทของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งเครือข่ายทางสังคมนี้ นักมานุษยวิทยาจะระบุว่า หมายถึง บิดามารดา พี่น้อง เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน

ตัวอย่างการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวคิดของคริสแมนในการศึกษากระบวนการแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ และพบว่าแนวคิดกระบวนการแสวงหาการรักษาของคริสแมนมีความเหมาะสมกับการอธิบายกระบวนการแสวงหาการรักษา ดังเช่น การศึกษา ต่อไปนี้

การศึกษาของ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ (2540) เกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำมาวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและนำเสนอในเชิงปริมาณ พบว่า กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ ให้ความหมายและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในขั้นต้น จะเริ่มต้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าอาการผิดปกติเกิดขึ้น โดยมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น 9 อาการ อาการที่พบบ่อย 3 อาการแรกคือ ปวดข้อ (ร้อยละ 32.0) เจ็บคอ (ร้อยละ 18.8) และเหนื่อย (ร้อยละ 14.6) ซึ่งผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการให้ความหมายต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าเป็น “ไข้หวัด” (ร้อยละ 41.0) “โรคกระดูก” (ร้อยละ 23.5) “โรคปอด” (ร้อยละ 11.5) และมีเพียงร้อยละ 10.0 ให้ความหมายว่าเป็น “โรคหัวใจ” การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการรักษาตนเองทั้งหมด โดยมีระยะเวลาการรักษาตนเองอยู่ในช่วง 3-6 เดือน (ร้อยละ 56.0) มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งเข้ารับบริการสุขภาพ ผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการมีการปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวและคนข้างบ้าน ร้านขายยา สถานเอนาพย์ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีเหตุผลสำคัญของการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ คือ ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 25.2) ขณะที่เหตุผลสำคัญของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือ มีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 22.2) เช่นกัน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล และการเปลี่ยนแหล่งรักษา ผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการที่ไปเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ ก่อนที่จะมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีการรับรู้ต่ออาการภายหลังเข้ารับบริการว่าแย่ลงมากที่สุด (ร้อยละ 60.0) และให้เหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพทุกแห่ง ยกเว้นหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ว่ามีอาการรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 45.3) รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายแพง (ร้อยละ 21.0) และมีเพียงร้อยละ 0.3 ที่คู่ขาการรักษาของในหลวงแล้วจึงเปลี่ยนมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

นริสา ศรีลาชัย (2540) ได้ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงโรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครพนม และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 260 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและนำเสนอในเชิงปริมาณ ผลการวิจัย พบว่า มีกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้อาการ ให้ความหมาย และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น 18 อาการ โดยอาการเด่น คือ ปัสสาวะบ่อย (ร้อยละ 48.1) คอแห้ง กระหายน้ำ (ร้อยละ 41.2) และอ่อนเพลีย (ร้อยละ 26.2) กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่า ไม่ทราบว่าเป็นอะไร (ร้อยละ 37.7) มีเพียงร้อยละ 15.4 เท่านั้นที่ให้ความหมายว่าเป็นโรคเบาหวาน การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในขั้นต้น กลุ่มตัวอย่างรอสังเกตอาการ (ร้อยละ 50.4) รองลงมา รักษาตนเอง (ร้อยละ 30.8) และไปพบแพทย์ (ร้อยละ 18.8) มีระยะเวลารอสังเกตอาการและรักษาตนเอง 1-6 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 41.2) จึงไปแหล่งบริการ หรือพบแพทย์

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งบริการและการเข้ารับบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 82.3) แล้วจึงเลือกรับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพ มีทั้งตรงมารับบริการที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา (ร้อยละ 78.1) และไปรับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพอื่นก่อนมาโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา (ร้อยละ 21.9) เช่น คลินิก โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย สถานีนอนามัย แหล่งรักษาแผนโบราณ และร้านขายยา ด้วยเหตุผลสำคัญ คือ มีบุคคลแนะนำหรือพกพา (ร้อยละ 50.9) ใกล้ที่พัก เดินทางสะดวก (ร้อยละ 22.8) และเหตุผลสำคัญของการเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา คือ มี บุคคลแนะนำหรือพามา (ร้อยละ 69.2) ชื่อเสียงของโรงพยาบาลและแพทย์ (ร้อยละ 16.2)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ไปรับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพอื่น ก่อนที่จะมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา รับรู้ต่ออาการหลังเข้ารับบริการว่า อาการคงเดิมมากที่สุด (ร้อยละ 45.6) และให้เหตุผลของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพว่า ต้องการใช้บัตรสวัสดิการรักษายาโรงพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 36.8) รองลงมา คือ รักษาไม่ได้ผล อาการรุนแรงขึ้น (ร้อยละ 26.3) จึงเปลี่ยนมารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ไอกัน (Igun. 1979) กล่าวถึงกระบวนการแสวงหาการรักษาของบุคคลว่ามีทั้งหมด 10 ขั้นตอน คือ

- 1) บุคคลตระหนักในอาการ และอาศัยประสบการณ์ที่เคยมีอาการนั้นเข้าใจว่าจะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้น
- 2) จำแนกความเจ็บป่วยโดยอาศัยความรู้ของตน หรือการเรียนรู้จากบุคคลที่มีอิทธิพลสำคัญต่อตนเอง เริ่มทำการรักษาตนเอง
- 3) ถ้ารักษาไม่หาย จะปรึกษาอาการผิดปกติจากบุคคลที่มีความสำคัญนั้นต่อ
- 4) ช่วยกันประเมินผลอาการว่าเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องมีการสวมบทบาทเป็นผู้ป่วยหรือไม่

5) เมื่อต้องสวมบทบาทผู้ป่วย ต้องละเว้นจากกิจกรรมที่เคยทำประจำและให้ความร่วมมือ เชื้อฟัง ปฏิบัติรักษาตามการคาดหวังทางสังคม

6) ได้รับคำปลอบใจ ให้กำลังใจ และความห่วงใยจากญาติ ซึ่งอาจช่วยวินิจฉัยโรคและ แนะนำการรักษาที่คิดว่าดีหรือเหมาะสมกับผู้ป่วย

7) ประเมินแหล่งการรักษาที่เหมาะสม ตามความเชื่อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

8) วางแผนเลือกแหล่งรักษาตามอาการหรือชนิดของโรคโดยขึ้นกับค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ความสะดวก ตลอดจนความพึงพอใจ ความสามารถ และประสิทธิภาพในการรักษาของผู้รับบริการ

9) ตัดสินใจเข้ารับการรักษาและยอมรับเงื่อนไขต่าง ๆ ตามที่ผู้ให้บริการต้องการ

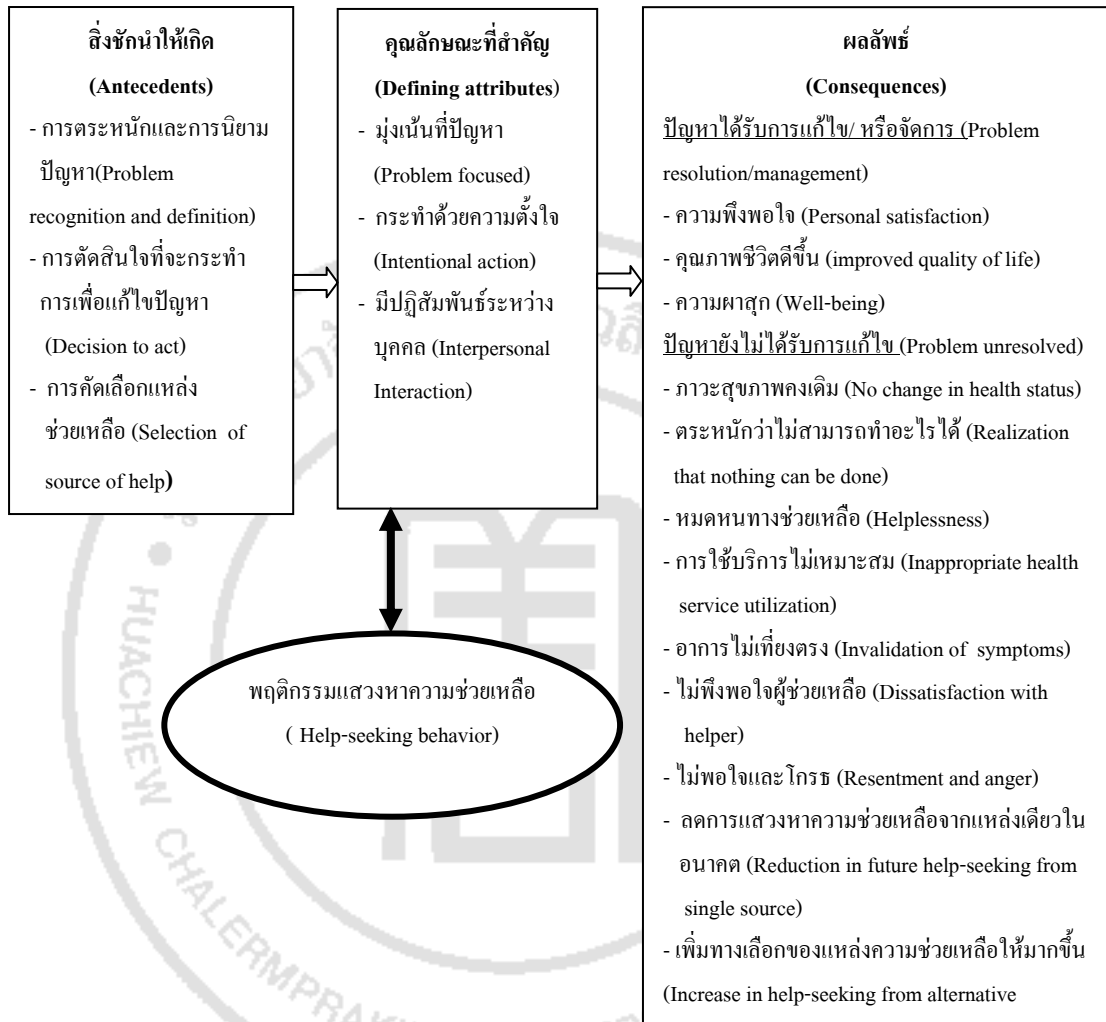
10) ผู้ป่วยที่หายจากโรค จะร่วมกันประเมิน ตัดสินผลการรักษา หรือเลือกแหล่ง และวิธีการ รักษาอื่นต่อไปถ้าอาการไม่ดีขึ้น หรือไม่หายจากโรค ซึ่งอาจมีการขัดแย้งในระบบความคิด การเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษาแตกต่างกัน หรือเห็นพ้องกันว่าควรรักษาพร้อมกันหลาย ๆ วิธี

ขั้นตอนการแสวงหาการรักษาดังกล่าว โดดเด่นว่า ไม่จำเป็นต้องเกิดกับผู้ป่วยทุกคนและ ทุกขั้นตอน เพราะบางอาการ ผู้ป่วยอาจรักษาโดยไม่สลับซับซ้อนอาการก็หายได้ ถ้าเลือกแหล่งการรักษาครั้งแรกได้ถูกต้อง หากพิจารณาให้ดีแล้ว

Cornally and McCarthy (2011) ได้เสนอว่า กระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือ ประกอบไปด้วย สิ่งชักนำหรือสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดการแสวงหาความช่วยเหลือ ลักษณะของการแสวงหาความช่วยเหลือ และผลลัพธ์ของการแสวงหาความช่วยเหลือ ดังแผนภูมิที่ 2.4

แผนภูมิที่ 2.4

กระบวนการการแสวงหาความช่วยเหลือ



ที่มา : Cornally and McCarthy. 2011

กระบวนการการแสวงหาความช่วยเหลือตามแนวคิดของ Cornally and McCarthy (2011) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการแสวงหาความช่วยเหลือ (Antecedents) หมายถึง สภาพการณ์ของบุคคลที่ก่อให้เกิดการการแสวงหาความช่วยเหลือ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 สภาพการณ์ คือ 1) การตระหนักและนิยามปัญหา (Problem Recognition and Identification) 2) การตัดสินใจที่จะ

กระทำ (Decision to Act) และ 3) การเลือกแหล่งความช่วยเหลือ (Selection of Source of Help) (Cornally and McCarthy, 2011) ดังนี้

1) การตระหนักรู้และการนิยามปัญหา (Problem recognition and identification) : ด้วยการแสวงหาความช่วยเหลือของบุคคลเป็นการกระทำโดยเจตนา (Nelson-Le Gall, 1985) ดังนั้น จึงเกิดขึ้นจากการที่บุคคลได้เริ่มตระหนักถึงความต้องการช่วยเหลือ (Perceived Need) ก่อน และบุคคลจะนิยามปัญหาของตนเองเพื่อค้นหาความต้องการแสวงหาความช่วยเหลืออะไร ซึ่งการนิยามปัญหานี้จะครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับสาเหตุ ความสำคัญ ความรุนแรง ผลลัพธ์ ระยะเวลา ประเภทและความถี่ของอาการ ตัวแปรเหล่านี้มองเห็นได้ผ่านกระบวนการทั้งการวิเคราะห์อาการ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ หรือการตีความอาการ

2) การตัดสินใจที่จะกระทำ (Decision to Act) : Eiraldi et al. (2006) กล่าวว่า โดยทั่วไปแล้ว การตัดสินใจที่จะขอความช่วยเหลือ เกิดขึ้นจากการตัดสินใจที่มีเหตุผล และกระทำด้วยความสมัครใจ การตัดสินใจแสวงหาความช่วยเหลือ เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจที่มีเหตุผล ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล ความรู้ ความหวัง ความกลัว ค่านิยมและประเพณีทางสังคมและวัฒนธรรม การแสวงหาการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยเชิงใจ เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ประสบการณ์แสวงหาความช่วยเหลือ มาตรฐานทางเพศ และอิทธิพลของเครือข่ายทางสังคม เมื่ออิทธิพลของผู้อื่นมีผลต่อการกระทำไปในทางบวกของบุคคล เราเรียกว่า การช่วยเหลือสนับสนุน (Sanctioning) ตามความคิดของ Moloczij et al. (2008) การตัดสินใจแสวงหาการรักษาได้รับอิทธิพลจากบุคคลที่มีความสำคัญ ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อระบบบริการทางการแพทย์ Liang et al. (2005) กล่าวว่า การตัดสินใจแสวงหาความช่วยเหลือสามารถสรุปได้ว่า เป็นกระบวนการทางด้านพุทธิปัญญาของการวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน การตัดสินใจแสวงหาความช่วยเหลือ เป็นการให้น้ำหนักของบุคคลต่อค่าใช้จ่ายของการแสวงหาความช่วยเหลือ และแสดงถึงบุคคล มีความสมัครใจ มีความต้องการและมีแรงจูงใจที่จะแสวงหาความช่วยเหลือ

3) การเลือกแหล่งความช่วยเหลือ (Selection of source of help) : Cauce et al. (2002) กล่าวว่า ผู้ช่วยเหลือ (Helpers) คือ บุคคลที่ผู้ป่วยแสวงหาและถูกระบุว่า เป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะที่จะแก้ไขหรือลดปัญหาที่เกิดขึ้น การเลือกแหล่งความช่วยเหลือ เป็นสิ่งที่จะชักนำให้เกิดพฤติกรรม การแสวงหาความช่วยเหลือติดตามมา ลักษณะของผู้ช่วยเหลือเป็นประเด็นที่ผู้แสวงหาความช่วยเหลือต้องพิจารณาก่อนที่จะเริ่มมีการติดต่อกับผู้ช่วยเหลือ อุปสรรคหรือปัจจัยส่งเสริมที่มีอิทธิพลต่อการเลือกแหล่งความช่วยเหลือ คือ เครือข่ายชุมชนและสังคม ลักษณะการบริการ และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Cornally and McCarthy, 2011)

2. คุณลักษณะของการแสวงหาความช่วยเหลือ (Defining Attributes)

จากการวิเคราะห์ของ Cornally and McCarthy (2011) พบว่า การแสวงหาความช่วยเหลือมีคุณลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การมุ่งเน้นที่ปัญหา (Problem Focused) 2) การกระทำโดยเจตนา (Intentional Action) และ 3) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Interaction) มีรายละเอียดดังนี้

1) การมุ่งเน้นที่ปัญหา (Problem Focused) : คุณลักษณะที่สำคัญประการแรกของการแสวงหาความช่วยเหลือคือ การที่บุคคลผู้ประสบปัญหาได้มุ่งเน้นที่จะตอบสนองต่อปัญหาของตนเองเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ผู้แสวงหาความช่วยเหลือบางส่วนเริ่มแสวงหาความช่วยเหลือหลังจากที่ล้มเหลวกับการจัดการปัญหาด้วยตนเองแล้ว แต่ก็มีผู้แสวงหาความช่วยเหลืออีกหลายคน que เลือกแสวงหาความช่วยเหลือเป็นอันดับแรกในการตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง ทุกคนที่แสวงหาความช่วยเหลือทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มักขอให้ช่วยเหลือในปัญหาใดปัญหาหนึ่งที่ทำลายต่อความสามารถของบุคคล และแม้ว่าปัญหารวมถึงปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งเร้าสำคัญของการแสวงหาความช่วยเหลือ การต้องการความช่วยเหลือจากภายนอกก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งของพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ

2) การกระทำโดยเจตนา (Intentional Action) : เป็นคุณลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการแสวงหาความช่วยเหลือ กล่าวคือ บุคคลที่แสวงหาความช่วยเหลือจะแสดงออกซึ่งการกระทำโดยเจตนาแตกต่างจากการรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นการกระทำที่เกิดจากความสมัครใจและได้พิจารณาไตร่ตรองแล้ว จึงเป็นพฤติกรรมที่มีการวางแผน นอกจากนี้ ผู้แสวงหาความช่วยเหลือยังมักจะแสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการเลือกและค้นหาแหล่งให้ความช่วยเหลือ ซึ่งสะท้อนถึงเป็นการกระทำที่มีความตั้งใจ

3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Interaction) : ผู้แสวงหาความช่วยเหลือจะมีการบอกกล่าวและให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ช่วยเหลือที่มีศักยภาพ การแสวงหาความช่วยเหลือจำเป็นจะต้องมีการเปิดเผยข้อมูล โดยผู้แสวงหาความช่วยเหลือจะเปิดเผยถึงปัญหาของตนเองหลังจากได้ค้นพบแหล่งความช่วยเหลือแล้ว ซึ่งตามทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคมช่วยให้เห็นว่า บุคคลจะสื่อสารปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อแลกเปลี่ยนกับความรู้หรือวิธีการที่จะช่วยแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้น คุณลักษณะสำคัญของการแลกเปลี่ยนครั้งนี้คือ มีการเปิดเผยข้อมูลระหว่างบุคคล มีการศึกษาพบว่า การขาดความตั้งใจที่จะเปิดเผยปัญหาให้บุคคลที่สามรับรู้ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ

3. ผลลัพธ์ของการแสวงหาความช่วยเหลือ (Consequences)

ผลลัพธ์ที่ชัดเจนที่สุดของการแสวงหาความช่วยเหลือ ก็คือ ปัญหาที่บุคคลประสบอยู่ได้รับการแก้ไข/หรือถูกจัดการ (Problem Resolution / Management) และนำไปสู่ความพึงพอใจของบุคคล (Personal Satisfaction) Bamberger (2009) กล่าวว่า ความผาสุก (Well-being) เป็นผลลัพธ์หนึ่งของพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ และ Arnault (2009) ได้สนับสนุนเพิ่มเติมว่า ความผาสุก เป็นผลของการแสวงหาความช่วยเหลือที่ประสบความสำเร็จ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Improved Quality of Life)

ผลลัพธ์อีกด้านหนึ่งคือ ปัญหาที่บุคคลประสบอยู่ยังคงอยู่/หรือยังไม่ได้รับการแก้ไข (Problem Unresolved) ซึ่งอาจทำให้ภาวะสุขภาพยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลง (Blagojevic, Jinks and Jordan, 2008) หรือตระหนักได้ว่าไม่มีสิ่งใดได้รับการเปลี่ยนแปลง (Calnan et al. 2007) และก็จะทำให้บุคคลรู้สึกเศร้าหมองตามมาได้ ดังที่ Fisher, Nadler and Whitcher-Alagna (1983) กล่าวว่า ปฏิกริยาของผู้ช่วยเหลือต่อการแสวงหาความช่วยเหลือที่ล้มเหลว ได้แก่ ความไม่พึงพอใจ ความขุ่นเคือง และความโกรธ หากปัญหาที่บุคคลประสบอยู่ยังไม่ได้รับการแก้ไขจากการแสวงหาความช่วยเหลือแล้ว การแสวงหาความช่วยเหลือของบุคคลครั้งต่อไปก็จำเป็นที่จะต้องมีการให้นิยามกับปัญหาของตนเองใหม่ รวมถึงการตัดสินใจลดการแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งเดียวในอนาคต (Reduction in Future Help-seeking from Single Source) หรือเพิ่มทางเลือกของแหล่งความช่วยเหลือให้มากขึ้น (Increase in Help-seeking from Alternative Sources)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสวงหาบริการสุขภาพ

เมื่อเจ็บป่วยบุคคลมีโอกาเลือกวิธีการรักษาหรือแหล่งรักษา และการที่บุคคลเลือกวิธีการรักษาหรือแหล่งรักษาแหล่งใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบระหว่างระบบการให้บริการสุขภาพ กับลักษณะของประชาชนผู้ใช้บริการ ซึ่ง Aday and Andersen (1981) ได้แบ่งปัจจัยที่กำหนดการใช้บริการออกเป็น 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คือ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย เช่น การศึกษาของบุญลือ ฉิมบ้านไร่ (Chimbanrai, 2007) เกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และการพัฒนารูปแบบการทำงานอย่างเข้มข้นของคณะบุคคล ในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ปัจจัยทางด้านประชากรและสังคมมีความสัมพันธ์กับการเลือกมารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ความรู้และทัศนคติ ของผู้ป่วยต่อวัณโรค โดยปัจจัยทางด้านจิตวิทยา สังคมมีความสัมพันธ์กับการเลือกมารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคเป็นอันดับแรก ได้แก่ การรับรู้

โอกาสการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคม ค่านิยมส่วนบุคคล การรับรู้ต่อ และการศึกษาของ นริสา ศรีลาชัย (2540) พบว่า ชื่อเสียงของโรงพยาบาลและแพทย์ เป็นเหตุผลสำคัญของการเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

B. Xu et al. (2004) ศึกษาการรับรู้และประสบการณ์แสวงหาการดูแลและการเข้าถึงการรักษาวัณโรค ในเขตชนบททางตอนเหนือของจังหวัดเจียงซู (Jiangsu) ประเทศจีน โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยวัณโรคและเจ้าหน้าที่สุขภาพระดับต่าง ๆ รวม 16 กลุ่ม (8 กลุ่มอยู่ในเขตมณฑลที่มีโปรแกรมควบคุมวัณโรคของชาติ และอีก 8 กลุ่มจากเขตพื้นที่ที่ไม่มี) แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ 1) เพศ อายุ โดยผู้ป่วยหญิง และผู้สูงอายุจะลังเลในการแสวงหาการรักษา และมักไปแสวงหาการดูแลการรักษาอาการไอจากร้านขายยาของชุมชนมากกว่าไปโรงพยาบาล 2) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับอายุ เพศ และ 3) การศึกษาและความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการได้ ได้แก่ รายได้ และแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อต้องการ จากการศึกษาของ Zhang T. et al.(2007) เรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคและพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของชุมชนชนบทที่ยากจน ในเขตชั้นในของมณฑลโกเลีย ประเทศจีน พบว่า กลุ่มคนที่มีรายได้ต่ำ เป็นกลุ่มคนที่แสวงหาการรักษาน้อย หรือไปแสวงหาการรักษาระดับหมู่บ้าน ซึ่งมีราคาถูกกว่า การศึกษาของ B. Xu et al. (2004) เกี่ยวกับการรับรู้และประสบการณ์แสวงหาการดูแลและการเข้าถึงการรักษาวัณโรค ในเขตชนบททางตอนเหนือของจังหวัดเจียงซู (Jiangsu) ประเทศจีน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงแหล่งรักษาวัณโรค ได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายและการช่วยเหลือด้านการเงินในการรักษาวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคจำนวนหนึ่งไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้แม้ว่าจะมีบริการช่วยเหลืออยู่บ้าง 2) คุณภาพของการวินิจฉัยวัณโรค ยังไม่ค่อยดี เนื่องจากยังขาดการตรวจเสมหะเพื่อการวินิจฉัย และ 3) กลไกการจ่ายค่าบริการ

3. ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Needs for Health Services) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญของการใช้บริการที่เหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพและการประเมินการเจ็บป่วย เช่น การศึกษาของ จันทิมา ฤกษ์เดือนฤกษ์ (2540) พบว่า การมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เป็นเหตุผลสำคัญของการเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา