

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายของประชากรในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2011 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 8.7 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 13 เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (World Health Organization [WHO], 2012) นอกจากนี้จากสถิติขององค์การอนามัยโลกยังพบว่าแต่ละปี จะพบผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อและดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-Resistant Tuberculosis [MDR-TB]) โดยร้อยละ 60 ของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (WHO, 2012) ผู้ป่วยวัณโรคที่การดื้อยาหลายขนาน พบว่าร้อยละ 16 จะเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยาทุกชนิด (Extensively Drug-Resistant Tuberculosis [XDR-TB]) (WHO, 2013) ปัญหาที่สำคัญคือ เกิดการระบาดของวัณโรคที่ดื้อยาหลายขนาน ซึ่งมีแนวโน้มพบมากขึ้น (Gandhi, Nunn, Dheda, Schaaf, Zignol, & Soolingen et al., 2010; WHO, 2013)

องค์การอนามัยโลก จึงได้ประกาศแผนหยุดยั้งวัณโรค “Global Plan to Stop TB 2006-2015” โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าภายในปี ค.ศ. 2015 อุบัติการณ์ความชุกและอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค ควรลดลงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 1990 ด้วยการสนับสนุนเงินทุนและการดำเนินการเพื่อหยุดยั้งวัณโรคแก่ประเทศต่าง ๆ (WHO, 2010) อย่างไรก็ตามปัจจุบันประเทศไทยถูกจัดให้อยู่ในอันดับที่ 18 จาก 22 ประเทศทั่วโลกที่มีปัญหาการติดเชื้อวัณโรคระดับมาก (WHO, 2012) พบว่าในปี พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 63,909 ราย ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่ง หรือ 33,169 ราย เป็นผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ และกลับมาป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ 1,915 ราย ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มีการตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้เช่นเดียวกัน (WHO, 2013) สำหรับสถิติการเกิดวัณโรคทางภาคเหนือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ในปีงบประมาณ 2554 พบผู้ป่วยรายใหม่ 5,289 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ 2,682 ราย และกลับมาป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ 140 ราย และพบว่าภาคเหนือมีอัตราป่วยเป็นวัณโรคเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา โดยพบว่าเป็นปี พ.ศ. 2553 อัตราการป่วยเป็นวัณโรคของประชากรในเขตภาคเหนือ 89 ต่อประชากรแสนคน เป็น 90 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2554 (พัฒนา โพธิ์แก้ว,

2555) นอกจากนี้สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 ได้รับรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่มีผลทดสอบความไวต่อยาเป็นวัณโรคคือยาหลายขนานที่ได้รับจากห้องปฏิบัติการชันสูตรวัณโรค ปีงบประมาณ 2554 มีจำนวน 65 ราย โดยพบผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดเชียงรายมากที่สุดส่วนจังหวัดลำพูนพบผู้ป่วยคือต่อยาหลายขนาน 5 ราย (พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2555)

ผู้ติดเชื้อวัณโรคมีโอกาสดีขึ้นป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และกลายเป็นแหล่งของการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีการหายใจ ไอ จาม พุด ทำให้เกิดละอองฝอยขนาดเล็กที่มีเชื้อวัณโรคอยู่ ละอองฝอยที่มีขนาด 1-5 ไมครอน อาจมีเชื้อวัณโรคประมาณ 1-3 ตัว เป็นขนาดที่มีโอกาสก่อให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคมากที่สุด เมื่อผู้อื่นหายใจสูดเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไปในถุงลม จะเกิดการติดเชื้อวัณโรคขึ้นได้ (บุญส่ง พงษ์สุนทร และ วิจารณ์ชัยพิชิตกุล, 2543) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงมีโอกาสดำรงชีพสัมผัสกับเชื้อวัณโรค และเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติงานสูงกว่าประชากรทั่วไป ดังรายงานในประเทศแคนาดาพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรสุขภาพอยู่ระหว่าง 69-5,780 ต่อบุคลากรสุขภาพแสนคน เมื่อเทียบกับกับประชากรทั่วไปที่อยู่ระหว่าง 25-5,361 ต่อประชากรแสนคน (Joshi, Reingold, Menzies, & Pai, 2006) สำหรับประเทศเยอรมันพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรสุขภาพ 5.7 ต่อบุคลากรสุขภาพแสนคน (Nienhaus, Kesavachandran, Wendeler, Haamann, & Dulon, 2012) โดยมีการศึกษาพบว่าบุคลากรสุขภาพมีความเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไป 1.05-12.6 เท่า (Jo, Woo, Hong, Chai, Oh, & Lee, 2008; Lien et al., 2009; Skodric-Trifunovic, Markovic-Denic, Nagomi-Obradovic, Vlajinac, & Woeltje, 2009) สำหรับประเทศไทยมีรายงานการป่วยเป็นวัณโรคของบุคลากรสุขภาพในปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 0.05 (สหภาพ พูลเกษร, 2553) ซึ่งการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรสุขภาพในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน เช่น การศึกษาข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อในบุคลากรของโรงพยาบาลศรีสะเกษระหว่างปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2547 พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานคลินิกวัณโรคทั้งหมด 7 คน มีจำนวน 2 คน ที่ป่วยเป็นวัณโรคจากผลเสมหะบวกและผลเอกซเรย์ผิดปกติทั้ง 2 คน คิดเป็นอัตราการติดเชื้อที่สูงถึงร้อยละ 28.57 (คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2548) และในโรงพยาบาลลำพูน ระหว่างปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2556 พบบุคลากรสุขภาพจำนวน 6 คน ที่ป่วยเป็นวัณโรคจากผลเสมหะลบและผลเอกซเรย์ผิดปกติทั้ง 6 คน คิดเป็นอัตราการติดเชื้อร้อยละ 1.13 (มาลีวรรณ เกษตรทัต, 2556)

โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรสุขภาพยังขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล ลักษณะงานที่ให้บริการ ระยะเวลาที่ทำงาน และจำนวนผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อที่ได้รับการรักษา (Joshi et al., 2006) สำหรับหน่วยงานที่รักษาผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูง 2.1-3.4 เท่า (Galgalo et al., 2008; He et al., 2010; Jo, Woo, Hong, Chai, Oh, & Lee, 2008) แผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินมีความเสี่ยง 1.9-3.4 เท่า (Sawanyawisuth et al., 2009) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า

บุคลากรที่ทำงานในแผนกยารังสีและในห้องปฏิบัติการก็มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค (He et al., 2010; Joshi et al., 2006; Mathew et al., 2013) ทำให้บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเหล่านี้มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วยมากกว่าหน่วยงานอื่น ดังเช่นการศึกษาของประเทศอินเดีย พบว่าบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป 12.37 เท่า (Mathew et al., 2013) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา (Skodric-Trifunovic et al., 2009) ประเทศสเปน (Casas et al., 2013) และประเทศเวียดนาม (Lien et al., 2009) พบว่าแพทย์และพยาบาลเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าบุคลากรสุขภาพกลุ่มอื่น

การติดเชื้อวัณโรคส่งผลกระทบต่อบุคลากรสุขภาพหลาย ๆ ด้าน เช่น ทำให้บุคลากรสุขภาพต้องหยุดพักงานและต้องได้รับการรักษาโดยการรับประทานยารักษาวัณโรคเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6-9 เดือน (American Thoracic Society, 2003; Salpeter & Salpeter, 2004) ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาวัณโรค ดังเช่น การศึกษาในประเทศอเมริกาค่าใช้จ่ายในการรักษาบุคลากรสุขภาพที่มีการติดเชื้อวัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อ คิดเป็นเงิน 18,200 ดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 546,000 บาท) ต่อราย (Salpeter & Salpeter, 2004) ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรสุขภาพในประเทศไทยนั้นมีการศึกษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย 20,000-30,000 บาทต่อราย (สุกัญญา มีศิริ, 2554) ทำให้โรงพยาบาลและประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาบุคลากรสุขภาพที่ป่วยจำนวนมาก นอกจากนี้การที่บุคลากรสุขภาพติดเชื้อวัณโรคยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด การดำเนินตัวเอง และความวิตกกังวล กลัวการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในที่ทำงาน และบุคคลในครอบครัว (ขวัญตา บาลทิพย์, อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, ทิพมาส ชินวงศ์, นฤมล อนุมาศ และ โขมพัทธ์ มณี วัติ, 2002; Chen et al., 2006) การป่วยเป็นวัณโรคยังเป็นสาเหตุให้บุคลากรสุขภาพเสียชีวิต ดังรายงานของประเทศแซมเบีย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 ถึง ปี ค.ศ. 2005 พบว่าบุคลากรสุขภาพป่วยด้วยวัณโรค 104 ราย เสียชีวิต 48 ราย (Chanda & Gosnell, 2006) และการศึกษาในอัฟริกาใต้พบว่าบุคลากรสุขภาพเสียชีวิตจากการป่วยเป็นวัณโรค 4 ราย (Jarand et al., 2010) สำหรับประเทศไทยมีรายงานจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบบุคลากรสุขภาพป่วยด้วยวัณโรคปอด 9 ราย และเสียชีวิต 1 ราย (โอภาส การย์กวินพงศ์, 2545)

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2005) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 2009a) จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย (2553) ได้พัฒนาคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล โดยบูรณาการตัวชี้วัดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคขององค์การ

อนามัยโลก รวมทั้งของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกาขึ้น เพื่อให้คู่มือดังกล่าวข้างต้นสามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานระดับชาติที่โรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทยจะนำไปใช้เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต่อไป ในคู่มือดังกล่าวได้กำหนดมาตรการหลักในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลไว้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการบริหารจัดการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากการสัมผัสเชื้อจากผู้ป่วยและผู้สงสัยที่คาดว่าจะเป็วัณโรค 2) ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อลดปริมาณละอองฝอยเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคปนเปื้อนที่ฟุ้งกระจายในอากาศ และ 3) ด้านการป้องกันส่วนบุคคล โดยกำหนดให้บุคลากรสุขภาพมีการใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างถูกวิธี และเลือกใช้อย่างเหมาะสมกับลักษณะงานที่ปฏิบัติในการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่สงสัยว่าเป็นวัณโรคเพื่อป้องกันไม่ให้สูดละอองฝอยเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป แต่ในคู่มือดังกล่าวไม่ได้กำหนดวิธีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน และไม่ได้ระบุระดับคุณภาพของหลักฐานที่นำมาใช้ในการกำหนดข้อปฏิบัติ

โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและรักษาในโรงพยาบาล (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) ทั้งที่ทราบและไม่ทราบว่ามีการติดเชื้อวัณโรค หากในโรงพยาบาลไม่ได้มีระบบการคัดกรองการติดเชื้อวัณโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะถูกส่งผ่านหลายหน่วยงาน ตั้งแต่ได้รับการชักประวัติที่จุดคัดกรองที่แผนกเวชระเบียน ตรวจสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกหรืออุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถ่ายภาพรังสีทรวงอกที่ห้องเอกซเรย์ จนกระทั่งถูกส่งไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยหรือส่งต่อไปที่ห้องแยก หากผู้ป่วยไม่ได้รับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการนัดมาตรวจรักษาซ้ำที่คลินิกวัณโรค การที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อวัณโรคแล้วถูกส่งผ่านหน่วยงานต่าง ๆ ดังกล่าว โดยที่ไม่ได้มีการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคและไม่ได้มีการส่งต่อหรือแจ้งระหว่างหน่วยงานให้ทราบว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคหรือสงสัยว่าเป็นวัณโรค (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2556)

การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและไม่ได้อยู่ในห้องแยก อาจแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปให้กับบุคลากรและผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาลได้ ดังเช่นการศึกษาการระบาดของวัณโรคปอดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเมืองนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า 1 ราย ทำให้มีผู้ป่วยรายอื่นติดเชื้อวัณโรค 2 ราย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีก 7 ราย และบุคลากรสุขภาพ 5 ราย ที่ผลการทดสอบวัณโรคทางผิวหนังให้ผลบวก (Harris, Meissner, & Proops, 2012) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในโรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อที่เป็นผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 9 ราย ใน 44 ราย ไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้รับการรักษาวัณโรค ผู้ป่วยเหล่านี้จึงอยู่รวมกับผู้อื่นและบุคลากรสุขภาพไม่ได้ปฏิบัติการป้องกันวัณโรคกับผู้ป่วย (ชมณฑา ปิติภากร, 2539) และมีการศึกษาในโรงพยาบาลดังกล่าว พบว่า

ระยะเวลาที่รับผู้ป่วยวันโรคระยะแพร่กระจายเชื้อไว้ในโรงพยาบาลจนถึงวันที่แพทย์สั่งการรักษาวินโรค ใช้เวลาเฉลี่ย 3.79 วัน ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวอาจมีบุคลากรสุขภาพหรือผู้ป่วยอื่นติดเชื้อวันโรคจากผู้ป่วยได้ (เมตตา ชยาคุลชาติ, ยุพเรศ พญาพรหม, กนกพรรณ พันธุ์เจริญ และ วัฒน อุตยารวิทย์, 2543)

การรับส่งผู้ป่วยออกนอกหน่วยงานไปหน่วยงานอื่นใช้เวลานาน ไม่ได้มีการส่งต่อผู้ป่วยหรือแจ้งระหว่างหน่วยงานให้ทราบที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อวันโรค ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ไม่ได้มีการแยกผู้ป่วยวันโรค และไม่มีระบบคัดกรองผู้ป่วยวันโรค ทำให้ผู้ป่วยถูกส่งไปตรวจยังหน่วยงานต่าง ๆ หรือนั่งรอตรวจบริเวณเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่นตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยวันโรคมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ดังเช่น จากรายงานการศึกษาในมลรัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา (De Vries, Sebek, & Lamberechts-van, 2006) ประเทศไต้หวัน (Hsieh et al., 2009; Tsai, Hung, Chen, Chew, & Lee, 2008) และประเทศเนเธอร์แลนด์ (Welbel, French, Bush, DeGuzman, & Weinstein, 2009) พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากไม่มีระบบคัดกรอง ทำให้ไม่ได้แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยก เช่นเดียวกันรายงานการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ศิริราช (เกษฎาภรณ์ ขวัญทะเล, 2551) และคลินิกวันโรค โรงพยาบาลศรีสะเกษ (นัทกร พงศ์พิรเดช, 2551) พบเช่นเดียวกันว่าไม่มีระบบคัดกรองผู้ป่วยวันโรค ไม่ได้มีการแยกผู้ป่วยวันโรคออกจากผู้ป่วยอื่น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิก (Clinical pathways) ในการส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าป่วยเป็นวันโรคระยะแพร่กระจายเชื้อระหว่างหน่วยงานที่ดี เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกของทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

แผนการดูแลทางคลินิก ในภาษาอังกฤษอาจใช้คำเรียกหลายแบบ เช่น Critical pathways หรือ Care maps หรือ Integrated care pathways หมายถึง แผนการจัดการของทีมสหสาขาวิชาชีพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม โดยกำหนดการปฏิบัติกับผู้ป่วยของบุคลากรสุขภาพแต่ละวิชาชีพตามลำดับขั้นตอนและเวลาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Coffey et al., 2005; Every, Hochman, Becker, Kopecky, & Cannon, 2000) นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการและเกิดประสิทธิภาพผลที่ดีต่อผู้ป่วย โดยการควบคุมกระบวนการปฏิบัติและลดความแตกต่างในการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ (Allen, Gillen, & Rixson, 2009) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกันพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางและแผนงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามประเภทของกลุ่มโรคหรืออาการเจ็บป่วยตลอดช่วงของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยกำหนดให้ทีมสุขภาพแต่ละสาขามีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามขอบเขตภาระหน้าที่ของตนเอง และระยะเวลาที่กำหนด (Cheah, 2000; Rotter et al., 2010; Siebens, Miljoen, De Geest, Drew, & Vrints, 2011) และกำหนดลำดับของการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็น บรรลุผลลัพธ์ และเป้าหมายที่วางไว้ (Panella, Marchisio, & Stanislao, 2003) ซึ่งแผนการดูแลทางคลินิกเน้นที่การปรับปรุงกระบวนการทางคลินิก เพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นแผนการดูแลทางคลินิกจึงใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งจะช่วยควบคุมกระบวนการปฏิบัติและลดความแตกต่างในการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ มีการประสานงานที่ดีเพื่อการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ ดังที่มีการศึกษาพบว่า การนำแผนการดูแลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมาใช้ในโรงพยาบาล ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และทำให้เกิดการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในการคัดกรองผู้ป่วยได้เร็วขึ้น โดยการให้ข้อมูลผู้ป่วย ดูแลทางด้านจิตใจ การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ทำให้ป้องกันภาวะเสี่ยงในกระบวนการผ่าตัดผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ (ดวงรัตน์ ดวงนตร, อุษาวดี อัครวิเศษ, กัญญา ออประเสริฐ, พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญสูง และ ศิริพร ปีติมานะอารี, 2552) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าแผนการดูแลทางคลินิกก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการให้บริการที่มีคุณภาพ ดังเช่น ช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย (Picard, O'Donoghue, Young-Kershaw, & Russell, 2006) ลดระยะวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล (Napolitano, 2005; Rotter et al., 2010; Vitaz, Mellvoy, Raque, Spain, & Shieds, 2001) และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาล (Cheah, 2000) ตลอดระยะเวลาของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันยังไม่พบการพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไปขึ้นใช้ในประเทศไทย

การพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกตามแนวคิดของเชอาท์ (Cheah, 2000) มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การออกแบบแผนการดูแลทางคลินิก 3) การทดลองปฏิบัติตามแผนการดูแลทางคลินิก 4) การนำแผนการดูแลทางคลินิกไปใช้ และ 5) การประเมินผลและบูรณาการแผนการดูแลทางคลินิก ดังนั้นแผนการดูแลทางคลินิกมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาโดยใช้แนวคิดการพัฒนาของเชอาท์ดังกล่าว และจะดำเนินการเฉพาะขั้นตอนที่ 1-3 ในการพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิก เพื่อกำหนดเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อวัณโรคแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจะนำไปสู่การลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล มีผลทำให้บุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อวัณโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป

คำถามการวิจัย

1. แผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป มีลักษณะเป็นอย่างไร
2. แผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปหรือไม่

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยการพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป ตั้งแต่ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

นิยามศัพท์

แผนการดูแลทางคลินิก หมายถึง แนวทางที่แสดงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในสถานบริการสุขภาพ ที่กำหนดไว้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค หรือ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อวัณโรค หรือ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวี และเป็นวัณโรค หรือ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ ตลอดช่วงของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยกำหนดให้ทีมสุขภาพแต่ละสาขาอาชีพมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามขอบเขตอย่างเป็นขั้นตอนตามภาระหน้าที่ของตนเองและตามระยะเวลาที่กำหนดเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่วางไว้นั้น คือ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ซึ่งการวิจัยนี้จะครอบคลุมเฉพาะในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป

การพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิก หมายถึง การสร้างและทดลองใช้เอกสารย่อยๆ เพื่อกำหนดวิธีการปฏิบัติตามแผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกของเซอาห์ (Cheah, 2000) ใน 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การออกแบบแผนการดูแลทางคลินิก และ 3) การทดลองปฏิบัติตามแผนการดูแลทางคลินิก

การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค หมายถึง การดำเนินงานในโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค หรือ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อวัณโรค หรือ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวี และเป็นวัณโรค หรือ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อที่มารับบริการ ซึ่งต้องปฏิบัติตามมาตรการ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการ เป็นการจัดการหรือการปฏิบัติของโรงพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 2) ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เป็นการจัดการกับสิ่งแวดล้อม เพื่อลดปริมาณละอองฝอยเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคปนเปื้อนที่ฟุ้งกระจายในอากาศ ป้องกันไม่ให้บุคลากรสุขภาพได้รับเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยหรือสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และลดโอกาสการแพร่เชื้อวัณโรคระหว่างผู้ป่วยวัณโรคสู่สิ่งแวดล้อม และสิ่งแวดล้อมสู่บุคลากรสุขภาพ และ 3) ด้านการป้องกันการส่วนบุคคล เป็นการกระทำเพื่อป้องกันตัวเองของบุคลากรสุขภาพไม่ให้ได้รับเชื้อวัณโรค และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคระหว่างการปฏิบัติงาน

แผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง หน่วยงานด้านแรกที่ให้บริการผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ตรวจรักษาโรคทั่วไปครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ การบริการ ประกอบด้วย การประชาสัมพันธ์ และทำบัตร การคัดกรองและประเมินอาการเบื้องต้น ตรวจโรค และให้คำแนะนำ จนกระทั่งส่งผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือรับยา และกลับบ้าน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ คือ ห้องบัตร ห้องตรวจเอกซเรย์ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอก และคลินิกวัณโรค

โรงพยาบาลทั่วไป หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ ที่มีจำนวนเตียงในการรับผู้ป่วย ตั้งแต่ 200-500 เตียง