



International Standards of Tuberculosis Care

วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์ พ.บ.

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก แม้อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยใหม่จะเริ่มลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยใหม่ทั่วโลกก็ยังคงเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากประชากรของโลกที่เพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วยใหม่ 8,787,000 คน ในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นจาก 8,718,000 คน ในปี พ.ศ. 2547

ยังคงมีอุปสรรคในการควบคุมวัณโรคอยู่มาก ทั้งในด้านการวินิจฉัย ประเทศในเขตเอเชียอาคเนย์ และเขตแปซิฟิกตะวันตก มีอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ที่เสมหะพบเชื้อเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น และในด้านการรักษามี 23 ประเทศจาก 45 ประเทศที่รายงานผลการรักษาวัณโรคให้หายขาดได้ต่ำกว่าร้อยละ 85 อันเป็นเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ในจำนวนนี้มี 3 ประเทศที่จัดเป็นประเทศที่มีภาระจากวัณโรคสูงรวมอยู่ด้วย ได้แก่ บังคลาเทศ, เมียนมาร์และประเทศไทย

องค์การอนามัยโลกได้สำรวจการดูแลรักษาวัณโรคในประเทศต่างๆ ทั่วโลก เมื่อเร็วๆ นี้พบว่ายังมีความแตกต่างกันมาก ทั้งระหว่างประเทศ ในประเทศ และแม้แต่ในชุมชนเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาวัณโรคมากมาย ทั้งหมดที่บ้าน แพทย์ทั่วไป แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์ในภาคเอกชน เป็นต้น และจากการสำรวจนี้ยังพบว่าแพทย์จำนวนมาก โดยเฉพาะที่ทำงานอิสระ หรือในภาคเอกชนให้การวินิจฉัยและการรักษาวัณโรคเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับของนานาชาติประเทศ เช่น ไม่ตรวจเสมหะ

วินิจฉัยวัณโรคโดยอาศัยภาพรังสีทรวงอกอย่างเดียว ตรวจวินิจฉัยโดยใช้การทดสอบที่ไม่เหมาะสม ไม่มีหลักฐานรองรับ เช่น การตรวจ PCR เป็นต้น

ในด้านการรักษา พบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนมากได้รับสูตรยาที่ผิดแปลกไปจากคำแนะนำ ทั้งขนาดยา สูตรยาและระยะเวลาของการรักษา และมักไม่มีการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยวัณโรคกินยาโดยต่อเนื่องจนครบกำหนด

ข้อมูลนี้เน้นให้เห็นข้อบกพร่องที่นำไปสู่การดูแลรักษาวัณโรคที่ไม่ได้มาตรฐานทำให้การควบคุมวัณโรคไม่ได้ผล

เพื่อลดปัญหานี้ และเพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาวัณโรคที่มีมาตรฐานทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดแผน Global Plan to Stop TB 2006-2015 โดยก่อตั้ง Stop TB Partnership ซึ่งประกอบด้วย องค์การสมาคมและหน่วยงานจากนานาชาติประเทศกว่า 300 แห่ง ทั้งในภาครัฐและเอกชน และได้จัดทำ International Standards for Tuberculosis Care (ISTC) ขึ้น เพื่อให้หน่วยงานและผู้ทำงานด้านวัณโรคได้ใช้เป็นเกณฑ์ กำหนดสิ่งที่ควรจะทำเพื่อให้การดูแลรักษาวัณโรคได้ผลดีขึ้น

มาตรฐานที่กำหนดขึ้นนี้เป็นการนำเสนอหลักการจึงไม่ใช่ guidelines เพราะ guidelines เป็นการแนะนำวิธีปฏิบัติ ซึ่งแต่ละประเทศหรือหน่วยงานควรจะพัฒนา guidelines ของตนขึ้นมาให้เหมาะกับทรัพยากรและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ทำงานวัณโรคสามารถนำไปปฏิบัติให้ได้ผลตามที่กำหนดไว้ใน ISTC นี้

International Standard for Tuberculosis Care (ISTC)

ได้ถูกร่างขึ้นโดยคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนจากองค์การอนามัยโลก American Thoracic Society แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มองค์กรเพื่อสิทธิของผู้ป่วยและองค์กรทั้งของรัฐและเอกชนที่ทำงานด้านการควบคุมวัณโรคจาก 14 ประเทศเพื่อกำหนดมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นวัณโรคที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปและสามารถปฏิบัติได้โดยผู้ปฏิบัติทุกคน ทั้งในภาครัฐและเอกชน

มาตรฐานนี้มุ่งหวังจะให้ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นวัณโรคทุกคนทั่วโลก ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและโดยเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่สัมผัสพบเชื้อ สัมผัสไม่พบเชื้อ วัณโรคนอกปอด วัณโรคที่เกิดจากเชื้อดื้อยาหลายขนานและวัณโรคที่ร่วมกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

มาตรฐานนี้ได้เผยแพร่ทาง Internet เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2549 โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Stop TB Strategy และ Global Plan to Stop TB 2006-2015 ซึ่งเป็นโครงการของ Stop TB Partnership ซึ่งประกอบด้วยองค์กรทั้งของรัฐและเอกชนที่ทำงานด้านควบคุมวัณโรคจากเกือบทุกประเทศทั่วโลกมากกว่า 300 องค์กร

ในเวลาเดียวกัน World Care Council ซึ่งเป็นกลุ่มพิทักษ์สิทธิและประโยชน์ของผู้ป่วยก็ได้จัดทำ The Patients Charter for Tuberculosis Care ซึ่งกำหนดสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วยวัณโรคขึ้นเพื่อประกอบกับ ISTC และได้เผยแพร่พร้อมกัน

International Standard for Tuberculosis Care (ISTC)

Standards for diagnosis

Standard 1 ทุกคนที่มีอาการไอโดยไม่ทราบสาเหตุนาน 2-3 สัปดาห์ ควรได้รับการตรวจหาวัณโรค

Standard 2 ผู้ป่วยทุกคนที่แพทย์สงสัยว่าจะเป็นวัณโรคปอดหากหากเสมหะได้ ควรได้รับการตรวจเสมหะโดยกล้องจุลทรรศน์อย่างน้อย 2 ครั้ง และควรตรวจให้ได้ 3 ครั้ง ในจำนวนนี้ควรเป็นเสมหะที่เก็บในตอนเช้าอย่างน้อยหนึ่งครั้ง

Standard 3 ผู้ป่วยทุกคนที่สงสัยว่าจะเป็นวัณโรคนอกปอด ควรจะต้องเก็บ specimens ที่เหมาะสมเพื่อตรวจโดยกล้องจุลทรรศน์และเพาะเชื้อหรือตรวจทางพยาธิในที่ที่ทำได้

Standard 4 ทุกคนที่มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติและแพทย์สงสัยว่าจะเป็นวัณโรคปอด ควรได้รับการตรวจเสมหะ

Standard 5 การที่จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดที่เสมหะไม่พบเชื้อ ควรยึดเกณฑ์ต่อไปนี้

- ตรวจเสมหะอย่างน้อย 3 ครั้ง (เป็นเสมหะที่เก็บตอนเช้าอย่างน้อย 1 ครั้ง)
- ภาพรังสีทรวงอกพบความผิดปกติที่เข้าได้กับวัณโรคปอด
- ไม่ตอบสนองต่อการทดลองให้ยาปฏิชีวนะ (ไม่ควรใช้ fluoroquinolones เพราะอาจทำให้ดีขึ้นได้ชั่วคราว) ในผู้ป่วยเช่นนี้หากทำได้ควรส่งเสมหะเพื่อเพาะเชื้อ

Standard 6 การวินิจฉัยวัณโรคในทรวงอก (ปอด, เยื่อหุ้มปอด, mediastinal หรือ hilar lymph node) ในเด็กที่มีอาการแต่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ ควรใช้เกณฑ์

- ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ ที่เข้าได้กับวัณโรค

- มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ
- หรือ
- มีหลักฐานว่ามีการติดเชื้อวัณโรค (การทดสอบ tuberculin ให้ผลบวก) ในผู้ป่วยเช่นนี้ หากทำได้ควรเก็บเสมหะ (ไอเอง, gastric washing หรือ induced) เพื่อเพาะเชื้อ

Standards for treatment

Standard 7 ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกคนกำลังทำหน้าที่สำคัญทางสาธารณสุขและมีหน้าที่ไม่เพียงแต่สั่งการรักษาที่ถูกต้อง แต่จะต้องสามารถประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยและสามารถแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้แน่ใจว่าการรักษาจะได้ผล

Standard 8 ผู้ป่วยใหม่ทุกคน (รวมทั้งผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์) ควรได้รับยาที่มีคุณภาพตามสูตรมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับทั่วโลก โดยให้ยา isoniazid, rifampicin, pyrazinamide และ ethambutol ใน 2 เดือนแรกแล้วต่อด้วย isoniazid และ rifampicin เป็นเวลา 4 เดือน การให้ isoniazid และ ethambutol เป็นเวลา 6 เดือน ในช่วง continuous phase จะให้ผลการรักษาล้มเหลวและมี relapse มากกว่า โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ขนาดของยาการรักษาวัณโรคควรให้ตามคำแนะนำของนานาชาติ แนะนำให้ใช้ยารวมเม็ด ไม่ว่าจะเป็น 2 (isoniazid และ rifampicin), 3 (isoniazid, rifampicin และ pyrazinamide) และ 4 (isoniazid, rifampicin, pyrazinamide และ ethambutol) โดยเฉพาะเมื่อไม่มีการกำกับดูแลการกินยา

Standard 9 เสริมสร้างและประเมินความร่วมมือต่อการรักษา ควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย โดยจะต้องให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งผู้ป่วยต่างเพศ ต่างอายุ อาจต้องการการดูแลรักษาต่างกัน ทั้งนี้อาจใช้การจัดการและการสนับสนุนที่มี รวมทั้งการให้คำแนะนำ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งสำคัญในการยึดผู้ป่วยเป็นหลักคือ การมีวิธึประเมินความร่วมมือและวิธีแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา วิธีที่ใช้นี้จะต้องเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และอาจรวมถึงการรักษาในระบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)

Standard 10 ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการติดตามดูแลการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด การติดตามที่ดีที่สุดคือ การตรวจเสมหะ (2 specimens) อย่างน้อยที่สุด เมื่อได้ยาครบ 2 เดือน ครบ 5 เดือน และเมื่อสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยที่ยังพบเชื้อในเสมหะหลังได้ยาครบ 5 เดือนจะถือว่า การรักษาล้มเหลวและให้รับการรักษาที่เหมาะสม (ดู Standards 14 และ 15) ในผู้ป่วยวัณโรคปอดและวัณโรคในเด็ก การดูแลการตอบสนองจากการจะดีที่สุด การติดตามโดยภาพรังสีทรวงอกไม่ค่อยจำเป็นและอาจทำให้หลงผิดได้

Standard 11 ควรมีการบันทึกการให้ยา ผลการตรวจเชื้อ และผลข้างเคียงจากการรักษาในผู้ป่วยทุกคน

Standard 12 ในพื้นที่ที่มี prevalence ของการติดเชื้อ HIV สูง ควรกำหนดให้มี HIV counseling และแนะนำ HIV testing แก่ผู้ป่วยวัณโรคทุกคน ในพื้นที่ที่มี prevalence ของการติดเชื้อ HIV ไม่สูง ควรให้ HIV counseling และ testing แก่ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการหรืออาการแสดงของการ

ติดเชื้อ HIV และในผู้ป่วยวัยโรคที่มีประวัติมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สูง

Standard 13 ผู้ป่วยวัยโรคที่ติดเชื้อ HIV ทุกคนควรได้รับการประเมินว่าสมควรที่จะได้รับยาต้านไวรัสในขณะที่กำลังได้รับยารักษาวัณโรคหรือไม่ หากสมควรก็ควรจัดการให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาได้ เนื่องจากการรักษาวัณโรคพร้อมกับการให้ยาต้านไวรัสโรคเอดส์มีความซับซ้อนมาก ถ้าเป็นไปได้ก็ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้ ก่อนเริ่มการรักษาไม่ว่าโรคใดจะกำเริบขึ้นก่อน อย่างไรก็ตาม การเริ่มรักษาวัณโรคที่ไม่ควรระรอช้า ผู้ป่วยวัยโรคที่ติดเชื้อ HIV ควรได้รับยา cotrimoxazole ร่วมด้วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

Standard 14 ผู้ป่วยวัยโรคทุกคนควรได้รับการประเมินว่าน่าจะเกิดจากเชื้อวัณโรคคือยาหรือไม่ โดยดูจากประวัติการเคยได้ยามาก่อน การสัมผัสผู้ป่วยวัยโรคจากเชื้อคือยาและ prevalence ของเชื้อคือยาในชุมชน ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและผู้ป่วยเรื้อรังควรได้รับการตรวจหาเชื้อคือยาทุกคนในผู้ป่วยที่น่าจะเกิดโรคจากเชื้อคือยา ควรเก็บ specimens ส่งเพาะเชื้อและทำการทดสอบความไวของเชื้อคือยา isoniazid, rifampicin และ ethambutol ทั้งนี้

Standard 15 ผู้ป่วยวัยโรคที่เกิดจากเชื้อคือยา โดยเฉพาะที่เกิดจากเชื้อคือยาหลายขนาน (MDR-TB) ควรได้รับการรักษาโดยสูตรยาพิเศษที่มียาต้านวัณโรคในกลุ่มที่ 2 โดยควรมียาที่เชื่อยังไม่คือ หรือเชื่อยังไม่คืออย่างน้อย 4 ขนาน และให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 18 เดือน และต้องมีการจัดการดูแลให้ผู้ป่วยร่วมมือกับการรักษาการรักษาวัณโรคคือยาควรทำโดยได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์

Standard for Public Health Responsibilities

Standard 16 ผู้ทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยวัยโรคทุกคน มีหน้าที่จัดการให้ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัยโรคระยะแพร่เชื้อ (โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบและผู้ติดเชื้อ HIV) ได้รับการตรวจและดูแลตามเกณฑ์คำแนะนำของนานาชาติ ผู้สัมผัสโรคที่อายุต่ำกว่า 5 ขวบและที่ติดเชื้อ HIV ควรได้รับการประเมินทั้งการติดเชื้อวัณโรค (latent infection) และการเป็นวัณโรค

Standard 17 ผู้ทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยวัยโรคทุกคน จะต้องรายงานผู้ป่วยวัยโรค ทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยรักษาซ้ำและผลการรักษาต่อองค์กรสาธารณสุขท้องถิ่นตามระเบียบและตามนโยบายของท้องถิ่น

The Patients Charter for Tuberculosis Care

The Patients Charter for Tuberculosis Care ได้ถูกร่างขึ้นโดย World Care Council ซึ่งเป็นกลุ่มพิทักษ์สิทธิและประโยชน์ของผู้ป่วยเพื่อกำหนดสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วยวัณโรค โดยได้แนะนำวิธีที่ผู้ป่วยวัณโรคชุมชน ผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชน ควรร่วมมือกันเพื่อเพิ่มมาตรฐานการดูแลรักษาวัณโรค เพิ่มประสิทธิภาพของขบวนการสุขภาพและเสริมสร้างความรับผิดชอบร่วมกันในลักษณะ 'positive partnership'

ร่างนี้ทำขึ้นคู่กับ International Standard for Tuberculosis Care และยึดหลักสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติ UNESCO องค์การอนามัยโลก และขององค์การนาพาประเทศ

Charter นี้ยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยวัณโรคเป็นการให้อำนาจแก่ผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือกับผู้ให้บริการสุขภาพและผู้มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมวัณโรคเพื่อช่วยชนะในการต่อสู้กับวัณโรคถือเป็น charter ที่ให้อำนาจผู้ป่วยระดับโลกอันแรก เป็นเครื่องมือที่จะเพิ่มความร่วมมือไปสู่จุดหมายเดียวกันเพื่อประโยชน์ร่วมกัน

สิทธิของผู้ป่วยวัณโรค

1. การดูแลรักษา

a. สิทธิที่จะเข้าถึงการดูแลรักษาวัณโรค ตั้งแต่การวินิจฉัยจนสิ้นสุดการรักษาโดยเสรีและโดยเท่าเทียมกันไม่ว่าจะมีฐานะ เชื้อชาติ เพศ อายุ ภาษา สถานะทางกฎหมาย ศาสนา sexual orientation วัฒนธรรมหรือสุขภาพเป็นอย่างไร

b. สิทธิที่จะได้รับการรักษาตามมาตรฐาน International Standards for Tuberculosis Care โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งนี้รวมถึงผู้ป่วย MDR-TB, TB-HIV และรวมถึงการป้องกันวัณโรคในเด็กเล็กและผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง

c. สิทธิที่จะได้ประโยชน์จากสาธารณสุขเชิงรุกสู่สังคม การศึกษาและป้องกันอันเป็นส่วนหนึ่งของโครงการดูแลสุขภาพเบ็ดเสร็จ

2. คักดิ์ศรี

a. มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาที่ให้เกิดเกียรติ ไม่ดูถูกดูหมิ่น รวมถึงการได้รับการบริการโดยไม่ลำเอียงจากผู้ให้บริการสุขภาพและผู้มีอำนาจหน้าที่

b. สิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพสูงในภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม และการสนับสนุนและให้กำลังใจจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน

3. ข้อมูล ข่าวสาร

a. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพด้านวัณโรคที่มีความรับผิดชอบของหน่วยงานบริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม

b. สิทธิที่จะได้รับคำชี้แจงที่ทันกาลและชัดเจนเกี่ยวกับอาการ การวินิจฉัย และการพยากรณ์โรค แผนการรักษาที่ผู้ให้บริการเสนอ ความเสี่ยงที่พบได้บ่อย และทางเลือกที่เหมาะสม

c. สิทธิที่จะรู้ชื่อและขนาดของยา หรือการรักษาอื่นใดที่ได้รับ บทบาทของยา และผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น และผลที่อาจจะมีต่ออาการอื่นหรือการรักษาอื่น

d. สิทธิที่จะเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วย และการขอคัดลอกหรือทำซ้ำเวชระเบียนหากผู้ป่วยหรือตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจร้องขอ

e. สิทธิที่จะพบ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนและผู้ป่วยอื่นและขอคำแนะนำเมื่อใดก็ได้ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยจนสิ้นสุดการรักษา

4. ทางเลือก

a. สิทธิที่จะขอปรึกษาแพทย์อื่นและสิทธิการเข้าถึงเวชระเบียนเดิม

b. สิทธิที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาโดยการผ่าตัดหากการรักษาด้วยยาข้างอาจได้ผล และสิทธิที่จะรับทราบผลต่อเนื่องต่อสุขภาพ และต่อสถานะในบริบทของการเป็นโรคติดต่อ

c. สิทธิที่จะร่วมหรือไม่ร่วมโครงการวิจัย โดยจะไม่มีผลให้การดูแลรักษาถูกกระทบ

5. Confidence

a. สิทธิที่จะได้รับความเป็นส่วนตัว มีศักดิ์ศรีตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม

b. สิทธิที่จะให้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับอาการเป็นความลับ จะเปิดเผยได้ก็ต่อเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย

6. ความยุติธรรม

a. สิทธิที่จะร้องเรียนได้ตามช่องทางที่กำหนดไว้เพื่อการนี้ และสิทธิที่จะได้รับการตอบสนองอย่างทันกาลและเป็นธรรม

b. สิทธิที่จะอุทธรณ์ต่อองค์กรเหนือ หากสิทธิดังกล่าวถูกละเมิด และจะได้รับคำตอบของผลการอุทธรณ์เป็นลายลักษณ์อักษร

7. องค์กร

a. สิทธิที่จะร่วมหรือก่อตั้งองค์กรของผู้ป่วยวัยโรค หรือได้รับผลกระทบจากวัยโรค และขอการสนับสนุนการพัฒนาสมรรถ หรือสมาคมดังกล่าวจากผู้ให้บริการสุขภาพผู้มีอำนาจหน้าที่และจากสมาคมอื่น

b. สิทธิที่จะร่วมในการพัฒนา ปฏิบัติ เฝ้าระวัง และประเมินนโยบายด้านวัยโรคร่วมกับผู้มีอำนาจหน้าที่ในระดับท้องถิ่น ระดับชาติและนานาชาติ

8. ความมั่นคง

a. สิทธิในการทำงานหลังการวินิจฉัย และการฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสมเมื่อจบสิ้นการรักษา

b. สิทธิในการได้รับอาหาร หรืออาหารเสริมหากเป็นเพื่อการรักษา

ความรับผิดชอบของผู้ป่วยวัยโรค

1. การให้ข้อมูล

a. รับผิดชอบต่อการให้ข้อมูลต่อผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยปัจจุบัน ในอดีต การแพทย์และอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์

b. รับผิดชอบต่อการให้ข้อมูลต่อผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับผู้ใกล้ชิด ในครอบครัว เพื่อน และคนอื่นที่เสี่ยงต่อวัยโรค หรืออาจได้รับเชื้อวัยโรค

2. การติดตามการรักษา

a. รับผิดชอบต่อการรับการรักษาตามสูตรที่ได้ตกลงกันไว้และตั้งใจปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

b. รับผิดชอบต่อการบอกผู้ให้บริการสุขภาพทราบถึงปัญหาใด ๆ จากการรักษา หรือหากไม่เข้าใจถึงส่วนใดส่วนหนึ่งของการรักษา

3. ส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

a. รับผิดชอบต่อสุขภาพที่ดีของชุมชน โดยการแนะนำให้ผู้ที่มีอาการของวัยโรคไปขอคำแนะนำจากแพทย์

b. รับผิดชอบโดยการแสดงความมีน้ำใจต่อผู้ป่วยอื่น และต่อผู้ให้บริการสุขภาพ โดยเข้าใจว่านี่คือพื้นฐานของผู้ที่เกี่ยวข้องกับวัยโรค

4. ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว

a. รับผิดชอบ โดยการแสดงความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกับผู้ป่วยคนอื่น การร่วมกันสู้การหายขาดจากโรค

b. รับผิดชอบ โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ที่ได้รับระหว่างการรักษาและแบ่งปันความรู้กับผู้อื่นในชุมชน

c. รับผิดชอบในความพยายามที่จะทำให้ชุมชนปลอดวัยโรค

“เพื่อสิ่งเดียวกัน โดยการเคารพซึ่งกันและกัน เราจะยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษาวัยโรคให้ดีขึ้น”

หลักการพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยวัยโรคหรือผู้ที่สงสัยว่าเป็นวัยโรคจะเหมือนกันทั่วโลก ได้แก่

1. การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและรวดเร็ว
2. การรักษาด้วยสูตรยามาตรฐาน ที่ได้พิสูจน์แล้วว่า มีประสิทธิภาพพร้อมทั้งการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม
3. การติดตามดูการตอบสนองต่อการรักษา

4. การดำเนินการทางสาธารณสุขที่จำเป็น เช่น การรายงานผู้ป่วย การคัดกรองผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น

บุคลากรสาธารณสุขที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ต้องระลึกอยู่เสมอว่า มีบทบาทที่สำคัญไม่เพียงแต่ต่อผู้ป่วยวัณโรคเท่านั้น แต่ยังมีหน้าที่รับผิดชอบต่อปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของชุมชน ความรับผิดชอบนี้ไม่ใช่จะมีเฉพาะแต่เจ้าหน้าที่ของรัฐเท่านั้น หากแต่เป็นหน้าที่ของทุกคนและจำเป็นที่จะต้องมีความร่วมมือที่ดีเพื่อเอื้อให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์หรือระบบของรัฐสามารถยึดปฏิบัติตามมาตรฐานนี้ได้

มาตรฐานนี้ยังมุ่งหมายให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยวัณโรคและชุมชน เพื่อให้ทราบถึงมาตรฐานการดูแลรักษาวัณโรคที่เป็นสากลจะได้ประเมินคุณภาพของการดูแลรักษาที่ได้และเรียกร้องการรักษามีคุณภาพ

การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีมาตรฐานจะเป็นประโยชน์ต่อชุมชนโดยรวม มาตรฐานที่กำหนดขึ้นนี้ไม่ได้มุ่งหมายจะให้นำมาใช้แทน local guidelines

มาตรฐานนี้จะเหมือนมีชีวิต คือ จะมีการปรับเปลี่ยนแก้ไขตามเทคโนโลยี ทรัพยากรและสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในขณะที่เขียนขึ้นมาตรฐานนี้ยึดแนวโน้มนิ่งที่ทำได้จริงในขณะนี้หรือในอนาคตอันใกล้และขออย่าว่ามาตรฐานนี้ไม่ได้เขียนขึ้นมาแทน local guidelines แต่เพื่อเสริมกัน โดยจะเน้นไปที่การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ที่สงสัยว่าเป็นวัณโรค แต่แต่ละคนจะมีผลดีโดยรวมต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน แนวทางการรักษาผู้ป่วยแต่ละคนโดยยึดหลักสาธารณสุขในการควบคุมโรคเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะลดการเจ็บป่วยและการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากวัณโรค

เอกสารอ้างอิง

1. International Standards for Tuberculosis Care <http://www.int/tb/publications/2006/istc.report.pdf>
2. The Patients' Charter for Tuberculosis Care <http://www.worldcarecouncil.org>
3. Dye C, Watt CJ, Bleed DM, Hosseini SM, Raviglione MC. The evolution of tuberculosis control, and prospects for reaching the millennium development goals. JAMA 2005; 293:2767-75.
4. Uplekar M, Patrania U and Raviglione M. Private practitioners and public health: weak links in tuberculosis control. Lancet 2001; 358:912-6.
5. World Health Organization. Involving private practitioners in tuberculosis control: issues, interventions and emerging policy framework. Geneva: World Health Organization, 2001: 1-81.
6. World Health Organization. Toman's tuberculosis: case detection, treatment and monitoring (second edition). Geneva: World Health Organization, 2004 : 1-332.
7. Mitchison DA. Antimicrobial therapy for tuberculosis: justification for currently recommended treatment regimens. Semin Respir Crit Care Med 2004; 25:307-15.
8. American Thoracic Society / Centers for Disease Control and Prevention/ Infections Diseases Society of America. Treatment of Tuberculosis. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167:603-62.
9. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
10. Volmink J and Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. Cochrane Database Syst Rev 2003: CD003343.
11. World Health Organization. The Global Plan to Stop Tuberculosis. Geneva: World Health Organization, 2001.
12. Mohle-Boetani JC, Flood J. Contact investigations and the continued commitment to control tuberculosis. (Editorial). JAMA 2002; 287:1040.

International Standards for Tuberculosis Care (ISTC)

Summary

The purpose of the International Standards for Tuberculosis Care (ISTC) is to describe a widely accepted level of care that all practitioners, public and private, should seek to achieve in managing patients who have, or are suspected of having, tuberculosis. The standards are intended to facilitate the effective engagement of all care providers in delivering high-quality care for patients of all ages, including those with sputum smear-positive, sputum smear-negative and extra pulmonary tuberculosis, tuberculosis caused by drug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* complex (*M. tuberculosis*) organisms, and tuberculosis combined with human immunodeficiency virus (HIV) infection. The basic principles of care for persons with, or suspected of having, tuberculosis are the same worldwide: a diagnosis should be established promptly and accurately; standardized treatment regimens of proven efficacy should be used with appropriate treatment support and supervision; the response to treatment should be monitored; and the essential public health responsibilities must be carried out. Prompt, accurate diagnosis and effective treatment are not only essential for good patient care- they are the key elements in the public health response to tuberculosis and the cornerstone of tuberculosis control. Thus, all providers who undertake evaluation and treatment of patients with tuberculosis must recognize that, not only are they delivering care to an individual, they are assuming an important public health function that entails a high level of responsibility to the community, as well as to the individual

patient. Although government tuberculosis program providers are not exempt from adherence to the Standards, non-program providers are the main target audience. It should be emphasized, however, that national and local tuberculosis control programs may need to develop policies and procedures that enable non-program providers to adhere to the Standards. Such accommodations may be necessary, for example, to facilitate treatment supervision and contact investigations.

In addition to healthcare providers and government tuberculosis programs, both patients and communities are part of the intended audience. Patients are increasingly aware of and expect that their care will measure up to a high standard as described in the Patients' Charter for Tuberculosis Care. Having generally agreed-upon standards will empower patients to evaluate the quality of care they are being provided. Good care for individuals with tuberculosis is also in the best interest of the community. The Standards are intended to be complementary to local and national tuberculosis control policies that are consistent with World Health Organization (WHO) recommendations. They are not intended to replace local guidelines and were written to accommodate local differences in practice. They focus on the contribution that good clinical care of individual patients with or suspected of having tuberculosis makes to population-based tuberculosis control. A balanced approach emphasizing both individual patient care and public health principles of disease control is essential to reduce the suffering and economic losses from tuberculosis.

The standards should be viewed as a living document that will be revised as technology, resources, and circumstances change. As written, the standards are presented within a context of what is generally considered to be feasible now or in the near future. The standards are also intended to serve as a companion to and support for the Patients' Charter for Tuberculosis

Care developed in tandem with the standards. The charter specifies patients' rights and responsibilities and will serve as a set of standards from the point of view of the patient, defining what the patient should expect from the provider and what the provider should expect from the patient.

International Standards for Tuberculosis Care (ISTC)

Standards for Diagnosis

Standard 1 All persons with otherwise unexplained productive cough lasting two-three weeks or more should be evaluated for tuberculosis.

Standard 2 All patients (adults, adolescents and children who are capable of producing sputum) suspected of having pulmonary tuberculosis should have at least two and preferably three, sputum specimens obtained for microscopic examination. When possible, at least one early morning specimen should be obtained.

Standard 3 For all patients (adults, adolescents and children) suspected of having extra pulmonary tuberculosis, appropriate specimens from the suspected sites of involvement should be obtained for microscopy and where facilities and resources are available, for culture and histopathological examination.

Standard 4 All persons with chest radiographic findings suggestive of tuberculosis should have sputum specimens submitted for microbiological examination.

Standard 5 The diagnosis of sputum smear-negative pulmonary tuberculosis should be based on the following criteria: at least three negative sputum smears (including at least one early morning specimen); chest radiography findings consistent with tuberculosis; and lack of response to a trial of broad-spectrum antimicrobial agents. (NOTE: Because the fluoroquinolones are active against M. tuberculosis complex and thus, may cause transient improvement in persons with tuberculosis, they should be avoided.) For such patients, if facilities for culture are available, sputum cultures should be obtained. In persons with known or suspected HIV infection, the diagnostic evaluation should be expedited.

Standard 6 The diagnosis of intrathoracic (i.e., pulmonary, pleural, and mediastinal or hilar lymph node) tuberculosis in symptomatic children with negative sputum smears should be based on the finding of chest radiographic abnormalities consistent with tuberculosis and either a history of exposure to an infectious case or evidence of tuberculosis infection (positive tuberculin skin test or interferon gamma release assay). For such patients, if facilities for culture are available, sputum specimens should be obtained (by expectoration, gastric washings, or induced sputum) for culture.

Standard 7 Any practitioner treating a patient for tuberculosis is assuming an important public health responsibility. To fulfill this responsibility the practitioner must not only prescribe an appropriate regimen but, also, be capable of assessing the adherence of the patient to the regimen and addressing poor adherence when it occurs. By so doing, the provider will be able to ensure adherence to the regimen until treatment is completed.

Standard 8 All patients (including those with HIV infection) who have not been treated previously should receive an internationally accepted first-line treatment regimen using drugs of known

bioavailability. The initial phase should consist of two months of isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, and ethambutol. The preferred continuation phase consists of isoniazid and rifampicin given for four months. Isoniazid and ethambutol given for six months is an alternative continuation phase regimen that may be used when adherence cannot be assessed, but it is associated with a higher rate of failure and relapse, especially in patients with HIV infection.

The doses of antituberculosis drugs used should conform to international recommendations. Fixed-dose combinations of two (isoniazid and rifampicin, three (isoniazid, rifampicin and pyrazinamide) and four (isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and ethambutol) drugs are highly recommended, especially when medication ingestion is not observed.

Standard 9 To foster and assess adherence, a patient-centered approach to administration of drug treatment, based on the patient's needs and mutual respect between the patient and the provider, should be developed for all patients. Supervision and support should be gender-sensitive and age-specific and should draw on the full range of recommended interventions and available support

services, including patient counseling and education. A central element of the patient-centered strategy is the use of measures to assess and promote adherence to the treatment regimen and to address poor adherence when it occurs. These measures should be tailored to the individual patient's circumstances and be mutually acceptable to the patient and the provider. Such measures may include direct observation of medication ingestion (directly observed therapy-DOT) by a treatment supporter who is acceptable and accountable to the patient and to the health system.

Standard 10 All patients should be monitored for response to therapy, best judged in patients with pulmonary tuberculosis by follow-up sputum microscopy (two specimens) at least at the time of completion of the initial phase of treatment (two months), at five months and at the end of treatment. Patients who have positive smears during the fifth month of treatment should be considered as treatment failures and have therapy modified appropriately. (See Standards 14 and 15.) In patients with extrapulmonary tuberculosis and in children, the response to treatment is best assessed clinically.

Follow-up radiographic examinations are usually unnecessary and may be misleading.

Standard 11 A written record of all medications given, bacteriologic response, and adverse reactions should be maintained for all patients.

Standard 12 In areas with a high prevalence of HIV infection in the general population and where tuberculosis and HIV infection are likely to co-exist, HIV counseling and testing is indicated for all tuberculosis patients as part of their routine management. In areas with lower prevalence rates of HIV, HIV counseling and testing is indicated for tuberculosis patients with symptoms and/or signs of HIV-related conditions and in tuberculosis patients having a history suggestive of high risk of HIV exposure.

Standard 13 All patients with tuberculosis and HIV infection should be evaluated to determine if antiretroviral therapy is indicated during the course of treatment for tuberculosis. Appropriate arrangements for access to antiretroviral drugs should be made for patients who meet indications for treatment. Given the complexity of co-administration of antituberculosis treatment and antiretroviral therapy, consultation with a physician who is expert in this area is

recommended before initiation of concurrent treatment for tuberculosis and HIV infection, regardless of which disease appeared first. However, initiation of treatment for tuberculosis should not be delayed. Patients with tuberculosis and HIV infection should also receive cotrimoxazole as prophylaxis for other infections.

- Standard 14** An assessment of the likelihood of drug resistance, based on history of prior treatment, exposure to a possible source case having drug-resistant organisms, and the community prevalence of drug resistance, should be obtained for all patients. Patients who fail treatment and chronic cases should always be assessed for possible drug resistance. For patients in whom drug resistance is considered to be likely, culture and drug susceptibility testing for isoniazid, rifampicin, and ethambutol should be performed promptly.
- Standard 15** Patients with tuberculosis caused by drug-resistant (especially multiple drug resistant [MDR]) organisms should be treated with specialized regimens containing second-line antituberculosis drugs.

At least four drugs to which the organisms are known or presumed to be susceptible should be used, and treatment should be given for at least 18 months. Patient centered measures are required to ensure adherence. Consultation with a provider experienced in treatment of patients with MDR tuberculosis should be obtained.

- Standard 16** All providers of care for patients with tuberculosis should ensure that persons (especially children under 5 years of age and persons with HIV infection) who are in close contact with patients who have infectious tuberculosis are evaluated and managed in line with international recommendations. Children under 5 years of age and persons with HIV infection who have been in contact with an infectious case should be evaluated for both latent infection with *M. tuberculosis* and for active tuberculosis.
- Standard 17** All providers must report both new and retreatment tuberculosis cases and their treatment outcomes to local public health authorities, in conformance with applicable legal requirements and policies.

The Patients' Charter for Tuberculosis Care

About the Charter

***The Patients' Charter for Tuberculosis Care (The Charter)* outlines the rights and responsibilities of people with tuberculosis. It empowers people with the disease and their communities through this knowledge.**

Initiated and developed by patients from around the world, the *The Charter* makes the relationship with health care providers a mutually beneficial one.

The Charter sets out the ways in which patients, the community, health providers (both private and public), and governments can work as partners in a positive and open relationship with a view to improving tuberculosis care and enhancing the effectiveness of the healthcare process. It allows for all parties to be held more accountable to each other, fostering mutual interaction and a "positive partnership."

Developed in tandem with the *International Standards for Tuberculosis Care* (<http://www.worldcarecouncil.org/>) to promote a "patient-centered" approach, *The Charter* bears in mind the principles on health and human rights of the United Nations, UNESCO, WHO, Council of Europe, as well as other local and national charters and conventions including the United Nations CESCR General Comment 14 on the right to health, WHO Ottawa Charter on health promotion, The Council of Europe Convention for the Protection of Human Rights and Dignity (biology and medicine),

and the UNESCO Universal Draft Declaration on Bioethics and Human Rights (available at <http://www.worldcarecouncil.org/>).

The Patients' Charter for Tuberculosis Care practices the principle of Greater Involvement of People with Tuberculosis (GIPT). This affirms that the empowerment of people with the disease is the catalyst for effective collaboration with health providers and authorities and is essential to victory in the fight to stop tuberculosis. *The Charter*, the first global "patient powered" standard for care, is a cooperative tool, forged from common cause, for the entire tuberculosis community.

Patients' Rights

You have the right to:

Care

The right to free and equitable access to tuberculosis care, from diagnosis through treatment completion, regardless of resources, race, gender, age, language, legal status, religious beliefs, sexual orientation, culture, or having another illness.

The right to receive medical advice and treatment which fully meets the new *International Standards for Tuberculosis Care*, centering on patient needs, including those with multi drug-resistant tuberculosis (MDR-TB) or tuberculosis-human immunodeficiency virus (HIV) coinfections and preventative treatment for young children and others considered to be at high risk.

The right to benefit from proactive health sector community outreach, education, and prevention campaigns as part of comprehensive care programs.

Dignity

The right to be treated with respect and dignity, including the delivery of services without stigma, prejudice, or discrimination by health providers and authorities.

The right to quality healthcare in a dignified environment, with moral support from family, friends, and the community.

Information

The right to information about what healthcare services are available for tuberculosis and what responsibilities, engagements, and direct or indirect costs are involved.

The right to receive a timely, concise, and clear description of the medical condition, with diagnosis, prognosis (an opinion as to the likely future course of the illness), and treatment proposed, with communication of common risks and appropriate alternatives.

The right to know the names and dosages of any medication or intervention to be prescribed, its normal actions and potential side-effects, and its possible impact on other conditions or treatments.

The right of access to medical information which relates to the patient's condition and treatment and to a copy of the medical record if requested by the patient or a person authorized by the patient.

The right to meet, share experiences with peers and other patients and to voluntary counseling at any time from diagnosis through treatment completion.

Choice

The right to a second medical opinion, with access to previous medical records.

The right to accept or refuse surgical interventions if chemotherapy is possible and to be informed of the likely medical and statutory consequences within the context of a communicable disease.

The right to choose whether or not to take part in research programs without compromising care.

Confidence

The right to have personal privacy, dignity, religious beliefs, and culture respected.

The right to have information relating to the medical condition kept confidential and released to other authorities contingent upon the patient's consent.

Justice

The right to make a complaint through channels provided for this purpose by the health authority and to have any complaint dealt with promptly and fairly.

The right to appeal to a higher authority if the above is not respected and to be informed in writing of the outcome.

Organization

The right to join, or to establish, organizations of people with or affected by tuberculosis and to seek support for the development of these clubs and community-based associations through the health providers, authorities, and civil society.

The right to participate as “stakeholders” in the development, implementation, monitoring, and evaluation of tuberculosis policies and programs with local, national, and international health authorities.

Security

The right to job security after diagnosis or appropriate rehabilitation upon completion of treatment.

The right to nutritional security or food supplements if needed to meet treatment requirements.

Patients’ Responsibilities

You have the responsibility to:

Share Information

The responsibility to provide the healthcare giver as much information as possible about present health, past illnesses, any allergies, and any other relevant details.

The responsibility to provide information to the health provider about contacts with immediate family, friends, and others who may be vulnerable to tuberculosis or may have been infected by contact.

Follow Treatment

The responsibility to follow the prescribed and agreed treatment plan and to conscientiously comply with the instructions given to protect the patient’s health, and that of others.

The responsibility to inform the health provider of any difficulties or problems with following treatment or if any part of the treatment is not clearly understood.

Contribute to Community Health

The responsibility to contribute to community well-being by encouraging others to seek medical advice if they exhibit the symptoms of tuberculosis.

The responsibility to show consideration for the rights of other patients and healthcare providers, understanding that this is the dignified basis and respectful foundation of the tuberculosis community.

Show Solidarity

The moral responsibility of showing solidarity with other patients, marching together towards cure.

The moral responsibility to share information and knowledge gained during treatment and to pass this expertise to others in the community, making empowerment contagious.

The moral responsibility to join in efforts to make the community tuberculosis free.