

ประเมินผลการดำเนินงานโรคเรื้อนในพื้นที่ความชุกโรคต่ำ ตามแนวทาง
องค์การอนามัยโลก ในพื้นที่ 8 จังหวัดของภาคกลางและภาคใต้ตอนบน

Evaluation of leprosy programme implementation according to WHO guidance in
8 provinces of the Central and the Upper-Southern region

อนุพงศ์ สุจริยากุล* วท.ด. (ระบาดวิทยา)

Anupong Sujariyakul* Ph.D. (Epidemiology)

ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์** สส.ม.

Silatham Sermrittirong** M.P.H.

(การพัฒนาสาธารณสุข)

(Health Development)

พจนา ธีญุกิตติกุล** ศศ.ม.

Pojana Thanyakittikul** M.A.

(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

(Medical and Health Social Sciences)

เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล* ป.พย.

Petcharat Aroonparkmongkol* Cert.N.S

(พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง)

(Nursing Midwifery)

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี

The Office of Disease Prevention and

Control 4 Ratchaburi

**สถาบันราชประชาสมาสัย

RajPracha Samasai Institute

บทคัดย่อ

การศึกษาวัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโรคเรื้อนภายใต้สภาวะความชุกโรคต่ำ ตามแนวทางองค์การอนามัยโลก ในพื้นที่ 8 จังหวัดของภาคกลางและภาคใต้ตอนบน ได้แก่ จังหวัดนครปฐม สุพรรณบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี โดยการวิเคราะห์สังเคราะห์การดำเนินงานและผลการดำเนินงาน จากเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อนย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2546-2555) และโดยการใช้ชุดตัวชี้วัดติดตามประเมินผลการดำเนินงานโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และสมาพันธ์องค์กรต่อต้านโรคเรื้อน (The International Federation of Anti-leprosy Association: ILEP) ผลการศึกษาพบว่า มีการดำเนินงานโรคเรื้อนตามแนวทางองค์การอนามัยโลกในพื้นที่ 8 จังหวัด จากผลการดำเนินงานทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคตลอดจนแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (Multi-bacillary leprosy: MB) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง การแพร่เชื้อที่เป็นปัจจุบันในชุมชนมีน้อย สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับสองหรือระดับที่มองเห็นได้ในผู้ป่วยรายใหม่สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า ผู้ป่วยเชื้อมากมีอัตราการรับยาครบถ้วนต่ำกว่าเกณฑ์ กิจกรรมการป้องกันความพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันความพิการซ้ำซ้อนยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากภาระงานและความเร่งรีบต่อโรคเรื้อนของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบถึงแม้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ 8 จังหวัดจะมีน้อย แต่ยังมีผู้ที่รักษาหายและมีความพิการหลงเหลือ และอาศัยอยู่ในชุมชนจำนวนหนึ่ง คณะผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะให้ดำเนินงานโรคเรื้อนในพื้นที่ 8 จังหวัด ตามแนวทางองค์การอนามัยโลกต่อไป โดยปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันความพิการซ้ำซ้อนและการฟื้นฟูสภาพผู้พิการจากโรคเรื้อน ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้บริการโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ผู้ป่วยใหม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและใกล้บ้าน ผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและสังคม เศรษฐกิจอยู่ในสังคมได้เช่นบุคคลทั่วไป

Abstract

This retrospective description study was conducted to evaluate the implementation of leprosy programme under the low endemic situation in accordance with the World Health Organization guidance. The leprosy programme has been implemented in 8 provinces namely Nakhon Pathom, Suphan Buri, Ratchaburi, Kanchanaburi, Samut Sakhon, Samut Songkhram, Phetchaburi and Prachuap Khiri Khan in the responsible area of the Regional Office of Disease Prevention and Control 4 Ratchaburi. Related documents of the last 10 years (2003–2012) were gathered, then analysed and synthesised. Leprosy related data of the same period was gathered and analysed based on the indicators suggested by WHO and The International Federation of Anti-leprosy Association or ILEP. It was found that leprosy programme in accordance with WHO guidance had implemented during the last 10 years (2003–2012). As a result, trend of leprosy incidence and potential source of transmission had gradually decreased. Recent transmission in community was rare. A case detection activity was not sufficient resulted in delayed in diagnosis of leprosy patients contributing to the high proportion of disability grade 2 among newly detected cases. Prevention of disability activity was insufficient particularly prevention of further disability due to workloads and stigmatising attitudes of related health officers. Though the number of leprosy cases in 8 provinces was low, the number of people who had been discharged from treatment with leprosy-related disabilities still existed. The authors suggest continuing leprosy programme in these provinces based on WHO guidance by adjusting activities to suit their contexts particularly prevention of further disability and rehabilitation services to those with leprosy-related disabilities. This is to ensure the sustainability of leprosy services which new cases could access accurate treatment at health units nearby their homes, and those with disabilities are enabled to live normally in their own communities.

ประเด็นสำคัญ

ประเมินผล, การดำเนินงาน, โรคเรื้อน

Key words

evaluation, implementation, leprosy

บทนำ

ในอดีต โรคเรื้อนจัดว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย⁽¹⁻³⁾ โดยในปี พ.ศ. 2496 องค์การอนามัยโลกได้สำรวจพบว่า มีผู้ป่วยทั่วประเทศไทยประมาณ 150,000 คน ด้วยอัตราความชุก 50 ต่อประชากรหนึ่งหมื่น ในปี พ.ศ. 2498-2499 ด้วยพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่มีต่องานควบคุมโรคเรื้อน และความช่วยเหลือทางวิชาการจากองค์การอนามัยโลก วัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะ และยาจาก United Nations Children's Fund (UNICEF) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มโครงการนำร่องในรูปแบบ

ตามแบบให้การรักษที่บ้านของ WHO ที่มุ่งสำรวจค้นหา และรักษาผู้ป่วยที่บ้านด้วยยา Dapsone Monotherapy ที่จังหวัดขอนแก่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเริ่มขยายงานในปี พ.ศ.2509 ไปทั่วประเทศจนครอบคลุมทุกจังหวัดใน 76 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2519 ต่อมามีการดื้อยา Dapsone Monotherapy ในปี พ.ศ. 2528⁽⁴⁻⁵⁾ จึงเปลี่ยนยารักษาโรคเรื้อนเป็นยา Multidrug therapy (MDT) ที่มีประสิทธิภาพตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก⁽⁶⁻⁸⁾ ส่งผลให้ความชุกของโรคเรื้อนลดลงอย่างรวดเร็วจนสู่ระดับต่ำกว่า 1 ต่อประชากรหนึ่งหมื่น ในปี พ.ศ. 2537 ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ของ

องค์การอนามัยโลกที่รับรองว่าประเทศไทยสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข⁽⁹⁾ หลังจากนั้นอัตราความชุกลดลงมาโดยตลอดจนเหลือ 0.09 ต่อประชากรหนึ่งหมื่นในปี พ.ศ. 2555⁽¹⁰⁾

ในปัจจุบันการควบคุมโรคเรื้อนดำเนินการโดยหน่วยงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ภายใต้การสนับสนุนทางวิชาการจากหน่วยงานของกรมควบคุมโรค อันได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 เขต และสถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งเป็นสำนักวิชาการส่วนกลาง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี เป็นหน่วยงานวิชาการด้านการป้องกันควบคุมโรครับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ 8 จังหวัดในภาคกลางและภาคใต้ตอนบน ได้แก่ จังหวัดนครปฐม สุพรรณบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ขนาดปัญหาของโรคเรื้อนในพื้นที่จังหวัดเหล่านี้จัดว่าน้อย เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ เช่น โรคเอดส์ วัณโรค ซึ่งมีอัตราป่วยและอัตราตายสูงถึงกระนั้นก็ตาม ยังมีการค้นพบผู้ป่วยใหม่ทุกปี และสัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ยังมีระดับสูงกว่าร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่จำหน่ายจากการรักษาแต่มีความพิการอีกหลายราย ดังนั้นเพื่อให้มีการบริการรักษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน รวมทั้งการดูแลป้องกันความพิการตลอดจนให้การฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย และสังคมเศรษฐกิจแก่ผู้พิการจากโรคเรื้อน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ได้ดำเนินงานโรคเรื้อนตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกมาโดยตลอดจนกระทั่งปัจจุบัน

งานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานและผลการดำเนินงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 4 ราชบุรี ในพื้นที่ 8 จังหวัด

2. เพื่อวิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงาน

โรคเรื้อน ตามตัวชี้วัดด้านระบาดวิทยา (epidemiological indicator) และตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการ (operational indicator) ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาในพื้นที่ 8 จังหวัด

3. เพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงานโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ภายใต้สภาวะความชุกโรคต่ำในพื้นที่ 8 จังหวัด

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี โดยการค้นคว้าศึกษาจากเอกสารและข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2546-2555) ได้แก่ รายงานผลการดำเนินงาน รายงานผลการนิเทศงานโรคเรื้อนในพื้นที่ 8 จังหวัด ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จำนวนทั้งสิ้น 7 ฉบับ รวมทั้งข้อมูลจากฐานข้อมูลโรคเรื้อน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี ทั้งนี้โดยการใช้หลักการสำคัญในการดำเนินงานโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลก และชุดตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลก และสมাপันธ้องค์กรต่อต้านโรคเรื้อน เป็นแนวทางในการวิเคราะห์และประเมินผล

คำจำกัดความ

ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนที่กำลังรักษาหรือพ้นจากการรักษาแล้ว และมีสภาวะความพิการทางกาย หรือมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม หรือมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม หรือมีปัญหาอุปสรรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำรงชีวิต อันเนื่องมาจากการเป็นโรคเรื้อน

แนวทางการวิเคราะห์และประเมินผล

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำหลักการสำคัญในการดำเนินงานโรคเรื้อน ได้แก่⁽³⁾

1. การค้นหาผู้ป่วย เพื่อค้นหาผู้มีอาการสงสัยให้มารับการตรวจวินิจฉัยโดยเร็วก่อนที่จะเกิดความพิการ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้แนะนำวิธีการ

หลายวิธี เช่น การตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน การค้นหาเชิงรุกในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยเข้ารับการรักษาด้วยตนเอง

2. การดูแลรักษาผู้ป่วย ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยาผสมเคมีบำบัด ซึ่งมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคเรื้อน ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาสม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา อาการแทรกซ้อนที่อาจจะมี และทราบว่าควรรับมาพบแพทย์หากเกิดอาการอย่างไรบ้าง ให้มีระบบติดตามหากผู้ป่วยขาดยา ในส่วนของการป้องกันความพิการ เพื่อป้องกันความพิการในผู้ป่วยที่ยังไม่พิการและป้องกันความพิการซ้ำซ้อนในผู้ป่วยที่มีความพิการแล้ว การป้องกันความพิการนั้น นอกจากจะป้องกันได้ด้วยการให้การรักษาผู้ป่วยแต่ต้นแล้ว ควรได้มีการตรวจประเมินความพิการ และตรวจหาอาการของโรคห่อและเส้นประสาทอักเสบเพื่อจะได้ให้การรักษาทันท่วงที ก่อนที่ผู้ป่วยจะพิการ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้มีการสอนและติดตามผู้ป่วยให้รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ

3. การฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคที่อาจก่อให้เกิดความพิการได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลาที่ สำหรับผู้พิการจากโรคเรื้อนนั้น องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการฟื้นฟูสภาพผู้พิการแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกายและสังคมเศรษฐกิจ การให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนหากเป็นไปได้ควรเป็นการฟื้นฟูสภาพโดยชุมชน ซึ่งเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกได้ให้การแนะนำ ทั้งนี้เพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงาน และผู้พิการจากโรคเรื้อนจะได้มีความเสมอภาค เช่นเดียวกับผู้พิการจากโรคอื่นในการรับบริการจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ หรือหน่วยงานฟื้นฟูสภาพที่มีอยู่ในชุมชน

4. การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน เนื่องจากการดูแลรักษาโรคเรื้อนค่อนข้างซับซ้อน และต้องมีความสม่ำเสมอ กิจกรรมการนิเทศติดตาม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และในการประเมินผล

การดำเนินงานมีตัวชี้วัดที่สำคัญสองประการ คือตัวชี้วัดทางระบาดวิทยา และตัวชี้วัดการดำเนินงาน ซึ่งจะนำเสนอโดยละเอียดในหัวข้อการประเมินผลการดำเนินงานโรคเรื้อน การประเมินผลการดำเนินงานโรคเรื้อนนับองค์การอนามัยโลก และสมาพันธ์องค์กรต่อต้านโรคเรื้อนได้เสนอตัวชี้วัดหลักสองกลุ่มเพื่อประเมินผลการดำเนินงานดังนี้⁽¹¹⁻¹²⁾

1. ตัวชี้วัดด้านระบาดวิทยา

1.1 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และอัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ เป็นตัวชี้วัดของอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อนในชุมชน

1.2 สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีเชื้อ มากใน (MB proportion among new cases) เป็นตัวชี้วัดขนาดของแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อนที่สำคัญ และชี้วัดลักษณะของ กิจกรรม การค้นหาผู้ป่วยใหม่⁽¹¹⁻¹³⁾

1.3 สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นเด็ก เป็นตัวชี้วัดการแพร่เชื้อโรคเรื้อนที่เป็นปัจจุบันในชุมชน

2. ตัวชี้วัดด้านดำเนินงาน

2.1 สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับสองหรือความพิการที่มองเห็นได้ เป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลของการป้องกันความพิการ และบ่งชี้ความล่าช้าของการได้รับการวินิจฉัยของผู้ป่วยรายใหม่ นอกจากนั้น ยังเป็นตัวชี้วัดในการประกอบการแปลผลแนวโน้มของผู้ป่วยใหม่

2.2 อัตราการรับยาครบถ้วนของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย

ผลการศึกษา

การดำเนินงานและผลการดำเนินงานโรคเรื้อนในพื้นที่ 8 จังหวัด ตามหลักฐานทางเอกสาร

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสารการดำเนินงาน และรายงานผลการนิเทศการดำเนินงานโรคเรื้อนในพื้นที่ 8 จังหวัด ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จำนวนทั้งสิ้น 7 ฉบับ พบว่า ได้มีการดำเนินงานโรคเรื้อนตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ให้ไว้ดังกล่าว ในจังหวัดนครปฐม สุพรรณบุรี ราชบุรี

กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และ
ประจวบคีรีขันธ์ สรุปการดำเนินงานและผลได้ดังนี้⁽¹⁴⁻²⁰⁾

การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่

มีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในช่วงวัน
สัปดาห์ราชประชาสมาสัย โดยจัดตั้งคลินิกคัดกรอง
เฉพาะกิจในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา อบรมให้
ความรู้โรคเรื้อนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขจิตนุทธการ
ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปที่มาร่วมงาน และมีการ
ให้ความรู้ด้านการค้นหาผู้ป่วยแบบเร็ว (rapid villages
survey: RVS) แก่ผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัด หลังจาก
ส่วนกลางได้วางนโยบายชัดเจนในเรื่องของการค้นหา
ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เชิงรุก แต่ประสบความสำเร็จ
ค่อนข้างน้อย จากการตรวจสอบกระบวนการพบว่า
เจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำการตรวจกลุ่มที่มีอาการสงสัย (listed
group) ในปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน จึงเริ่มทำการ
ค้นหาผู้ป่วยแบบเร็วที่มีกระบวนการครบถ้วน ในพื้นที่
ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาคือมีคนไขรมาร่วมกัน 10 คน
และมีเด็ก 2 คน ผลจากการดำเนินการค้นหาแบบเร็ว
และครบถ้วนนี้ ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วยรายใหม่
จำนวน 4 ราย จาก 18 หมู่บ้าน

การดูแลรักษาผู้ป่วย

ผู้ที่มีอาการสงสัยส่วนใหญ่จะถูกส่งไปยัง
โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีศักยภาพ
ในการวินิจฉัยและให้การรักษา ทั้งนี้เมื่อได้รับการ
วินิจฉัยแล้ว ผู้ป่วยสามารถขอรับยา MDT ที่โรงพยาบาล
ใกล้บ้านได้ในบางจังหวัด เช่น จังหวัดราชบุรี นอกจาก
โรงพยาบาลทั่วไปแล้ว โรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้ป่วย ก็มี
ศักยภาพเพียงพอในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน
อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลในพื้นที่เขต 4 ยังไม่พร้อม
ในการเป็นหน่วยรับส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอาการ
แทรกซ้อน ตามนโยบายของส่วนกลางที่ต้องการให้
โรงพยาบาลในสถานบริการเชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน
ดังนั้นการรักษาดูแลผู้ป่วยแทรกซ้อนในปัจจุบัน
จึงเป็นบทบาทของศูนย์สาธิตบริการของสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี ในส่วนของงานป้องกัน
ความพิการทุกโรงพยาบาลที่รับผิดชอบไม่มีคลินิกป้องกัน

ความพิการขึ้นอยู่กับผู้รับผิดชอบ โดยภาพรวมผู้ป่วย
จะไม่ได้รับการตรวจประเมินเพื่อป้องกันความพิการ
ส่วนใหญ่จะมีการตรวจประเมินความพิการในรายที่มี
ความจำเป็นมาก เนื่องจากกระบวนการที่ต้องใช้เวลา
ทำให้รู้สึกเป็นภาระ เนื่องจากผู้รับผิดชอบส่วนใหญ่เพิ่ง
รับผิดชอบงานโรคเรื้อน ไม่มีความรู้ ประกอบกับมี
ความรังเกียจผู้ป่วย ทำให้ผู้รับผิดชอบหลายรายไม่คิด
ชวนขยายหาความรู้เพิ่มเติม และหาทางเปลี่ยนไป
รับผิดชอบงานอื่นแทน

งานฟื้นฟูสภาพ

งานฟื้นฟูสภาพได้ดำเนินการมาโดยตลอด
โดยการเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำปัญหาความพิการ
พร้อมทั้งปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจ และเสนอรายชื่อ
ผู้พิการจากโรคเรื้อนต่อคณะกรรมการคัดเลือกผู้ป่วย
เข้ารับการสงเคราะห์ โดยผู้ที่มีปัญหามากจะได้รับเงิน
สงเคราะห์และค่าอาหารรายเดือน นอกจากนั้นได้มี
การเริ่มดำเนินการค้นหาผู้ป่วยประสบปัญหาจากโรคเรื้อน
เพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านความพิการและปัญหาทาง
สังคมเศรษฐกิจ เมื่อปี พ.ศ. 2554 โดยดำเนิน
โครงการนำร่อง “โครงการสำรวจความพิการ ปัญหาทาง
สังคมและเศรษฐกิจผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน”
ร่วมกับหน่วยงานโรคเรื้อนจากส่วนกลางหรือสถาบัน
ราชประชาสมาสัย ณ จังหวัดกาญจนบุรี ทำให้ทราบขนาด
และลักษณะปัญหาของผู้ประสบปัญหา และได้ดำเนินการ
ร่วมมือกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้การฟื้นฟูสภาพ
ตามความจำเป็นของแต่ละรายจนครบทุกราย

การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการ ดำเนินงาน

การนิเทศติดตามประเมินผลใช้วิธีนิเทศติดตาม
ณ สถานบริการที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรับการรักษาอยู่
เพื่อดูความถูกต้องของระบบระเบียบ รายงาน และการ
ดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลป้องกันความพิการ
ตลอดจนฟื้นฟูสภาพ นอกจากนั้นข้อมูลของผู้ป่วย
แต่ละรายได้มีการจัดเก็บไว้ในฐานข้อมูลเพื่อการประเมิน
ตามตัวชี้วัดต่อไป

ผลการประเมินการดำเนินงานโรคเรื้อนในพื้นที่ 8 จังหวัด ตามตัวชี้วัด

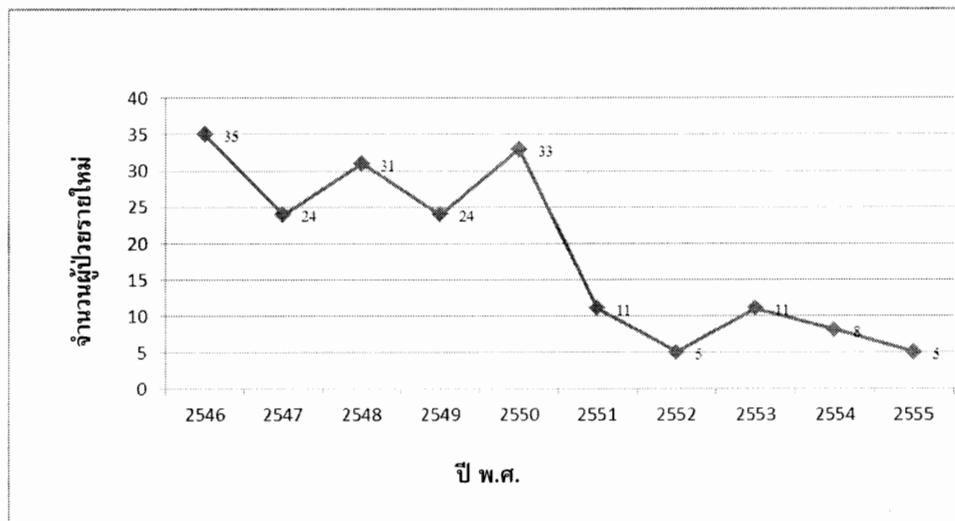
จากข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ 8 จังหวัด ช่วงระยะเวลาปี พ.ศ. 2546-2555 คณะผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินงานโรคเรื้อนตามตัวชี้วัดหลักสองกลุ่ม ได้ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ผลการประเมินตามตัวชี้วัดด้านระบาดวิทยา

1.1 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และอัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ เป็นตัวชี้วัดของอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อนในชุมชน

จากภาพที่ 1 อุตบัติการณ์การเกิดโรคมีแนวโน้มลดลง จะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากจำนวน 35 ราย ในปี พ.ศ. 2546 เหลือเพียง 5 ราย ในปี พ.ศ. 2555

ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ปี พ.ศ. 2546-2555

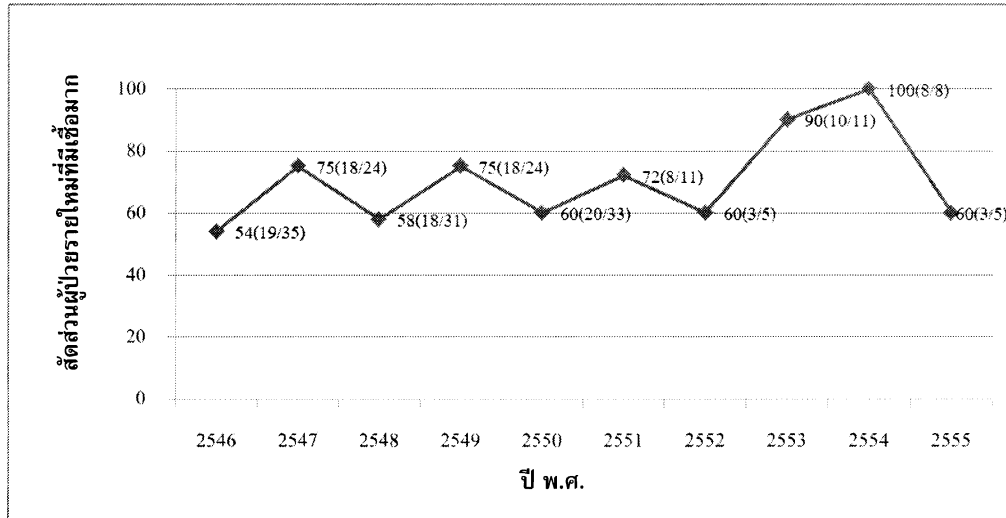


1.2 สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีเชื้อมากเป็น ตัวชี้วัดขนาดของแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อนที่สำคัญ และ ตัวชี้วัดลักษณะของกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยใหม่⁽¹¹⁻¹³⁾

จากภาพที่ 2 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีเชื้อมาก ลดลง สะท้อนให้เห็นถึงการลดแหล่งแพร่เชื้อในชุมชน จาก 19 ราย ในปี พ.ศ. 2546 เหลือเพียง 3 ราย ในปี พ.ศ. 2555 สัดส่วนของผู้ป่วยรายใหม่ที่มีเชื้อมากยังอยู่ใน

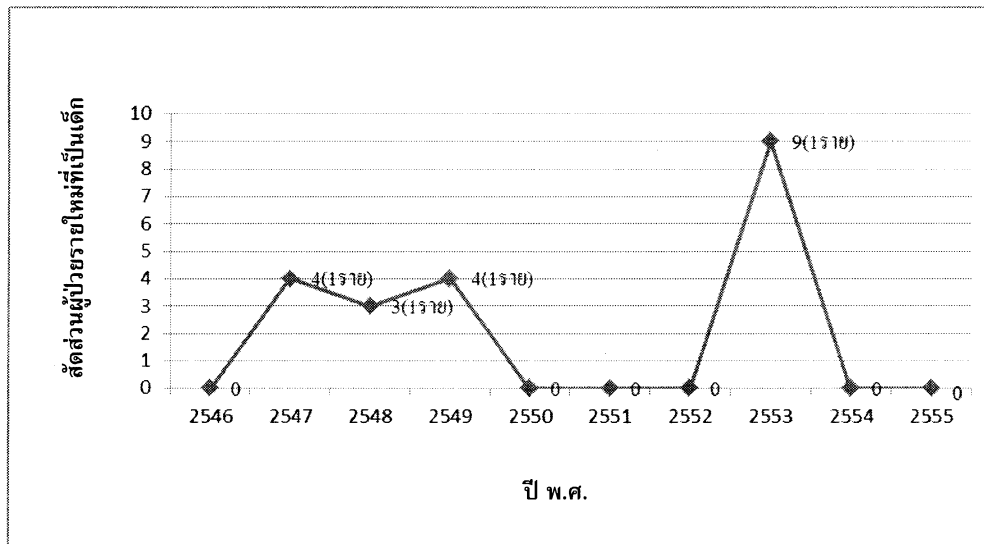
ระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการค้นหาเป็น ลักษณะเชิงรับ (passive case finding) มากกว่าเชิงรุก (active case finding) ลักษณะการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน รายใหม่ แบบเชิงรับ จะมีสัดส่วนผู้ป่วยเชื้อมาก มากกว่า ผู้ป่วยเชื่อน้อย เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาเอง จุดบอดนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยมีอาการของ โรคเรื้อนมาก จนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน⁽¹¹⁻¹²⁾

ภาพที่ 2 สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีเชื้อมาก ปี พ.ศ. 2546-2555



1.3 สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นเด็ก เป็นตัวชี้วัด น้อยมาก พบผู้ป่วยเด็กในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ปีละ 1 ราย การแพร่เชื้อที่เป็นปัจจุบันในชุมชน ในปีพ.ศ. 2547-2549 และปี พ.ศ. 2553 สะท้อน จากภาพที่ 3 สัดส่วนและจำนวนผู้ป่วยเด็ก ให้เห็นว่าการแพร่เชื้อที่เป็นปัจจุบันในชุมชนมีน้อย⁽¹¹⁻¹²⁾

ภาพที่ 3 สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก ปี พ.ศ. 2546-2555

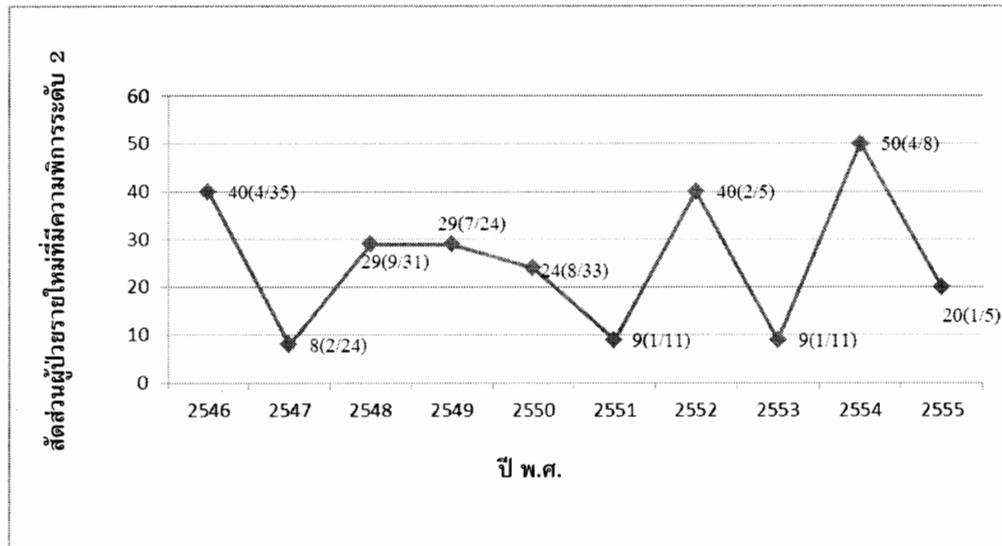


2. ผลการประเมินผลตามตัวชี้วัดด้านดำเนินงาน

2.1 สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการ ระดับสอง หรือความพิการที่มองเห็นได้ในผู้ป่วยรายใหม่ เป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลของการป้องกันความพิการ และบ่งชี้ความล่าช้าของการได้รับการวินิจฉัยของผู้ป่วย รายใหม่

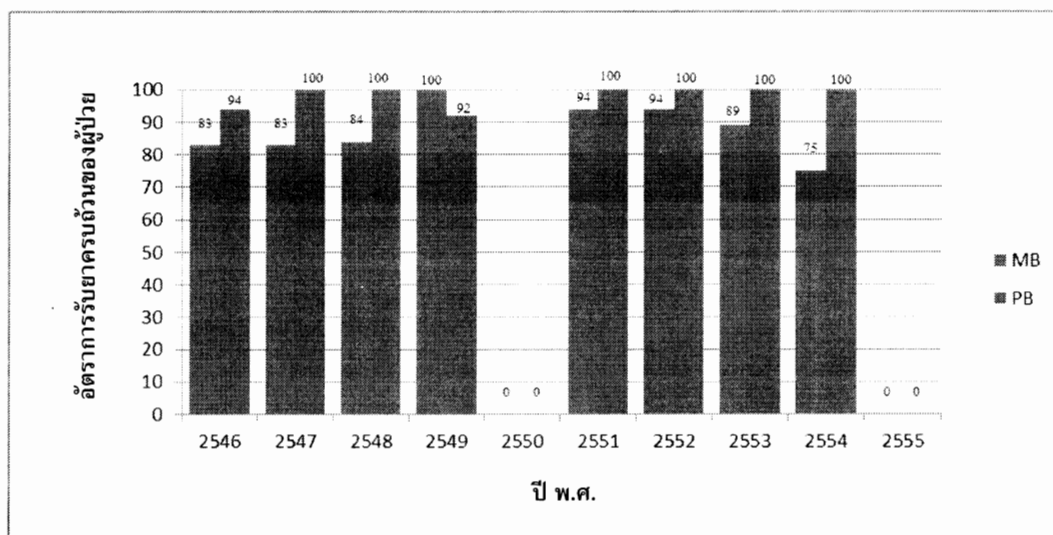
จากภาพที่ 4 สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับสองสูง เมื่อเทียบกับระดับที่ยอมรับได้ ที่ร้อยละ 10 สะท้อนให้เห็นถึงกิจกรรมค้นหาผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาก่อนเกิดความพิการว่ายังไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยมารายงานตัวรักษาช้า⁽¹¹⁻¹²⁾

ภาพที่ 4 สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับสอง ปี พ.ศ. 2546-2555



2.2 อัตราการรับยาครบถ้วนของผู้ป่วยเป็น แต่อัตราการรับยาครบถ้วนในผู้ป่วยเชื้อมามากยังต่ำกว่า ตัวชีวิตเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย เกณฑ์ที่ยอมรับ ณ ระดับที่ร้อยละ 85⁽¹¹⁾ สะท้อนให้ จากภาพที่ 5 จะเห็นว่าตลอด 10 ปีที่ผ่านมา เห็นว่า ยังมีปัญหาในการติดตามผู้ป่วยเชื้อมามากให้มา อัตราการรับยาครบถ้วนในผู้ป่วยเชื้อน้อยสูงกว่าเกณฑ์ รับยาครบถ้วน

ภาพที่ 5 อัตราการรับยาครบถ้วนของผู้ป่วย (ปี พ.ศ. 2546-2555)



อภิปรายผล

การค้นพบผู้ป่วยใหม่ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ แต่ยังคงมีการค้นพบผู้ป่วยใหม่ทุกปี ในบางปีพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก สะท้อนให้เห็นว่ายังมีการแพร่เชื้อหลงเหลืออยู่ในชุมชน และการที่แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยใหม่ลดลงเรื่อย ๆ นี้ อาจยังแน่ใจไม่ได้ว่าเป็นการลดที่แท้จริง เนื่องจากสัดส่วนความพิการในผู้ป่วยใหม่ยังไม่คงที่⁽¹¹⁾ อนึ่งผู้ป่วยรายใหม่ที่พบ มีสัดส่วนของผู้ป่วยชนิดเชื้อมากมากกว่าผู้ป่วยเชื่อน้อย จึงเป็นสิ่งที่พึงตระหนักว่า ผู้ป่วยเชื้อมากเหล่านี้ได้มีการแพร่เชื้อในชุมชนระยะหนึ่งแล้ว⁽¹³⁾ ก่อนที่จะได้รับการตรวจวินิจฉัย ดังนั้นการที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี ได้ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เชิงรุกในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา จึงเป็นการดำเนินงานที่สำคัญที่ทำให้ค้นพบผู้ป่วยใหม่ได้เร็วเป็นการตัดวงจรการแพร่โรคในระดับหนึ่ง และการค้นพบผู้ป่วยได้เร็วนี้ยังส่งผลถึงการป้องกันความพิการในผู้ป่วยใหม่ ซึ่งจากข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ยังอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นถึงความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยใหม่ สำหรับตัวชี้วัดด้านการรักษาผู้ป่วยนั้น การที่มีผู้ป่วยรับยาไม่ครบถ้วนนั้น อาจทำให้มีปัญหาระยะการกลับมาเป็นโรคซ้ำได้ (Relapse) การติดตามผู้ป่วยหรือพิจารณาให้ยา MDT ในคราวเดียวให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอาจเป็นทางเลือกหนึ่งเพื่อแก้ปัญหาการรับยาไม่ครบถ้วน⁽²¹⁾

ด้านสถานที่รักษา เนื่องจากผู้ป่วยในพื้นที่ 8 จังหวัดของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี มีจำนวนน้อย ดังนั้นเพื่อความคุ้มค่าในการดำเนินงาน จึงมีการวินิจฉัยและให้ยา ณ สถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและในระดับอำเภอบางแห่งที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนมากกว่าที่อื่น แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว ผู้ป่วยสามารถรับยา ณ หน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้านได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ในด้านการป้องกันความพิการ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจเส้นประสาทเพื่อค้นหา

เส้นประสาทอักเสบ (Neuritis) และพิจารณาให้ยา Steroid ในระยะเวลาที่เหมาะสมหรือการตรวจเพื่อประเมินความพิการอันเนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้และรังเกียจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อมากซึ่งเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงที่จะพิการเพิ่มขึ้นระหว่างและหลังการรักษาได้ ปัญหาเรื่องการตีตรา (stigma) ที่มีต่อโรคเรื้อน โดยเฉพาะในเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการนั้น ควรได้รับการแก้ไข

นอกจากนี้ในพื้นที่ 8 จังหวัด ยังมีผู้ที่หายจากโรคเรื้อนแต่มีความพิการที่มองเห็นได้ อาศัยอยู่ในชุมชนทั่วไป ซึ่งความพิการเหล่านี้อาจก่อให้เกิดผลตามมา ทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้พิการจากโรคเรื้อนเหล่านี้ การที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ได้ดำเนินการสำรวจความพิการ ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และนำข้อมูลเหล่านี้มาดำเนินการให้การฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็น (needs) โดยประสานกับเครือข่ายท้องถิ่นนั้น เป็นกระบวนการหนึ่งที่สนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ประสบปัญหา อันจะทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการ สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ตามอัตภาพของตนต่อไป

แนวทางการดำเนินงานโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ภายใต้สถานะความชุกโรคต่ำ

จากผลที่ได้จากการประเมินตามตัวชี้วัดและการอภิปรายผลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงเสนอแนวทางในการดำเนินงานโรคเรื้อน ในพื้นที่ 8 จังหวัดของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี ดังนี้

1. ด้านการค้นหาผู้ป่วยใหม่

เพื่อเป็นการตัดวงจรการแพร่โรค และป้องกันความพิการในผู้ป่วยรายใหม่ ควรดำเนินกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ตามลักษณะของพื้นที่ดังนี้⁽²²⁾

1.1 อำเภอที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ซึ่งได้แก่พื้นที่ที่

ก. พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกปี ติดต่อกันในรอบ 5 ปี

ข. มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก ปีใดปีหนึ่งในรอบ 5 ปี

ค. พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ปีใดปีหนึ่ง
ในรอบ 5 ปี โดยผู้ป่วยมียอดรวมตั้งแต่ 10 คน เป็นต้นไป
ให้ดำเนินการดังนี้

ก. สร้างความตระหนักเรื่องโรคเรื้อน ทั้ง
อำเภอปีละ 2 ครั้ง สำหรับอำเภอที่มีข้อบ่งชี้ ช+ค และ
ก+ช+ค ดำเนินการปีละ 4 ครั้ง

ข. คัดกรองผู้มีอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน
ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนในรอบ 5 ปี

ค. สำรวจหมู่บ้านแบบเร็วในหมู่บ้านที่มี
ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็กในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา

ง. ตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านทุกราย ของ
ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ปีละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา
10 ปี โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา

จ. สอบสวนโรคเมื่อพบผู้ป่วยใหม่

1.2 อำเภอที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา
แต่ยังมีผู้ป่วยโรคเรื้อนกำลังรักษาหรือมีผู้ป่วยในระยะ
เฝ้าระวัง ให้ดำเนินการดังนี้

ก. สร้างความตระหนักเรื่องโรคเรื้อน
ในช่วงสัปดาห์ราชประชาสมาสัย ปีละ 1 ครั้ง

ข. คัดกรองผู้มีอาการสงสัยเป็นโรค
เรื้อนในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในรอบ 5 ปี

ค. ตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านทุกราย
ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ปีละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา
10 ปี โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา

ง. สอบสวนโรคเมื่อพบผู้ป่วยใหม่

2. ด้านการดูแลรักษา

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ 8
จังหวัดของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี
มีจำนวนน้อย ดังนั้นการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน
ควรดำเนินการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
หรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้ป่วยมากกว่าที่อื่น ดังเช่น
ดำเนินการอยู่ ณ ปัจจุบัน และเพื่อลดภาระด้านเวลา
และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ควรอำนวยความสะดวกให้
ผู้ป่วยรับยา ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน ทั้งนี้ควรให้
ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน
ที่ผู้ป่วยไปรับยาถึงอาการแทรกซ้อน เช่น อาการข้างเคียง

ของยา ภาวะโรคเห่อ หรือภาวะเส้นประสาทอักเสบ
ที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหากมีปัญหา
เพื่อให้การรักษาอาการแพ้ยาที่อาจรุนแรง ให้การรักษา
อาการโรคเห่อหรืออาการเส้นประสาทอักเสบอย่างทัน
ด่วนที่ ก่อนเกิดการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาท
จนเกิดความพิการต่อไป

ในขณะที่โรงพยาบาลในพื้นที่ยังไม่พร้อม
ในการดูแลผู้ป่วยโรคแทรกซ้อน รวมถึงการป้องกันความ
พิการนี้ การคงไว้ซึ่งศูนย์สาธิตบริการ ณ สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี จึงเป็นสิ่งจำเป็น
ทั้งนี้เพื่อทำการดูแลรักษาโรคเรื้อนและอาการแทรกซ้อน
รวมถึงการป้องกันความพิการ ตลอดจนเป็นที่ปรึกษา
และให้คำแนะนำแก่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่
ต่อไป จนกระทั่งโรงพยาบาลในพื้นที่มีศักยภาพเพียงพอ
ในการเป็นหน่วยรับส่งต่อในส่วนของการป้องกัน
ความพิการ ควรมีการตรวจประเมินความพิการผู้ป่วย
โรคเรื้อนทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเชื่อมมากในกลุ่ม
Borderline ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะโรคเห่อ
และภาวะเส้นประสาทอักเสบ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญเสีย
หน้าที่ของเส้นประสาทอันเป็นความพิการขั้นปฐมภูมิ
จนนำไปสู่ความพิการขั้นทุติยภูมิ เช่น ตาบอด กระดูก
หดสั้น และเท้าตก เป็นต้น⁽²³⁾

จากข้อมูล 10 ปีย้อนหลัง สัดส่วนผู้พิการระดับ
2 ในผู้ป่วยรายใหม่สูง ผู้พิการระดับ 2 เหล่านี้ มีความ
จำเป็นต้องได้รับการสอนแนะให้ดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน
ความพิการที่อาจเพิ่มขึ้น ดังนั้นคลินิกป้องกันความพิการ
หรือการสอนแนะเรื่องความพิการ จึงมีความจำเป็น
อย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ควรมีการให้ความรู้ เพื่อปรับทัศนคติของ
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานซึ่งมีความรังเกียจโรคเรื้อน
ให้เข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยโรคเรื้อน และให้
การดูแลประเมินความพิการให้ผู้ป่วย เพื่อป้องกัน
ความพิการต่อไป

3. การฟื้นฟูสภาพ

ควรมีการขยายการสำรวจความพิการไปยัง

จังหวัดอื่น ๆ ในพื้นที่ เพื่อให้ทราบขนาดลักษณะปัญหา ความพิการ และปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจของผู้ประสบ ปัญหาจากโรคเรื้อนที่กำลังรักษาหรือรักษาหายแล้ว ทั้งนี้เพื่อให้การฟื้นฟูสภาพทางกาย และประสานกับ หน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลปัญหาด้าน สังคมเศรษฐกิจ อันจะเป็นการช่วยให้ผู้ประสบปัญหา จากโรคเรื้อนอยู่ในชุมชนได้ตามอัตภาพต่อไป

สำหรับจังหวัดกาญจนบุรี ที่ได้มีการสำรวจและ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสภาพแล้วนั้น ควรมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่มีการสำรวจฯ เพื่อเก็บรวบรวมเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการประสาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การฟื้นฟูสภาพต่อไป

4. การนิเทศ ติดตาม และประเมินผล

การนิเทศ ติดตาม และประเมินผล เป็น กระบวนการที่จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์และผลการ ดำเนินงานโรคเรื้อนในพื้นที่จังหวัดต่างๆ เพื่อจะได้ ประสานสนับสนุนในกรณีที่มีปัญหาได้อย่างทันที่ แต่เนื่องจากปัญหาของโรคเรื้อนเป็นปัญหขนาดเล็ก การนิเทศ ติดตาม และประเมินผล ควรมีการปรับ ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบท เพื่อความคุ้มค่า ในการดำเนินงาน เช่น การบูรณาการเข้ากับการ ดำเนินงานโรค หรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาในพื้นที่ที่มีสถานะความ ชุกโรคเรื้อนต่ำ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนจึงน้อย ในการ วิเคราะห์ตัวชี้วัดเป็นสัดส่วนหรือร้อยละจะทำให้มี การตีความหมายคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัย จึงได้วิเคราะห์จำนวนรายควบคู่ไปด้วย เพื่อการแปลผล ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่เป็นจริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มกักจัดโรคเรื้อนและกลุ่ม พัฒนาและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ สถาบันราชประชา สมายน์ ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณ คุณเปรมจันทร์ หงส์รัตน์ คุณโกเมศ อุนรัตน์ คุณศิริมาศ รอดจันทร์ ที่เป็นผู้อ่านงานวิจัยต้นฉบับ และให้ความเห็น

ในการปรับปรุง ขอขอบคุณ นายแพทย์รัชต์ วงศ์ตรึงคพันธ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมายน์ ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ramasoota T. Social problem of leprosy. Thai Journal of Medical Social Science 1982;3:69-81.
2. Ramasoota T. The textbook of leprosy. Bangkok: New Tamada Press; 1992.
3. World Health Organization Expert Committee on leprosy. 6th report. Technical report series no.768. Geneva: World Health Organization; 1998.
4. Jacobson RR, Hasting RC. Primary sulphone resistant. Int J Lepr 1978;46:116
5. Ramasoota T, Rungruang S, Sampatavanich S, Rajamipraba K, Kongsoebchart K, Sampoonachot P. Preliminary study on dapsone resistant leprosy in Thailand. Thai Journal of Public Health 1983;2:115-27.
6. World Health Organization. Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes. Technical report series no.675. Geneva: World Health Organization; 1982.
7. Ramasoota T. Progress and practices relating to Multidrug Therapy recommended by a WHO study group. Thai Journal of Medical Council 1989;10:S13.
8. World Health Organization. The use of essential drugs. Technical report series no.867. Geneva: World Health Organization; 1997.
9. Ramasoota T. 40 years of pioneering and development towards the elimination of leprosy in Thailand. Bangkok: Srimuang Press; 1998.
10. กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานวิจัย. รายงานประจำปี

- 2555 สถาบันราชประชาสมาสัย. นนทบุรี: ชุมชน-สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
11. The International Federation of Anti-leprosy Association (ILEP). Medico-Social Commission. The interpretation of epidemiological indicators in leprosy. London: ILEP; 2001.
12. World Health Organization. Strategy development and monitoring for eradication and elimination team. How to monitor leprosy elimination in your working area. Geneva: World Health Organization; 2001.
13. Kumar Anil, Girdhar B K. Is increasing MB ratio a positive indicator of declining leprosy? J Commun Dis 2006;38:24-31.
14. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี. ผลการดำเนินงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี. การประชุมเชิงปฏิบัติการปรัญยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน; 22-25 มิถุนายน 2551; ทอแสงริสอร์ท, อุบลราชธานี. ราชบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี; 2551.
15. พจนา ธิญญิตติกุล. สรุปการดำเนินงานโรคเรื้อนการสำรวจความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพทางกายสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเรื้อน. จ.กาญจนบุรี; 24-27 กรกฎาคม 2554; ร.ร.ฮอติเตย์อินน์, เพชรบุรี. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2554.
16. กลุ่มพัฒนาและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ. สรุปผลการประชุมเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้พิการจากโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2555.
17. สถาบันราชประชาสมาสัย. รายงานผลการนิเทศงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี; 24-26 มกราคม 2549; นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2549.
18. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี. สรุปผลการดำเนินงานโรคเรื้อนในการประชุมการดำเนินงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี; 2 เมษายน 2551; ประจวบคีรีขันธ์. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2551.
19. สถาบันราชประชาสมาสัย. รายงานผลการนิเทศงานโรคเรื้อน ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี 28-29 พฤษภาคม 2555. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2555.
20. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี. รายงานผลการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนด้วยเงินสนับสนุนจาก NLR. ราชบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี; 2555.
21. World Health Organization Expert Committee on leprosy. 8th report. Technical report series no. 968. Geneva: World Health Organization; 2012.
22. กลุ่มกำจัดโรคเรื้อน. การดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย; 2556.
23. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน. ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2550.