



วารสาร

สถาบันราชประชาสมาสัย

Journal of Raj Pracha Samasai Institute



สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค

Raj Pracha Samasai Institute
Department of Disease control

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 เมษายน - กันยายน 2557

Vol. 7 No. 1 April - September 2014

ISSN 1685-8964

วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย

จัดทำโดย

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ความก้าวหน้าการดำเนินงานต่างๆ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อน โรคผิวหนัง โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของสถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การเคลื่อนไหวและดำเนินงานของสถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเป็นสื่อและเวทีกลาง ในการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเพื่อการแสดงรวมทั้งแลกเปลี่ยนทัศนะ และหน่วยงานตลอดจนชุมชนและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ที่ปรึกษา

1. ประธานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์
2. อธิบดีกรมควบคุมโรค
3. รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
4. ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค
5. ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย
6. ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายมานิจ ชนินพร

สำนักงาน

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค 15 ม. 7 ถ.ปู่เจ้าสมิงพราย ต.บางหญ้าแพรก
อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ 10130 โทร. 0 2386 8153 โทรสาร 0 2754 4802

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัดสาขา 4 44/16 - 17 ถ. เลี้ยวเมืองฯ
ต. ตลาดขวัญ อ. เมืองนนทบุรี จ. นนทบุรี 11000 โทร. 0 2525 4807 - 9 โทรสาร 0 2525 4855

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

"วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย" มีนโยบายเผยแพร่วิชาการทางโรคเรื้อรังและเรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยสนับสนุนให้บทความส่วนใหญ่เป็นภาษาไทย และมีบทความเป็นภาษาอังกฤษ ในกรณีที่เรื่องเป็นภาษาอังกฤษ จะมีบทความเป็นภาษาไทย การให้ภาษาไทย ให้ยึดหลักของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ ให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่อง ภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ชื่อของเชื้อจุลินทรีย์ให้พิมพ์ตัวเอน ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา

ประเภทของบทความ

บทความที่ส่งมาตีพิมพ์อาจเป็น นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) รายงานผู้ป่วย (case report) บทความฟื้นฟูวิชาการ (review article) บทความจากการประชุม ปกิณกะ ย่อเอกสาร จดหมายถึงบรรณาธิการ และบทความประเภทอื่นที่เหมาะสม บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ใน "วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย" ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น

การเตรียมต้นฉบับ

การพิมพ์ต้นฉบับใช้กระดาษสีขาวขนาด $21\frac{1}{2} \times 28$ ซม. ($8\frac{1}{2} \times 11$ นิ้ว) หรือกระดาษ ISO A4 พิมพ์หน้าเดียว พิมพ์ตามหัวข้อต่อไปนี้ด้วยฟอนต์ Cordia UPC

1. Title pages ให้พิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแต่ละภาษา ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง

1.2 ชื่อผู้พิมพ์ทุกท่าน ทั้งชื่อตัวและ ชื่อสกุล พร้อมทั้งคุณวุฒิ (สูงสุด)

1.3 สถานที่ทำงาน

2. บทคัดย่อ (Abstract) และคำสำคัญ (Key words)

2.1 บทคัดย่อ (Abstract) ด้านบทความที่เป็นภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 150 คำ และบทคัดย่อภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ ด้านบทความที่เป็นภาษาไทย บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 150 คำ

2.2 ระบุ key words หรือ short phrases 2-5 คำ

3. เนื้อเรื่อง

3.1 นิพนธ์ต้นฉบับและรายงานผู้ป่วยใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษก็ได้

3.2 บทความฟื้นฟูวิชาการ ใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และภาษาอังกฤษถ้าต้องการ

3.3 บทความนิพนธ์ต้นฉบับ ประกอบด้วย บทนำ (Introduction) วัตถุประสงค์ (objectives) วัสดุและวิธีการ (materials and methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion)

3.4 ย่อเอกสาร ควรย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์มาไม่เกิน 3 ปี ความยาวไม่เกินหนึ่งหน้า

3.5 บทความประเภทอื่น การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่อง ให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

5. เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver ใส่หมายเลขเรียงลำดับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ไม่เรียงตามตัวอักษรของผู้พิมพ์ การย่อชื่อวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

5.1 บทความธรรมดาใส่ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน ถ้ามีจำนวน 6 คน หรือน้อยกว่า (ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรกตามด้วย et al.) โดยใส่ชื่อสกุลก่อนและใช้เครื่องหมายวรรคตอนดังตัวอย่าง

Sorter NA, Wasserman TL, Austen KF. Cold urticaria : release into the circulation of histamine and eosinophil chemotactic factor of anaphylaxis during cold challenge. N Engl J Med 1976; 274 : 687-90.

ถ้าเอกสารเป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อก่อนนามสกุลดังนี้

สมพนธ์ บุญยคุปต์. ไวรัสตับอักเสบบี : 3 ระบาดวิทยาและการเกิดพยาธิสภาพ. แพทยสภาสาร 2518; 4 : 165-71.

5.2 ผู้พิมพ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน

The Committee on Enzymes of the Scandinavian Society for Clinical Chemistry and Clinical Physiology.

Recommended method for the determination of gamma-glutamyltransferase in blood. Scan J Clin Lab Invest 1976; 36 : 119-25.

หนังสือ

5.3 ผู้นิพนธ์คนเดียว

Osler AG. Complement : mechanisms and functions. Englewood Cliffs : Prentice- Hall, 1976.

5.4 ผู้นิพนธ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน

American Medical Association Department of Drugs. AMA drug evaluations. 3rd ed. Littleton : Publishing Sciences Group, 1977.

5.5 ผู้นิพนธ์หลายคน แต่มีบรรณาธิการ หรือหัวหน้าในการเขียนนั้น

Rhodes AJ, Van Rooyen CE, comps. Textbook of virology : for students and practitioners of medicine and the other health sciences. 5th ed. Baltimore : Williams and Wilkins, 1967.

5.6 อ้างเฉพาะบทใดบทหนึ่ง

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In : Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology : mechanisms of disease. Philadelphia : WB Saunders. 1974 : 457-72.

5.7 รายงานของหน่วยงาน

National Center for Health Statistics. Acute conditions : incidence and associated disability, United States July 1968-June 1969. Rockville, Md : National Center for Health Statistics, 1972. (Vital and health statistics. Series 10 : Data from the National Health Survey, No 69) [DHEW publication No (HSM) 72-1036].

เอกสารอื่น ๆ

5.8 บทความจากหนังสือพิมพ์รายวัน

Shaffer RA. Advances in chemistry are starting to unlock mysteries of the brain : discoveries could help cure alcoholism and insomnia, explain mental illness. How the messengers work. Wall Street Journal 1977 Aug 12 : 1 (col 1), 10 (col 1).

5.9 บทความจากวารสารรายปักษ์ หรือวารสารรายเดือน

Rouche B. Annals of Medicine : The Santa Claus culture. The New Yorker 1971 Sept. 4 : 66-81.

6. ตาราง (Table) พิมพ์เป็นแผ่นแยกต่างหาก แผ่นละตารางเรียงลำดับก่อนหลังตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง คำบรรยายภาพถ้าเป็นบทความภาษาไทยให้ใช้ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษอย่างใดอย่างหนึ่ง เรียงลำดับภาพตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ภาพประกอบ ภาพถ่ายใช้ post card ขนาด 3x5 นิ้ว (ทำเครื่องหมายแสดงขอบบนของภาพ และลำดับที่ของภาพบน sticker พร้อมทั้งชื่อผู้นิพนธ์ แล้วติดที่หลังภาพ) คำบรรยายใต้ภาพให้พิมพ์ในกระดาษอีกแผ่นหนึ่งส่งมาพร้อมกับภาพ สำหรับแผนภาพและกราฟ ให้เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษอาร์ต

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับ 2 ชุด และแผ่นข้อมูล (diskette) พร้อมจดหมายแจ้งด้วยว่าเป็นบทความประเภทใด

สถานที่ส่งต้นฉบับ

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
15 ม. 7 ถ.ปู่เจ้าสมิงพราย ต.บางหญ้าแพรก
อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ 10130
โทร. 0 2386 8153 โทรสาร 0 2754 4802

การรับเรื่องต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมา กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ทราบ เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการ จะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้นิพนธ์ จำนวน 5 ชุด และกองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ที่จะปรับแก้ไขต้นฉบับ ให้ถูกต้องและเหมาะสมตามคำแนะนำ และวัตถุประสงค์ของวารสารนี้

ความรับผิดชอบ

เนื้อหาบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสาร ถือเป็นความคิดเห็นของผู้นิพนธ์เท่านั้น กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยหรือรับผิดชอบแต่ประการใด

บทบรรณาธิการ
โรคเรื้อนกับมุมมองของประชาชนต่อการบริหารจัดการและ
การเข้าร่วมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่าน ก่อนอื่นต้องขอแนะนำตัวก่อนนะคะ ดิฉันชื่อฉวีวรรณ บุญสุยา ค่ะ ปัจจุบันสอนอยู่ที่ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พอได้รับการติดต่อจากศิษย์เก่าท่านหนึ่งให้ช่วย รับเป็นบรรณาธิการวารสารวิชาการของหน่วยงานให้หน่อย เพราะบรรณาธิการท่านก่อน (ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต) มีปัญหาสุขภาพทำให้ไม่สะดวกในการดูแลวารสาร ก็คิดอยู่นานเหมือนกันว่า จะรับได้มั้ย? จะมีเวลาหรือเปล่า? เพราะตลอดเวลาที่มีนักศึกษามาปรึกษาตลอด แต่คิดว่าเป็นเรื่องน่าท้าทาย และจะได้นำความรู้ด้านการทำวิจัย มาใช้ให้เกิดประโยชน์

วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย ฉบับนี้ประเดิมด้วย การศึกษาความคิดเห็นของผู้อาศัยในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญต่อการบริหารจัดการด้านต่างๆ และการเข้าร่วมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในกลุ่มประชากร 3 กลุ่ม ซึ่งมีช่วงอายุต่างกัน ว่ามีมุมมองเป็นอย่างไร และอีกเรื่องหนึ่งก็คือ ผลการจัดรณรงค์สัปดาห์ราชประชาสมาสัย ปี 2557 ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละพื้นที่ๆ เป็นตัวแทนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 แห่งทั่วประเทศ โดยแบบสอบถาม ผลการศึกษาของทั้ง 2 เรื่องสามารถติดตามได้ในวารสารฉบับนี้ค่ะ

ในฐานะที่รับเป็นบรรณาธิการวารสารสถาบันราชประชาสมาสัย ดิฉันต้องหาข้อมูลเกี่ยวกับสถาบันราชประชาสมาสัย และโรคเรื้อนทั้งจากเว็บไซต์หรืออาจารย์ท่านอื่น ทำให้รู้ว่าโรคเรื้อนเป็นโรคที่ทำให้เกิดความรังเกียจกลัว (Stigma) และสถานการณ์ความชุกของโรคมีแนวโน้มลดต่ำลง ประกอบกับโรคเรื้อนยังไม่สามารถเพาะเชื้อในหลอดทดลองได้ ดังนั้นการที่จะทำอะไรเกี่ยวกับโรคเรื้อนนั่นทำได้ยาก และสถาบันฯ ก็มีอีกหนึ่งภารกิจ นั่นก็คือ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม นับว่ามีความสำคัญเช่นกัน

ท้ายที่สุดนี้ ดิฉันหวังว่าจะใช้ความรู้และประสบการณ์ ที่มีอยู่ให้คำแนะนำ หรือข้อเสนอแนะหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทุกท่านที่สนใจจะทำการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นโรคเรื้อนหรือโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างคุณค่าให้กับผลงานที่ทำ

ฉวีวรรณ บุญสุยา
(รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา)
บรรณาธิการวารสารสถาบันราชประชาสมาสัย

วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย

Journal of Raj Pracha Samasai Institute

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 เมษายน – กันยายน 2557 Vol.7 No.1 April – September 2014

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
นิพนธ์ต้นฉบับ Original article	
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	
บทบรรณาธิการ	
ความคิดเห็นของประชาชนในนิคมโรคเรื้อน อำนาจเจริญ	1
เพื่อรองรับการบริหารจัดการผลกระทบในการ บูรณาการสู่ชุมชนปกติ	
สุรพล ชาวงษ์ และคณะ	
คนไทยจะเลิกกินปลาปรุงดิบ หรือ ปรุงดิบๆ สุกๆ... ได้จริงหรือ?? ความรู้ และพฤติกรรมป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	17
พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ	
ลดตราบาปของโรคเรื้อน เพิ่มความเท่าเทียมและ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยการบูรณาการนิคมโรคเรื้อน สู่ชุมชนทั่วไปเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหา จากโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน	21
โกเมศ อุณรัตน์	
บทความวิชาการ	
WHO Expert Committee on Leprosy Eight report	25
ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์	
ท่านถาม – เราตอบ	37
หลักสูตรการฝึกอบรม สถาบันราชประชาสมาสัย	38
สุชัยสินี ฤทธิ์จรูญโรจน์	

**ความคิดเห็นของประชาชนในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ
เพื่อรองรับการบริหารจัดการผลกระทบในการบูรณาการสู่ชุมชนปกติ
(Management upon Integration of the leprosy Colony
to General Community from People's Perspective Ammatcharoen Leprosy Colony)**

นายสุรพล ชาวงษ์, คบ. (สุขศึกษา)	Surapon Chawong* B. Ed. (Health Education)
นายเพ็ชรบูรณ์ พูลผล, วทม. (ปรสิตวิทยา)	Petchaboon Poolphol* M. Sc. (Parasitology)
นางวลีรัตน์ ลายประดิษฐกร, วทม. (ปรสิตวิทยา)	Waleerat Laipradithakorn* M. Sc. (Parasitology)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7	Office of Disease Prevention and Control Region 7,
จังหวัดอุบลราชธานี	Ubon Ratchathani Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญต่อการบริหารจัดการการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญสู่ชุมชนทั่วไป เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ และจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านบริการพื้นฐานภาครัฐ และด้านการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ $t - test$

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 183 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 15 -25 ปี ร้อยละ 36.61 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 48.08 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 34.97 รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัว 4 คน ร้อยละ 32.79 ระยะเวลาที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนนี้ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 28.96 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 34.43 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 36.07 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ได้รับต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 34.97 ผลการสนทนากลุ่มเพื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชนในนิคมต่อการบริหารจัดการการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนทั่วไป ในประชากรที่ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มโดยใช้คุณลักษณะด้านการศึกษาและอายุเป็นเกณฑ์ คือ ช่วงอายุ 15 - 25 ปี (ที่กำลังศึกษา) จัดอยู่ในกลุ่มวัยเรียน จำนวน 59 ราย อายุ 26 - 58 ปี อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 63 ราย และ อยู่ในกลุ่มวัยสูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 59 ปี ขึ้นไป จำนวน 61 รายตามลำดับ พบว่า ทุกกลุ่มวัยมีความกังวลโดยเฉพาะความชัดเจนในการบูรณาการสู่ชุมชนทั่วไป และคิดว่ามีผลกระทบกับเรื่องที่อยู่อาศัย การถือครองที่ดิน ที่นาที่ทำกิน ผลประโยชน์ที่เคยได้รับ ภาระค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้น ตามลำดับ

ดังนั้น การบริหารจัดการผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้น กรมควบคุมโรค ควรจัดเวทีสาธารณะ เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านความพร้อมบูรณาการสู่ชุมชนทั่วไป ลำดับแรกควรบริหารจัดการผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ วางแผนติดตามประเมินผลเป็นระยะ เชิญชวนภาคเอกชนร่วมทำกิจกรรมลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมในการแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น การให้ทุนการศึกษา การอบรมอาชีพ จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ และจัดหาอาสาสมัครพัฒนาในนิคมอำนาจเจริญอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

Abstract

The cross-sectional study was to evaluate people perspective in Ammatcharoen leprosy colony towards an administration and management upon Integration of the leprosy colony to general community. Data was collected by using survey questionnaire and the focus group discussion. The descriptive statistics was used and student t – test to compare mean average between groups of samples.

The results showed that all of 183 samples divided to 3 groups as older group, working group and student group were 61, 63 and 59 samples, respectively. It was found that the opinions of all groups to these impacts were analyses on moderate to high level. The student group and patient/old age group were opinion impact on much and moderate level with mean average (SD) 3.82 (0.95), 3.47 (0.99), and 3.40 (0.90), respectively. Firstly of opinion on impact were follow with residential, migration, problem in community, quality health services, education opportunities, occupation and competition when becoming on Asian Economic Community, respectively. This was correspondence with results of focus group discussion that all of opinions were concerned about impact following from the residential, the tenancy of land, rice field, benefit which had been received and increased of expense, respectively. Neither the opinions impact of patient/old age group and working age group was did not differ significantly between groups ($P = 0.001$) nor was student group statistical significance different ($P = 0.000$).

Therefore, an administrative management by Disease Department should be set the public stage for stakeholder to sharing and decision on Integration of the leprosy colony to normal community. Firstly, should be administrative management social economic impact, planning for monitor and evaluation, invite the None Government Organization to participate in activity to reduce social inequality examples as provide scholarship, vocational training, establishment of learning centers and strengthening volunteers with continuing and sustainable.

คำสำคัญ : การบริหารจัดการ นิคมโรคเรื้อน ชุมชนทั่วไป ผลกระทบ

Keyword : management, leprosy colony, general community, impact

บทนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังซึ่งมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่ผิวหนังและเส้นประสาทรับรู้ความรู้สึกส่วนปลาย ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อนหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดความพิการเนื่องจากเส้นประสาทส่วนปลายสูญเสียหน้าที่ ทำให้เกิดความพิการของตา มือ และเท้า ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ แม้ว่าผู้ป่วยจะรักษาหายแล้วก็ตามแต่ความพิการจากการที่เส้นประสาทถูกทำลายยังคงมีอยู่ ผู้ป่วยอาจถูกรังเกียจจากครอบครัว ชุมชนและสังคม ประกอบกับข้อจำกัดของร่างกายที่เกิดความพิการทำให้ประสบปัญหาในการประกอบอาชีพ รายได้ไม่เพียงพอทำให้ต้องเร่ร่อน เกิดปัญหาทางจิตใจและสังคมตามมา ด้วยพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงมีพระเมตตาห่วงใยผู้ป่วยโรคเรื้อน ทรงรับสั่งให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดโครงการควบคุมโรคเรื้อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาไม่ให้แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ โดยจัดให้มีที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อน ที่ถูกครอบครัวหรือสังคมรังเกียจ เรียกว่า นิคมโรคเรื้อน ซึ่งกระจายอยู่ทั่วประเทศ ปัจจุบันมี 13 นิคม โดยอยู่ในความรับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้ปกครองนิคม ทำหน้าที่การบริหารภายในนิคม การสนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับสมาชิกในนิคม ได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรค เป็นค่าอาหาร เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ เงินฌาปนกิจเมื่อสมาชิกในนิคมเสียชีวิต แต่สวัสดิการอื่นๆที่ควรจะได้รับจากรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ และเบี้ยเลี้ยงยังชีพสำหรับผู้พิการ ไม่ได้รับสิทธิเนื่องจากขัดกับหลักกฎหมาย เพราะกฎหมายกำหนดว่า ผู้ที่รัฐจัดที่อยู่อาศัยให้จะไม่ได้รับสิทธิดังกล่าว ทำให้สมาชิกในนิคมสูญเสียสิทธิอันชอบธรรมนี้ รวมถึงการได้รับการพัฒนาด้านสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานก็ทำได้

ยาก เนื่องจากข้อจำกัดด้านพื้นที่รับผิดชอบ มีโอกาสเข้าถึงบริการของภาครัฐอย่างเท่าเทียมตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งสถานการณ์โรคเรื้อนปี พ.ศ. 2555 มีอัตราความชุก 0.09 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2556 จากรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 สำนักระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-29 มิถุนายน 2556 พบผู้ป่วย 35 ราย จาก 14 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.05 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้สืบสานพระราชปณิธานบูรณาการโอนถ่ายนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนปกติ โดยเริ่มที่นิคมปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เป็นแห่งแรก ในปี พ.ศ. 2555 และในปี พ.ศ. 2556 มีเป้าหมาย 4 แห่ง ได้แก่ นิคมดงทับ จังหวัดจันทบุรี นิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด นิคมบ้านหัน จังหวัดมหาสารคาม และนิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน โดยหวังให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในนิคมโรคเรื้อนได้หลอมรวมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมชุมชน ซึ่งการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนปกติ แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นแรกคือการลงพื้นที่เพื่อสื่อสารทำความเข้าใจกับคนในนิคม จากนั้นจึงวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนให้เป็นชุมชนปกติ ด้วยการจัดเวทีสาธารณะเพื่อให้ชาวบ้านในนิคมมีส่วนร่วมและสามารถซักถามข้อสงสัยจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล กรมธนารักษ์ ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นต้น ขั้นตอนสุดท้ายจะมีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ในการพัฒนาชุมชน โดยยึดหลัก “ระบบปกตินอกชุมชนมีอะไร ในชุมชนต้องมีอย่างนั้นด้วย”

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญซึ่งเป็น 1 ใน 13 นิคมทั่วประเทศ ให้เป็นชุมชนปกติ จึงสนใจศึกษาความคิดเห็นของประชาชนในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ ซึ่งเป็นนิคมขนาดใหญ่ที่ผู้ปกครองนิคมมีแผนจะการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญสู่ชุมชนทั่วไป เพื่อ

ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนบริหารจัดการผลกระทบเตรียมความพร้อมรองรับการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญในการบริหารจัดการการบูรณาการนิคม สู่ชุมชนทั่วไปในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมที่อยู่อาศัย ด้านบริการพื้นฐานภาครัฐ (การศึกษา ระบบสาธารณสุข โภค การสาธารณสุข) และด้านการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

นิยามศัพท์

นิคมโรคเรื้อน หมายถึง พื้นที่ หรือสถานที่ที่ รัฐจัดให้ ผู้ป่วยโรคเรื้อน หรือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ประสบปัญหาถูกรังเกียจจากคนทั่วไป ชุมชน สังคมอาศัยอยู่โดยไม่เก็บค่าเช่า

ความคิดเห็น หมายถึง มุมมองด้านความคิด ด้านความเห็น ความรู้สึก การแสดงออก การคาดคะเนหรือทัศนะส่วนบุคคล ของผู้ที่อาศัยอยู่ในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ

วัยเรียน หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาทั้งในระบบโรงเรียนและนอกระบบโรงเรียนที่มีอายุระหว่าง 15 – 25 ปี และอาศัยในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ

วัยทำงาน หมายถึง ผู้ที่มีรายได้จากการประกอบอาชีพและอาศัยอยู่ในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ

วัยผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ

การบริหารจัดการ หมายถึง ข้อเสนอแนะหรือแนวทางที่ได้จากการรวบรวมวิเคราะห์ความคิดเห็นของประชาชนที่อาศัยอยู่ในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญที่ส่งผลต่อการบูรณาการนิคมสู่ชุมชน

ทั่วไปเพื่อใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการในการลดผลกระทบต่อชุมชนในด้านต่างๆจากแนวคิดของคนในชุมชนรองรับการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนทั่วไป

ผลกระทบ หมายถึง ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาหลังจากการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนทั่วไป โดยผู้วิจัยได้แบ่งผลกระทบออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการให้บริการพื้นฐานภาครัฐ และด้านการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ หมายถึง ผลที่ตามมาจากการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญสู่ชุมชนปกติ ต่อประชาชนในนิคมโรคเรื้อน ต่อรายรับ รายจ่าย ภาระหนี้สิน ค่าครองชีพ

ผลกระทบด้านสังคมที่อยู่อาศัย หมายถึง ผลที่ตามมาจากการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญสู่ชุมชนปกติ ต่อประชาชนในนิคมโรคเรื้อน ด้านการย้ายถิ่น ที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในชุมชน ปัญหาชุมชน

ผลกระทบด้านบริการพื้นฐานภาครัฐ หมายถึง ผลที่ตามมาจากการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญสู่ชุมชนปกติ ต่อประชาชนในนิคมโรคเรื้อน ต่อระบบสาธารณสุข โอกาสด้านการศึกษา และด้านสาธารณสุข

ผลกระทบด้านการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน หมายถึง ผลที่ตามมาจากการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญสู่ชุมชนปกติ ต่อประชาชนในนิคมโรคเรื้อน ในด้านโอกาสในการสร้างรายได้ การหางานทำ และด้านการแข่งขันกับประเทศเพื่อนบ้าน

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงสำรวจ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (Cross-sectional survey) ในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ ประชากรที่ศึกษาคือตัวแทนของสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ จำนวน 183 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากจำนวนหลังคาเรือนที่อาศัยอยู่ในนิคมโรคเรื้อน การแบ่งกลุ่ม

ตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทำโดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งส่วน (quota sampling) ที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน (Homogeneous) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 59 ปีขึ้นไป) จำนวน 61 ตัวอย่าง กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 26 - 58 ปี) จำนวน 63 ตัวอย่าง และกลุ่มวัยเรียน (อายุ 15 - 25 ปี) จำนวน 59 ตัวอย่าง เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและการสนทนากลุ่ม โดยเลือกตัวแทนในแต่ละกลุ่มๆ ละ 10-12 คน ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนในด้านเศรษฐกิจ สังคม การบริการพื้นฐานภาครัฐ และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (ANOVA) การแบ่งระดับความคิดเห็นมีเกณฑ์ดังนี้ ค่าเฉลี่ยในช่วง 1.00-1.80, 1.81-2.60, 2.61-3.40, 3.41-4.20 และ 4.21-5.00 แปลผลค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นว่าส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการน้อยมาก, น้อย, ปานกลาง, มาก และมากที่สุด ตามลำดับ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างครัวเรือนในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้ง 3 กลุ่มอายุ จำนวน 183 คน เพศชาย ร้อยละ 53.3 เพศหญิง ร้อยละ 49.7 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 15 - 25 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 60 - 69 ปี และกลุ่มผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป น้อยที่สุด สถานภาพ สมรสแล้วมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาโสด และกลุ่มหย่าร้างน้อยที่สุด สมาชิกในครอบครัวมีตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป มากที่สุด รองลงมามีจำนวนสมาชิก 4 คน และกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิก 1 คน มีน้อยที่สุด ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยเป็นระยะเวลานาน 31 - 40 ปี ร้อยละ 29 รอง

ลงมาคือ ผู้ที่อาศัยเป็นระยะเวลา 21 - 30 ปี ร้อยละ 25 และ ผู้ที่อาศัยเป็นระยะเวลา 41 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 22 และ กลุ่มที่อาศัยในชุมชนต่ำกว่า 10 ปี มีน้อยที่สุด ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 มีจำนวนใกล้เคียงกับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มากที่สุด รองลงมาไม่ได้รับการศึกษา กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีจำนวนน้อยที่สุด กลุ่มที่ประกอบอาชีพทำไร่/ทำนา มากที่สุด รองลงมารับจ้าง น้อยที่สุดคือรับราชการซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับพนักงานรัฐวิสาหกิจ สำหรับด้านรายได้ กลุ่มที่มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท มีมากที่สุด รองลงมากลุ่มที่มีรายได้ 10,001 - 20,000 บาท และมีจำนวนน้อยที่สุด คือกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับรายได้ระหว่าง 20,001 - 30,000 บาท

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ จำนวน 183 ราย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	91	49.7
ชาย	92	53.3
กลุ่มวัย		
วัยเรียน	59	32.3
วัยทำงาน	63	34.4
วัยสูงอายุ	61	33.3
สถานภาพการสมรส		
โสด	78	42.6
คู่	88	48.1
ม่าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	11	9.3
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)		
อยู่คนเดียว	5	2.7
2 – 3	54	29.5
4 – 5	60	32.9
5 คนขึ้นไป	64	34.9
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน (ปี)		
น้อยกว่า 10	12	6.6
11– 20	31	16.9
21 – 30	46	25.1
31 – 40	53	29.0
41 ปี ขึ้นไป	41	22.4
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	58	31.7
มัธยมศึกษา	63	34.5
อนุปริญญา – ประกาศนียบัตร	18	9.8
ปริญญาตรี	9	4.9
ไม่ได้ศึกษา	35	19.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การประกอบอาชีพ		
เกษตรกรกรรม	66	36.1
ค้าขาย	26	14.2
รับจ้าง	60	32.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	1.6
ธุรกิจส่วนตัว	9	4.9
งานบ้าน	19	10.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	64	34.8
5,001 - 10,000	60	32.8
10,001 - 15,000	10	5.5
15,001 - 20,000	49	26.9

ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม การบริการพื้นฐานภาครัฐและการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในมุมมองของประชาชนที่อาศัยในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ

ในภาพรวมทุกกลุ่มวัยได้รับผลกระทบในทุกด้านในระดับปานกลางถึงระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.4 - 3.8) แต่เมื่อวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มวัย พบว่า กลุ่มวัยเรียนได้รับผลกระทบมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.8) รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยทำงาน ค่าเฉลี่ย 3.4 และ 3.4 ตามลำดับ ส่วนผลกระทบรายด้าน พบว่าด้านสังคม เป็นด้านที่ส่งผลกระทบสูงต่อทุกกลุ่มวัยในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยกลุ่มวัยสูงอายุ วัยทำงาน และวัยเรียน 3.4, 3.5 และ 3.9 ตามลำดับ) รองลงมาคือด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มวัยเรียน กลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับผลกระทบในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.6 และ 3.4) และวัยทำงานได้รับผลกระทบในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.3) สำหรับผลกระทบด้านการให้บริการพื้นฐานภาครัฐ และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่าได้รับผลกระทบใกล้เคียงกันในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยกลุ่มวัยเรียน ได้รับผลกระทบมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.8 และ 3.7) รองลงมาคือ วัยผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 3.4 และ 3.5) และวัยทำงาน (ค่าเฉลี่ย 3.3 และ 3.2) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลกระทบเป็นรายประเด็นในแต่ละด้านพบว่าด้านสังคมประเด็นที่ได้รับผลกระทบสูงสุด ได้แก่ ปัญหาที่อยู่อาศัย (ค่าเฉลี่ย 4.0) ด้านเศรษฐกิจ ประเด็นที่ได้รับผลกระทบสูงสุด ได้แก่ ประเด็นการพัฒนาอาชีพตนเองหรือคนในชุมชนนิคมฯ (ค่าเฉลี่ย 3.9) ด้านการให้บริการพื้นฐานภาครัฐประเด็นที่ได้รับผลกระทบสูงสุด ได้แก่ ประเด็นด้านสาธารณสุข (ค่าเฉลี่ย 3.9) และด้านการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ประเด็นที่ได้รับทั้งผลกระทบสูงสุด ได้แก่ การสร้างรายได้และการหางานทำ (ค่าเฉลี่ย 4.0) (ตารางที่ 2)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติของค่าเฉลี่ยความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุ วัยทำงาน และวัยเรียนต่อการบริหารจัดการผลกระทบเพื่อรองรับการบูรณาการนิคมอำนาจเจริญเป็นชุมชนทั่วไป พบว่า

1. ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มวัยทำงาน ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น ต่อการบริหารจัดการผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการให้บริการพื้นฐาน และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($P = 0.185$)

2. ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มวัยเรียน ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น ต่อการบริหารจัดการผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการให้บริการพื้นฐาน และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$)

3. ระหว่างกลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยเรียน ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น ต่อการบริหารจัดการผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการให้บริการพื้นฐาน และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.000$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการบริหารจัดการผลกระทบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยเรียน จำแนกตามความคิดเห็นด้านต่างๆ

ผลกระทบ	กลุ่มผู้สูงอายุ (61 ตัวอย่าง)		กลุ่มวัยทำงาน (63 ตัวอย่าง)		กลุ่มวัยเรียน (59 ตัวอย่าง)		p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ภาพรวม	3.47	0.99	3.40	0.90	3.82	0.95	0.001
ด้านเศรษฐกิจ	3.49	0.89	3.31	0.89	3.67	0.90	0.001
1. ด้านอาชีพ	3.32	0.90	3.17	0.88	3.99	0.76	
2. ด้านรายได้/หนี้สิน	3.65	0.83	3.39	0.80	3.37	0.96	
3. ด้านการถือครองที่ดิน	3.49	0.94	3.37	0.99	3.66	0.99	
ด้านสังคม	3.48	1.08	3.54	0.89	3.97	0.92	0.001
1. ด้านการย้ายถิ่น	3.43	1.03	3.32	0.91	4.04	0.83	
2. ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน	3.34	1.03	3.28	0.88	3.92	1.02	
3. ด้านที่อยู่อาศัย	3.84	1.09	3.79	0.74	4.0	0.78	
4. ด้านปัญหาในชุมชน	3.32	1.15	3.77	1.02	3.90	1.06	
ด้านการให้บริการพื้นฐานภาครัฐ	3.43	0.96	3.33	0.88	3.80	1.08	0.001
1. ด้านโอกาสในการศึกษา	3.50	1.08	3.30	0.86	3.80	1.28	
2. ด้านระบบสาธารณสุขโรค	3.10	0.82	3.00	0.90	3.70	0.97	
3. ด้านการสาธารณสุข	3.70	0.98	3.70	0.87	3.90	0.99	
การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน	3.50	1.02	3.28	1.00	3.70	0.84	0.001
1. การสร้างรายได้/การหางานทำ	3.75	0.91	3.30	0.88	4.06	0.74	
2. การแข่งขัน	3.24	1.04	3.26	0.98	3.72	0.95	
3. โอกาสและผลประโยชน์ที่ได้	3.51	1.11	3.27	1.15	3.33	0.65	

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการบริการพื้นฐาน ภาครัฐ

และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จากการระดม
ความคิดเห็นผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม

จากการระดมความคิดเห็นของตัวแทนจาก
ทุกกลุ่มวัยผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus
group discussion) ต่อการบริหารจัดการด้าน
เศรษฐกิจ สังคม การบริการพื้นฐานภาครัฐ การเข้า
สู่ประชาคมอาเซียนในภาพรวม พบว่า ด้านเศรษฐกิจ
ส่วนใหญ่เคยได้ยินการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนเป็น
ชุมชนทั่วไปแต่ยังไม่ทราบรายละเอียดที่ชัดเจน ใน
ขณะที่กลุ่มวัยเรียนส่วนใหญ่ไม่เคยทราบมาก่อน
โดยรวมมีความคิดเห็นว่า “การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่
ดี คิดว่าค่อยเป็นค่อยไป มีการเตรียมความพร้อม
ในด้านต่างๆก่อน ไม่ใช่เปลี่ยนทันทีทันใดโดยไม่ให้
ตั้งตัว และที่สำคัญหากดำเนินการต้องมีการลงนาม
เป็นลายลักษณ์อักษร อย่าลอยแพกลุ่มพวกเราให้
เดือดร้อน” เมื่อวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มวัย สามารถ
สรุปผลได้ดังนี้

3.1 กลุ่มวัยสูงอายุ

ด้านเศรษฐกิจ ตัวแทนผู้ร่วมสนทนาทุก
กลุ่มวัยมีความคิดเห็นว่าจะได้รับผลกระทบสูงสุด
คือ การถือครองที่ดิน “สิ่งที่กังวลก็คือเรื่องการทำ
มาหากิน ที่ทำกิน ต้องให้สัญญาข้อเสนอที่เป็น
ประโยชน์ และไม่ผิดสัญญาหรือข้อตกลงในภายหลัง
คงต้องดูว่าหน่วยงานที่จะมาดูแลต่อเป็นใคร มีวิธี
การอย่างไรบ้างในการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยและ
ประชาชนที่อาศัยอยู่ในนิคมฯ ไม่เดือดร้อน รองลง
มาคือ ด้านรายได้/หนี้สิน รายได้ของครอบครัว
หลักๆ มาจากการทำนา การรับจ้าง การดำรงชีพ
ปัจจุบันพออยู่ได้เนื่องจากสวัสดิการที่ได้รับการ
สนับสนุนทั้งที่อยู่ ที่ทำกิน ค่าไฟฟ้า เบี้ยเลี้ยงค่า

อาหารที่ได้รับ ที่กังวลใจเงินทองไม่พอใช้จ่ายใน
ครอบครัวเพราะข้าวของแพง สิ่งที่ต้องการสนับสนุน
อยากให้มีความช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมอาชีพ ให้
ยึดเป็นรายหลังคาเรือนได้ “คิดว่า คนพร้อม ความคิด
พร้อม ขาดแต่ทุนในการส่งเสริมอาชีพเป็นรายบุคคล”

ด้านสังคม ทุกกลุ่มวัยมีความเห็นว่าการ
บูรณาการนิคมฯ เข้าสู่ชุมชนทั่วไปหรือไม่นั้น ผล
กระทบด้านสังคมไม่น่ามีเพราะคนในนิคมฯ ปัจจุบันนี้ใช้
ชีวิตในและนอกนิคมฯ เหมือนคนทั่วไป แต่การบูรณา
การควรจะมีบทบาทในการพัฒนาชุมชนนิคมฯ เพิ่ม
มากขึ้น เพราะมีบุคคลภายนอกเข้ามาอยู่อาศัยเพิ่มม
ากขึ้น คำว่า “บ้านนิคมชี้ทูต” จะค่อยๆหายไป โดยใน
กลุ่มวัยทำงานและวัยเรียนยังมีความมีความคิดเห็นว่
ากลุ่มที่จะได้รับผลกระทบสูงสุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุหรือ
ผู้ป่วยที่จะปรับตัวไม่ทัน เมื่อพิจารณาในรายด้านทุก
กลุ่มวัย พบว่า ด้านปัญหาในชุมชนที่สำคัญคือ ปัญหา
เล็กน้อย ปัญหาสุขภาพจิตจะมากขึ้น

ด้านบริการพื้นฐานภาครัฐ ทุกกลุ่มวัยมีความ
คิดเห็นว่า ผลกระทบสูงสุดที่อาจได้รับเป็นความ
ห่วงใยด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับสวัสดิการผู้ป่วย ไม่ว่า
จะเป็นเงินสงเคราะห์ ค่าอาหาร การเบิกจ่ายที่ตรงเวลา
จากหน่วยงานที่จะมารับผิดชอบใหม่ การจ้างผู้ปฏิบัติ
งาน รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว ใครจะมาดูแล พาไปรับ
การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ด้านสาธารณูปโภค โดย
เฉพาะระบบไฟฟ้าที่เก่าและเป็นปัญหามาก กลุ่มวัย
ทำงาน มีความเห็นว่า อยากให้ประสานเตรียมความ
พร้อมกับการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคเข้ามาดูแลดำเนินการ
ด้านโอกาสในการได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นของ
เยาวชนในชุมชน การศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้รับการ
สนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษาฟรี ทุนการศึกษา และ
ทุนค่าอาหารกลางวันฟรีเฉพาะผู้ที่เรียนโรงเรียนราช
ประชานุเคราะห์ 54 เท่านั้น หากเยาวชนใดเรียนการ
ศึกษาขั้นพื้นฐานที่อื่น หรือเรียนระดับอุดมศึกษา
ต้องหาค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด รวมทั้งหากต้องการพัฒนา

ตนเองจะมีนักเรียนเพียงส่วนน้อยที่สามารถเรียนพิเศษเพิ่มเติมได้ สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม ลูกหลานผู้ป่วยโรคเรื้อนควรได้รับการศึกษามากกว่าชั้นพื้นฐาน และศึกษาในระดับอุดมศึกษาฟรีโดยให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี (สคร.7) ประสานงานหรือทำโครงการรองรับ รวมทั้งอยากได้ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน หรือศูนย์อินเทอร์เน็ตเพื่อการเรียนรู้ในชุมชน

ด้านการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ทุกกลุ่มวัยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการเปิดประชาคมอาเซียนถึงแม้จะได้รับผลกระทบบ้างแต่ก็เป็นสิ่งที่ดี ยุคนี้เป็นยุคพัฒนา ทุกคนควรติดตามและพิจารณาแนวทางแต่ละแนวทางว่ามีข้อดี ข้อเสียอย่างไรบ้าง และผู้นำทุกระดับ ควรมีการพิจารณาผลักดันเตรียมความพร้อมพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนนิคมฯ ควรมีโครงการจัดหาอาสาสมัครสอนการสื่อสารภาษาต่างประเทศระดับพื้นฐานที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ภาษาอังกฤษ เวียดนาม กัมพูชา กลุ่มวัยเรียนอยากให้เปิดหลักสูตรสอนพิเศษภาษาต่างๆ ของประเทศกลุ่มอาเซียนให้ฟรี และอยากให้มีทุนการศึกษาระดับปริญญาโท ปริญญาเอก สำหรับผู้ที่มีผลการเรียนและความประพฤติดี มีกองทุนเพื่อพัฒนาเยาวชนในหมู่บ้าน และท้ายสุดทุกกลุ่มวัยมีความกังวลที่จะได้รับผลกระทบจากการเปิดประชาคมอาเซียน ในเรื่องการลักเล็ก ขโมยน้อย และโรคภัยไข้เจ็บ ส่วนยาเสพติด แต่คิดว่าตำรวจคงมีมาตรการในการดูแลจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 กลุ่มวัยทำงาน

ผู้แทนกลุ่มวัยทำงาน ประกอบอาชีพหลักรับจ้างทั่วไป 5 คน เป็นผู้ปฏิบัติงานในนิคม 6 คน รับเหมาก่อสร้าง 2 คน และแทบทุกคนจะทำไร่นาทำการเกษตรร่วมด้วย รวมทั้งสิ้น 13 คน เพื่อเก็บข้อมูลความคิดเห็นการบริหารจัดการการบูรณาการ

นิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนทั่วไป มีดังนี้

ในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่เคยได้ยินและทราบจากการพูดคุยระหว่างสมาชิกภายในชุมชน หรือจากการพูดคุยกับผู้ปกครองนิคมว่ามีการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนบางแห่งเป็นชุมชนทั่วไปแล้ว แต่สำหรับนิคมอำนาจเจริญยังไม่รู้รายละเอียดว่าจะดำเนินการเมื่อไร และจะอย่างไร ไม่มีความกระจ่างโดยมีความวิตกกังวล ในประเด็นเมื่อมีการบูรณาการหรือปรับเป็นชุมชนทั่วไปแล้ว หากเกิดปัญหาจะหวนกลับมาอยู่ในสภาพเดิมจะยากมาก รวมทั้งเรื่องที่อยู่อาศัย การถือครองที่ดิน ผลประโยชน์ที่เคยได้รับ และคิดว่าจะมีค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้น เช่น ค่าภาษีที่ดินหรือภาษีรายได้

ด้านค่าใช้จ่ายในครัวเรือนจากรายได้หลักๆ เทียบกับรายจ่ายของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม พบว่า มี 4 คน ที่สามารถดูแลครอบครัวโดยยึดหลักในการดำรงชีพภายใต้เศรษฐกิจพอเพียงทำให้อยู่ได้ไม่เดือดร้อน บางครอบครัวอยู่ได้แบบ “ถูกๆ ใๆ” บางครอบครัวต้องกู้ยืมเพื่อการลงทุน

การบริหารจัดการทางด้านเศรษฐกิจที่เหมาะสมกับตัวเองและชุมชนเป็นอย่างไร

ที่ผ่านมาภาครัฐได้ให้การสนับสนุนดีไม่ว่าจะเป็น กองทุนเงินล้าน หรือ SML ลงในภาพรวมของหมู่บ้าน เป็นโครงการฝึกอาชีพกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเกษตรกร กลุ่มยางพารา กลุ่มเตาเผา เตาถ่าน กลุ่มยุคาลิปดัส ไม่สามารถให้กู้ยืมเป็นรายหลังคาเรือนได้ อยากให้มีการส่งเสริมอาชีพให้กู้ยืมเป็นรายหลังคาเรือนได้ คิดว่า คนพร้อม ความคิดพร้อม ขาดแต่ทุนในการส่งเสริมอาชีพ

ด้านสังคม

ส่วนใหญ่มีการติดต่อประสานงานกับชุมชนทั่วไป โดยเฉพาะชุมชนที่ติดกับนิคมเองก็ไม่มีปัญหา

เพราะเป็นคนในนิคมหรือลูกหลานออกไปตั้งหลัก
ปักฐาน ปัจจุบันมีการรับลูกเขย ลูกสะใภ้ ทั้งคนไทย
และคนต่างชาติ เข้ามาอยู่ในนิคมฯ อยู่จำนวนหนึ่ง
“คนข้างนอกมาอยู่ว่ามันเกือบครึ่งของนิคมแล้ว
ทุกวันนี้เวลาลูกหลานไปข้างนอกก็เลยมีปัญหา
หยิ่ง” รวมทั้งมีบุคคลนอกนิคมมาติดต่อจ้างงาน
คนในนิคม และมีพ่อค้า-แม่ค้า มาติดต่อซื้อขายใน
นิคมเป็นประจำ

แต่ก็ยังมีส่วนน้อยที่เมื่อรู้มาจาก
นิคมอำนาจเจริญ หรือรู้ว่าอาศัยอยู่บ้านค่าน้อยซึ่งเป็น
บริเวณที่ตั้งนิคมอำนาจเจริญ ยังพูดว่า “อยู่นิคม
เบาอะ อ่อนนิคมขึ้นทูต” เมื่อฟังแล้วรู้สึกน้อยใจมาก
เหมือนชุดเอาปมด้อยมาตอกย้ำ ซ้ำเติม “บ่เฉพาะ
คนไข้ คนที่อยู่ดั้งเดิม พวกสะใภ้ พวกเขยก็เคียดคือ
กัน” และมีบางคนที่เป็นคนทีอาศัยอยู่ในนิคม
อำนาจเจริญก็ยังรังเกียจคนในชุมชนเอง จาก
พฤติกรรมและคำพูดที่ว่า “บ่กินน้ำเฮือนนี้ เห็น
สภาพแล้วก็บ่อยากกิน”

หากมีการบูรณาการเข้าสู่ชุมชนทั่วไป ส่วน
ใหญ่มีความคิดเห็นว่า กลัวแต่ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่
จะปรับตัวไม่ทัน และที่สำคัญสิ่งที่จะตามมาคือ
ปัญหาหลักขโมยจะมากขึ้น ปัญหายาเสพติดก็คงมาก
ขึ้นเช่นกัน

ด้านบริการพื้นฐานภาครัฐ

ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ทุกคนมีความห่วงใย
สวัสดิการเกี่ยวกับสวัสดิการผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นเงิน
สงเคราะห์ ค่าอาหาร การเบิกจ่ายจากหน่วยงานที่
จะมารับผิดชอบใหม่ว่าจะดำเนินการ เบิกจ่ายได้ตรง
เวลาได้เหมือนทุกวันนี้หรือไม่ ประกอบกับ ห่วงใยผู้
ป่วยบางคนที่อยู่คนเดียว ใครจะมาดูแล มีการจ้างผู้
ปฏิบัติงานเหมือนทุกวันนี้หรือไม่ รวมทั้งการพาไป
รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

สำหรับผู้ป่วยที่มีลูกหลานและผู้ที่อยู่อาศัย

ครอบครัวอื่นๆ ในชุมชน การบริการทางด้านศึกษาขั้น
พื้นฐาน การให้บริการด้านสาธารณสุข การไปรับบริการ
ได้รับสิทธิเหมือนประชาชนคนไทยทั่วไป ไม่แตกต่าง
30 บาท หรือประกันสังคม

ด้านสาธารณูปโภคที่จำเป็น โดยเฉพาะไฟฟ้า
น้ำประปา ทุกคนให้ความเห็นว่า ระบบไฟฟ้า เป็น
ปัญหามาก เริ่มตั้งแต่เสา สายไฟฟ้า หม้อไฟ ซึ่งมีการ
ติดตั้งสมักรมควบคุมโรคติดต่อ สายไฟและเสาไฟเก่า
มาก ไฟตกบ่อย อยากให้ประสานเตรียมความพร้อม
การไฟฟ้าฝ่ายผลิตส่วนภูมิภาคเข้ามาดูแลดำเนินการ
รวมทั้งอยากให้มึหน่วยงานภาครัฐ จะเป็นกรมควบคุม
โรคในปัจจุบันหรือหน่วยงานที่จะเกี่ยวข้องต่อไปช่วย
ประสานในการพิจารณาเกี่ยวกับมาตรการช่วยเหลือผู้
มีรายได้น้อย เช่น การยกเว้นค่าไฟฟ้าและน้ำประปาให้
กับผู้ที่ไม่เกินจากที่รัฐบาลกำหนดไม่เกิน 50 หน่วย
ต่อเดือน ให้กับผู้มีรายได้น้อยในนิคมฯ ด้วย เพราะทุก
วันนี้ผู้ป่วยได้รับสิทธิช่วยเหลือ 15 หน่วยต่อเดือน ซึ่ง
ต่ำกว่าสวัสดิการพื้นฐานที่ควรได้รับ สำหรับน้ำประปา
ปัจจุบันยังไม่เป็นปัญหา เพราะบางบ้านมีการขุดเจาะ
น้ำบาดาลใช้เอง แต่อนาคตคิดว่าคงต้องมีการจัดระบบ
และมีมาตรการการขุดเจาะน้ำบาดาลเหมือนทั่วไป

ด้านการเตรียมตัวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่า
การเปิดประชาคมอาเซียน ก็เป็นสิ่งที่ดี ต้องมีการ
แข่งขันที่สูงขึ้น การเตรียมตัวของชุมชนด้านงานฝีมือไม่
กังวล เพราะคิดว่ามีความละเอียดประณีตกว่าประเทศ
อื่นๆ สำหรับด้านอื่นๆ มีความกังวลมาก เช่น ภาษา
ที่ติดต่อสื่อสาร กลัวพูดกันไม่รู้เรื่องสู่ประเทศอื่นไม่ได้
ปัญหาแรงงานการแย่งงานทำเพราะค่าแรงของหลาย
ประเทศต่ำกว่าไทย รวมทั้งการลักเล็ก ขโมยน้อย และ
โรคภัยไข้เจ็บ ส่วนยาเสพติดคิดว่า ตำรวจคงมีมาตรการ
ในการดูแลจัดการ

ข้อเสนอแนะการบริหารจัดการรองรับ ประชาคมอาเซียน

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ คิดว่า ผู้นำทุกระดับ ควรมีการพิจารณาหลักต้นเตรียมความพร้อมพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนนิคมฯ รองรับประชาคมอาเซียน เช่น โครงการการแนะนำส่งเสริมอาชีพ โครงการจัดหาอาสาสมัครสอนการสื่อสารภาษาต่างประเทศระดับพื้นฐานที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ภาษา อังกฤษ เวียดนาม กัมพูชา เป็นต้น

3.3 กลุ่มวัยเรียน

ผู้แทนกลุ่มวัยเรียน ประกอบด้วยผู้กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา 6 คน ปวช./ปวส 3 คน และปริญญาตรี 2 คน รวม 11 คน เพื่อเก็บข้อมูลความคิดเห็นสำหรับรองรับการบริหารจัดการการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนทั่วไป มีดังนี้

การบูรณาการนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ เป็นชุมชนทั่วไป พบว่า ผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ ไม่ได้ติดตามจึงไม่ทราบและคิดว่าการบูรณาการหรือการปรับเปลี่ยนโครงสร้างน่าจะเป็นหน้าที่ของผู้นำชุมชน หรือผู้ใหญ่ในชุมชน แต่หากมีงานใดที่เยาวชนสามารถช่วยได้ก็เต็มใจช่วย อาจต้องมีการเปลี่ยนระบบการปกครองใหม่ หน่วยงานของรัฐในพื้นที่ เช่น อบต., รพ.สต. ควรจะมีบทบาทในการพัฒนาชุมชนให้มากขึ้น มีบุคคลภายนอกเข้ามาทำที่อยู่อาศัยเพิ่มมากขึ้น คำว่า “บ้านนิคมขี้ทูต” จะค่อยๆหายไป

สำหรับการบริหารจัดการทางด้านเศรษฐกิจที่ เหมาะสมกับตัวเองและชุมชน

ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่า เมื่อเข้าสู่สังคมปกติแล้วจะเป็นผลดี หรือ ผลเสียกับตัวเอง เพราะยังไม่มีความรู้เท่าที่ควรแต่อาจมีปัญหาเรื่องสวัสดิการ เช่น ค่าเบี้ยเลี้ยงของผู้ปกครอง โดยส่วนใหญ่มีความคิดว่าจะประหยัดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลัวว่าสวัสดิการของผู้ปกครองอาจจะไม่ได้เช่นเดิม รวมทั้งเรื่องที่อยู่อาศัย ที่นาทำกิน อยากให้ผู้ใหญ่ได้พูดคุยและตัดสินใจ

ใจ มีมาตรการรองรับส่งเสริมอาชีพให้ผู้ปกครองมีรายได้เพิ่มขึ้น มีสวัสดิการช่วยเหลือทางการเงินหรือด้านอื่นๆ เหมือนชุมชนทั่วไป

ด้านสังคม

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มทุกคน มีความคิดเห็นว่าการบูรณาการนิคมฯ เป็นชุมชนทั่วไป สำหรับการใช้ชีวิตประจำวันทั้งสังคมภายในและภายนอกนิคมฯ ไม่มีความแตกต่างจากเดิมเป็นการใช้ชีวิตตามปกติเหมือนคนนอกชุมชนนิคมฯ ทั่วไป โดยเฉพาะในโรงเรียนเพื่อนๆ ในชั้นเรียนมีเท่าที่ปกติดี ไม่ได้แสดงอาการรังเกียจว่าเป็นลูกหลานผู้ป่วยโรคเรื้อนมาก่อน มีการร่วมกิจกรรมตามปกติ บางคนได้เป็นผู้นำในชั้นเรียน หรือผู้นำการทำกิจกรรมกลุ่ม ไม่ได้แบ่งแยกว่าเป็นกลุ่มลูกหลานของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ด้านบริการพื้นฐานภาครัฐ

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มทุกคน มีความคิดเห็นว่าการได้รับสิทธิการรักษาทุกสิทธิ ที่รัฐจัดให้ เท่าที่ประชาชนทั่วไปทุกคนควรมี ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งทุกวันนี้ได้รับสิทธิ์สามารถไปใช้บริการตรวจรักษาได้ที่ศูนย์แพทย์ โรงพยาบาล เหมือนคนอื่นๆ สำหรับด้านศึกษาคิดว่าอย่างน้อยต้องการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานฟรีทุกคน (จบ ม.6) ปัจจุบันนี้ลูกหลานผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษาฟรี ทุนการศึกษา และทุนค่าอาหารกลางวันฟรีอยู่สำหรับผู้ที่ยังเรียนโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 54 เท่านั้น หากผู้ใดเรียนการศึกษาขั้นพื้นฐานที่อื่น หรือเรียนระดับอุดมศึกษา ต้องหาค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด รวมทั้งหากต้องการพัฒนาตนเองจะมีนักเรียนเพียงส่วนน้อยที่สามารถเรียนพิเศษเพิ่มเติมได้เป็นบางคนที่ผู้ปกครองสามารถจ่ายได้ โดยไปเรียนแถวโรงเรียนในตัวเมืองอำนาจเจริญ หรือบางคนผู้ปกครองรายได้ดีก็ไปเรียน

ความคิดเห็นของประชาชนในนิคมโรคเรื้อนอำนาจเจริญ เพื่อรองรับการบริหารจัดการผลกระทบในการบูรณาการสู่ชุมชนปกติ ที่ตัวเมืองอุบลราชธานี แต่ไม่มีการเรียนพิเศษเพิ่มเติมแบบเรียนฟรี

สิ่งที่เป็นความต้องการเพิ่มเติมในการส่งเสริมสนับสนุนด้านการศึกษาในรูปแบบอื่นๆ ควรให้ลูกหลานผู้ป่วยโรคเรื้อนมีการศึกษาขั้นพื้นฐานและการศึกษาระดับอุดมศึกษาฟรี โดยให้ สคร.7 ประสานงานในส่วนนี้ หรือทำโครงการรองรับในส่วนนี้ รวมทั้งอยากได้ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน หรือศูนย์อินเทอร์เน็ตเพื่อการเรียนรู้ในชุมชน

ด้านการเตรียมตัวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

อยากให้เปิดหลักสูตรสอนพิเศษ ภาษาต่างๆ ของประเทศกลุ่มอาเซียนฟรี ภายในหมู่บ้านของตัวเอง เพื่อเตรียมความพร้อมสู่ประชาคมอาเซียน และอยากให้มีการทุนการศึกษาระดับปริญญาโท ปริญญาเอก สำหรับผู้ที่มีผลการเรียนและความประพฤติดี นอกจากด้านการศึกษาแล้วยังต้องการเงินกองทุนเพื่อพัฒนาเยาวชนในหมู่บ้าน เหมือนที่หมู่บ้านอื่นๆ มี

สรุป วิจัยผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเชิงสำรวจ เรื่องการบริหารจัดการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนทั่วไปในมุมมองของประชาชน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากตัวแทนของสมาชิกในครอบครัว จำนวน 183 ครอบครัว เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและใช้การสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2556 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ วัยสูงอายุ วัยทำงานและ วัยเรียน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสามกลุ่มจำนวนใกล้เคียงกัน เป็นชายและหญิงอย่างละครึ่งๆ กัน (ร้อยละ 50.3 และ 49.7) สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 48.1 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 34.4

จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาศัยอยู่รวมกันตั้งแต่ 5 คน ร้อยละ 34.8 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่นาน 31 - 40 ปี ร้อยละ 29 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.1 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (120,000 บาทต่อปี) ร้อยละ 34.8 ซึ่งต่ำกว่าค่าประมาณการรายได้ต่อหัวประชากรต่อคนต่อปี ในปี 2554 คือ 160,370 บาท เฉลี่ยรายได้ต่อคนต่อเดือนที่ 13,364 บาท (1) และจัดอยู่ในกลุ่ม “คนจน” ตามนิยามของธนาคารโลกและสอดคล้องกับความเห็นที่ว่า “ประเทศไทยยังไม่สามารถขจัดความยากจนในประเทศได้แม้สัดส่วนประชากรได้เส้นความยากจนของประเทศไทยได้ลดลงจาก ร้อยละ 42.2 ในปี พ.ศ. 2531 เหลือเพียงร้อยละ 8.1 ในปี พ.ศ. 2552 สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นอยู่ ความมั่นคงของชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย แต่คนไทยยังมีความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ ขาดโอกาสในการเข้าถึงแหล่งเงินทุนและการมีงานทำ” (2) ซึ่งจากการสนทนากลุ่ม พบคำกล่าวที่ว่า “คิดว่า คนพร้อม ความคิดพร้อม ขาดแต่ทุนในการส่งเสริมอาชีพ เฉพาะรายบุคคล” และสอดคล้องกับการเข้าถึงแหล่งทุนในการประกอบอาชีพ จากการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน คนจนที่เข้าถึงกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง และสามารถกู้เงินจากโครงการธนาคารประชาชน มีเพียงร้อยละ 8.8 และร้อยละ 2.2 ของคนจนทั้งหมด ภาพรวมของทุกกลุ่มวัยตัวอย่างมีความคิดเห็นที่ส่งผลกระทบในการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนปกติ ด้านเศรษฐกิจ สังคม ด้านบริการพื้นฐานภาครัฐ และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ทั้งทางบวกและทางลบ ดังผลจากการสนทนากลุ่มให้แง่คิดที่ดีว่า “การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ก่อนไม่ใช่เปลี่ยนทันทีทันใดโดยไม่ให้ตั้งตัวและที่สำคัญหากดำเนินการต้องมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร อย่าลอยแพกลุ่มพวกเราให้เดือดร้อน” ซึ่งก็สอดคล้อง

กับขั้นตอนการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนปกติ และพรนิภา อ่อนเกิด (3) ที่กล่าวว่า “การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้สังคมมีความเจริญแต่ในการเปลี่ยนแปลงนั้นจะมีผลในด้านบวกก็มีผลในด้านลบเช่นกัน อาจทำให้สังคมเสียระเบียบและก่อให้เกิดปัญหากับสังคมได้โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างรวดเร็วจนผู้คนในสังคมไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น” สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ด้านสังคม ได้รับผลกระทบสูงสุด โดยเฉพาะที่อยู่อาศัย ปัญหาในชุมชน การเสพและการระบาดของยาเสพติด การลักเล็กขโมยน้อยในชุมชน การย้ายถิ่นของคนจากที่อื่นมาอยู่ในนิคมฯ รองลงมาคือด้านเศรษฐกิจ ประเด็นที่ได้รับผลกระทบสูงสุด คือ การพัฒนาอาชีพตนเองหรือคนในชุมชนนิคมฯ รายได้รวมในปัจจุบันของครอบครัวและภาระค่าใช้จ่ายของสมาชิกในครอบครัว ค่าครองชีพที่สูงขึ้น จำนวนภาระหนี้สินที่มากขึ้น ทำให้ไม่มีเงินออมหรือเงินเก็บ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสัญญา ศรีคงทอง (4) ได้กล่าวถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจไว้ว่า “ทำให้ชาวบ้านมีรายได้สูงขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจของชุมชน เมื่อระบบเศรษฐกิจซึ่งเป็นระบบพื้นฐานในโครงสร้างทางสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากการพัฒนาย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของชาวชนบท ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำมาหากิน เกิดอาชีพใหม่ เปลี่ยนแปลงทางด้านการผลิตจากการใช้แรงงานมนุษย์เป็นการใช้เครื่องจักร ดันทุนการผลิตสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านรายได้ รายจ่าย การบริโภคสินค้าจากนอกท้องถิ่นมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงในทรัพย์สิน การถือครองที่ดิน ทรัพยากรของชุมชนถูกนำมาใช้ในกิจกรรมทางเศรษฐกิจมากขึ้น” สำหรับผลกระทบด้านการให้บริการพื้นฐานภาครัฐและการเข้าสู่ประชาคม

อาเซียน ซึ่งได้รับผลกระทบใกล้เคียงกันในระดับปานกลางถึงระดับมาก ผลกระทบสูงสุด คือ โอกาสในการได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นของเยาวชนในชุมชน รองลงมา ด้านสาธารณสุข ทุกกลุ่มวัย คิดว่าได้รับผลกระทบระดับปานกลาง เกี่ยวกับการจ้างผู้ปฏิบัติงาน สวัสดิการผู้ป่วย เงินสงเคราะห์ ค่าอาหารการเบิกจ่ายจากหน่วยงานที่จะมารับผิดชอบใหม่ เบิกจ่ายได้ตรงเวลาได้เหมือนทุกวันนี้หรือไม่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณภา เทียมศิริ (5) ที่พบว่าทัศนคติต่อความพร้อมของประชาชนในการรับนโยบายการถ่ายโอนงานสวัสดิการสังคม อยู่ในระดับปานกลาง และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการประชุมและประชาสัมพันธ์การถ่ายโอนงานสวัสดิการสังคมให้ทั้งผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และประชาชน ได้เกิดความรู้ความเข้าใจ นโยบาย บทบาท หน้าที่ที่ชัดเจน กระตุ้นให้เกิดการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จ สำหรับด้านการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ทุกกลุ่มวัยคิดว่าได้รับทั้งผลกระทบและโอกาส ผลกระทบสูงสุด คือ ความสามารถในการแข่งขัน ค่าแรงงานที่ถูกกว่าของประเทศเพื่อนบ้าน การศึกษา ภาษาในการสื่อสาร สอดคล้องกับ การพยากรณ์ของ ดร.สุทัศน์ เศรษฐบุญสร้าง (6) การพัฒนาองค์กรของอาเซียนไปเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) จะส่งผลกระทบอย่างมากต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานในภูมิภาค การแข่งขันจะสูงมากทั้งประเทศผู้รับและผู้ส่งออกแรงงาน ซึ่งจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการพัฒนาบุคลากรของตน ได้แก่ การยกระดับมาตรฐานการศึกษา ทักษะด้านภาษาต่างประเทศเพื่อการสื่อสาร การพัฒนาแนวความคิด วิสัยทัศน์ให้กว้างไกล วัฒนธรรมทางการเรียนรู้ การพัฒนาระบบสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต เพื่อให้ทันโลกที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในทุกๆ ด้านของประเทศเพื่อนบ้าน และประเทศต่างๆ ทั่วโลก

ข้อเสนอแนะ การบริหารจัดการต่อผลที่เกิดขึ้น จึงเสนอแนะถึงหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงซึ่งในที่นี้ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ควรมีแนวทาง ดังนี้

1. จัดเวทีสาธารณะ เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย มีส่วนร่วมรับทราบข้อมูล ชักถามข้อสงสัยจากผู้เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล กรมธารักษ์ ผู้ว่าราชการจังหวัด สู่การตัดสินใจด้วยชุมชนเองในความพร้อมสู่ชุมชนปกติ และควรติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ

2. ผลักดันภาครัฐหรือภารกิจร่วมของเอกชนที่ให้ความสนใจเข้ามาทำกิจการเพื่อสังคมในการแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจ ช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม เช่น การให้ทุนการศึกษา จัดการอบรมอาชีพ จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ และจัดหาอาสาสมัครพัฒนาในนิคมอำนาจเจริญ อย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมต่อการด้านการศึกษา และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณนายแพทย์ศรายุทธ อุตตมาภคพงศ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุน แนะนำ ตลอดจนการดำเนินการศึกษาวิจัยอย่างดียิ่ง รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และนายสาธิต คงสอนเลขานุการกรมควบคุมโรค ที่ให้คำปรึกษา แนะนำด้านวิชาการ ขอขอบคุณผู้ปกครองนิคมอำนาจเจริญและคณะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในนิคมอำนาจเจริญ คณะผู้นำชุมชน อาสาสมัครชาวบ้านทั้ง 2 หมู่บ้านในนิคมอำนาจเจริญ ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือ ให้ข้อมูล ข้อคิดเห็นเชิงพัฒนาตลอดช่วงเวลาที่ทำการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ 2554. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาและสำรวจความคิดเห็นในประเด็นเชิงนโยบายหรือเชิงสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจและสังคมของสภาที่ปรึกษากรุงเทพฯ: สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, หน้า 153.

2. สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เรื่อง ความเห็นและข้อเสนอแนะเรื่อง “การเตรียมความพร้อมของประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้วยปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา, กรุงเทพฯ, 2555

3. พรนิภา อ่อนเกิด. (2550). การขยายตัวของเมืองต่อวิถีชีวิตชุมชนตำบลท่าทราย เขตเทศบาลนคร

นนทบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

4. สัญญา ศรีคงทอง. (2546). การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของชุมชนสี่ทึงหม้อ อำเภอสิงหนคร จังหวัด

สงขลา ตั้งแต่สมัยเรือเมล์ถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2465-2546). วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต.

สงขลา : มหาวิทยาลัยทักษิณ.

5. วรณภา เทียมศิริ. (2543). การนำนโยบายการถ่ายโอนงานสวัสดิการสังคมไปปฏิบัติในทัศนะของผู้บริหารงานประชาสงเคราะห์ วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

6. ดร.สุทัศน์ เศรษฐบุญสร้าง อ่างในบัญญัติศิริปรีชา. (2009). ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนกับการคุ้มครอง แรงงานในอนาคต. กลุ่มงานมาตรฐานแรงงานระหว่างประเทศ. ASEAN

คนไทยจะเลิกกินปลาปรังดิบ หรือ ปรังดิบๆ สุกๆ... ได้จริงหรือ??

ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

จากการดำเนินงานตามโครงการยุทธศาสตร์การณรงค์สำนึกรู้ “การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2556”

ดร. พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ (ปร.ด),

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, Bureau of Risk Communication and Health Behavioral,
กรมควบคุมโรค

Pahurat K. Taisuwan, Ph.D.

Department of Disease Control

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงส่งผลกระทบต่อประชาชนชาวไทย ทั้งต่อภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ โดยมีข้อมูลทางด้านการแพทย์สนับสนุนว่าโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รายงานสถานการณ์การเจ็บป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย พ.ศ. 2549-2553 อัตราป่วย 0.73, 0.98, 0.56, 0.47 และ 1.25 ต่อแสนประชากร (ตามลำดับ) ครอบคลุมพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ โดยไม่พบอัตราการป่วยในภาคใต้ ในปี พ.ศ. 2548 มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 28,000 ราย เฉลี่ยมีคนเสียชีวิตวันละ 76 ราย และข้อมูลล่าสุด ปี 2552 มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มากกว่า 14,000 ราย เฉลี่ยมีคนเสียชีวิตวันละ 38 ราย ซึ่งการป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ มีสาเหตุสำคัญมาจากความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชาชนท้องถิ่นที่มีมายาวนาน

ผลการศึกษา

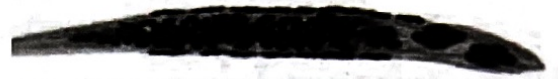
จากการศึกษาวิจัยโดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ในปี 2554 พบว่า ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชาชนบางหมู่บ้านมีอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 85 และ ในบางหมู่บ้านพื้นที่ภาคเหนือ ก็มีการตรวจพบในอัตราที่สูงเช่นกัน คือ ร้อยละ 45.6 จากการประเมินผลการรณรงค์ให้คนอีสานเลิกกินปลาดิบ ปี 2533 กรมควบคุมโรค พบว่า มีประชาชนที่ยังไม่เลิกกินปลาดิบ ถึงร้อยละ 24 ให้เหตุผลว่า อร่อย เคยชิน กินตามบรรพบุรุษ เชื่อกันว่ากินดิบ หรือ กินดิบๆ สุกๆ เพื่อให้มีแรงทำงาน และคิดว่าเป็นอาหารหลักประจำวัน กระทรวงสาธารณสุขได้ผสมผสานและร่วมดำเนินงานกับการบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา โดยกำหนดให้มีการตรวจวินิจฉัยโรคอย่างต่อเนื่อง และให้การรักษามือตรวจพบการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งจัดกิจกรรมด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันการติดโรครายใหม่หรือติดโรคซ้ำในชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพึงประสงค์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และนำมาสู่การลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างไรก็ตาม พบว่าอัตราการชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดียังมีอัตราป่วยที่ค่อนข้างสูง



ภาพน้ำจืดเกล็ดขาว



ภาพไขพยาธิใบไม้ตับ



ภาพพยาธิใบไม้ตับตัวเต็มวัย

(แหล่งที่มา: <http://www.learners.in.th/blogs/posts/350029>) (แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th>)

ดังนั้น ในการจัดกิจกรรมโครงการรณรงค์สัญจร “การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2556” ผู้ศึกษาจึงได้ประเมินความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ผู้ที่มาร่วมงานรณรงค์ทั้ง 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดน่าน จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้ทราบว่าประชาชนชาวไทยมีความคิด ทักษะ และพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่าจะเลิกกินปลาดิบที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีได้หรือไม่ โดยการแจกแบบสอบถามประเมินความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ผู้ตอบแบบสอบถาม 3,262 คน จากผู้เข้าร่วมงานทั้งหมด 4,728 คน (ร้อยละ 69) ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 78.16), อายุ เฉลี่ย 46.58 ปี, การศึกษา ส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 64.16), อาชีพ ส่วนใหญ่เกษตรกร (ร้อยละ 60.02), รายได้ ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 53.36), ผลการประเมินความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีข้อคำถามความรู้ และพฤติกรรมฯ ทั้งหมด 11 ข้อ ส่วนใหญ่ความรู้และพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 80) เมื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมฯ แต่ละจังหวัด พบว่า บางข้อคำถาม ชาวร้อยเอ็ด มีความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับดีกว่าอีก 2 จังหวัด (เช่น ปลาน้ำจืดเกล็ดขาว มีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ, ส้มตำปลา ร้าต้มสุก อร่อยและไม่เสี่ยงต่อพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น) แต่ข้อคำถามบางข้อ ชาวน่านและชาวอุดรธานี มีความรู้ ดีกว่าชาวร้อยเอ็ด (เช่น การกินก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาสดดิบบางครั้งไม่เสี่ยงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น) มีข้อคำถามบางข้อที่ทั้ง 3 จังหวัดมีความรู้ใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นความรู้ที่กรมควบคุมโรคได้เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ต่อเนื่อง (เช่น การสวมรองเท้าบูท การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนกินอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ เป็นต้น) อย่างไรก็ตาม ยังมีบางส่วนที่มีความเชื่อว่า การกินก้อยปลาดิบอร่อยกว่า และคิดว่าเป็นอาหารหลัก โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลงานบุญต่างๆ ก้อยปลาดิบถือเป็นอาหารพิเศษ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคหนองพยาธิ

คำถาม	ผลการเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคหนองพยาธิ แต่ละจังหวัด (Paired Samples T-test, Sig. 2 tailed)		
	น่าน-อุดร	น่าน-ร้อยเอ็ด	อุดร-ร้อยเอ็ด
ปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เช่น ปลาขาว ปลาสร้อย ปลาชิว ปลาดูเพี้ยนมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ	0.004*	0.732	0.002*
การกินก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาสดดิบบางครั้ง ไม่เสี่ยงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับ	0.663	0.000**	0.000**
กินลาบปลาใส่เม็ดแดง ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ เพราะเม็ดแดง ทำให้เนื้อปลาสุกได้	0.247	0.003*	0.000**
สัปดาห์ปลาสดสุก อร่อยและไม่เสี่ยงต่อพยาธิใบไม้ตับ	0.795	0.000**	0.000**
ตัวอ่อนพยาธิปากขออาศัยอยู่ในดิน สามารถไชเข้าเท้าหรือง่ามมือง่ามเท้าคนได้	0.025*	0.000**	0.000**

สรุปและเสนอแนะ โรคพยาธิใบไม้ตับ มีสาเหตุจากประชาชนยังไม่เลิกกินปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบโดยให้เหตุผลว่า อร่อย เคียงกิน ตามบรรพบุรุษ เพื่อให้มีแรงทำงาน และคิดว่าเป็นอาหารหลักประจำวันของคนท้องถิ่นที่มีมายาวนาน เมื่อคนกินปลาปรุงดิบหรือไม่ได้ปรุงให้สุกด้วยความร้อน หรือปรุงดิบๆสุกๆ ตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับในปลา สามารถเจริญเป็นตัวเต็มวัยในคน ซึ่งข้อมูลทางด้านการแพทย์สนับสนุนว่าโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำๆ และต่อเนื่อง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี สำหรับการป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงมีความสำคัญ คือ การบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดต้องปรุงสุกด้วยความร้อนทั่วถึง ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด ก่อน-หลังการรับประทานอาหาร ถ่ายอุจจาระในส้วมราดน้ำ และกลุ่มเสี่ยงส่งอุจจาระตรวจหาไข่พยาธิอย่างน้อยปีละครั้ง ประชาชนที่มีอาการป่วย เช่น แน่นท้องที่ได้ขยายโครงขวา อาจถูกเน้นไปที่ไต้ล้นปี อาการอื่นๆได้แก่ เบื่ออาหาร ท้องอืด ตับโต ถ่ายเหลว เป็นบางครั้ง มีไข้ต่ำๆ มีอาการ “ออกร้อน” ควรไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ทั้งนี้หน่วยงานภาครัฐควรให้ความรู้เน้นย้ำอันตรายที่พยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุทำให้เป็นมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สื่อที่สามารถเข้าถึงวิถีชีวิตประชาชนในท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและไม่หัดให้บุตรหลานกินอาหารประเภท ลาบปลาดิบ ก้อยปลาดิบ เป็นต้น

คนไทยจะเลิกกินปลาปรุงดิบ หรือ ปรุงดิบๆ สุกๆ... ได้จริงหรือ?? ความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

เอกสารอ้างอิง

1. ธนิตา ศรีวัธนทรัพย์. ประชากร 6 ล้านคนในภาคอีสาน พบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. 2550. (cited 14 May 2007); Available from: [URL:http://ora.kku.ac.th/%5Cboard_news%5Cquestion.asp?GID=137](http://ora.kku.ac.th/%5Cboard_news%5Cquestion.asp?GID=137).
2. ญัตติ ภูมิพิบูลย์. พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการ มอ. ปีที่ 12 ฉบับที่ 1, 2553. หน้า 49-63.
3. ญัตติ ภูมิพิบูลย์. การระบาดของพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. Srinagarind Med J 2011;26 (Suppl), 133.
4. พจมาน ศิริอารยาภรณ์ และคณะ. ระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. กระทรวงสาธารณสุข: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2548 (เอกสารอัดสำเนา).
5. สำนักระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2550. 2551, หน้า 107-109. เว็บไซต์ <http://www.learners.in.th/blogs/posts/350029> และ <http://www.manager.co.th>

ลดตราบาปของโรคเรื้อน เพิ่มความเท่าเทียมและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

โดยการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนทั่วไป

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน

โกเมศ อุรรัตน์ น.บ.,ส.ม.

สถาบันราชประชาสมาสัย

Gomes Unarat LL.B., M.P.H.

Raj Pracha Samasai Institute

ความเป็นมาของการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไป

ในอดีตกาลโรคเรื้อนเป็นปัญหาของประเทศไทยทั้งด้านสาธารณสุขและด้านสังคม การควบคุมโรคเรื้อนครั้งแรกที่มีการบันทึกในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2451-2496 ใช้วิธีการควบคุมแบบแยกกักตัวผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคเรื้อนไว้ในสถานพยาบาลที่ห่างไกลจากชุมชน หมู่บ้าน ให้อยู่ในที่เฉพาะสถานพยาบาลเท่านั้น ซึ่งในขณะนั้นยังไม่มี การค้นพบยาบำบัดโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพและประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อน ทำให้สังคมชุมชนมีความรังเกียจเดียดฉันท์และมีการประทุตราบาปทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวอย่างรุนแรง การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนในสมัยนั้นจึงต้องทำในสถานพยาบาลเฉพาะโรคเรื้อนและสร้างที่พักอาศัยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวอยู่ร่วมกัน เรียกว่า “นิคมโรคเรื้อน” นิคมโรคเรื้อนจัดตั้งขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ.2478 และกระจายอยู่ทั่วประเทศ ปัจจุบันมีจำนวน 13 แห่ง

นิคมโรคเรื้อนในสภาวะของปัจจุบัน เป็นที่อาศัยของผู้ที่หายขาดจากโรคเรื้อนแล้ว เรียกว่า “ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน” อยู่ร่วมกับครอบครัวและญาติที่เป็นประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และบางคนมีปัญหาความพิการ การบริหารจัดการนิคมโรคเรื้อนในสถานการณ์ปัจจุบันที่ไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ต้องการรักษาในนิคมฯ เหลือแต่เพียงผู้พิการจากโรคเรื้อนที่ต้องการรับการฟื้นฟูเช่นเดียวกับผู้พิการทั่วไปในชุมชน ประกอบกับแนวโน้มปัจจุบันของโรคเรื้อนในประเทศไทยลดน้อยลง เนื่องจากประเทศไทยสามารถกำจัดโรคเรื้อนจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 นิคมโรคเรื้อนบางแห่งต้องปิดตัวเองลง เนื่องจากผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจำนวนน้อยลง หรือไม่มีผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนแจ้งความประสงค์จะเข้าไปอยู่อาศัยในนิคมฯ ดังนั้นกรมควบคุมโรคจึงมุ่งที่จะพัฒนานิคมโรคเรื้อน โดยการหลอมรวมหรือบูรณาการนิคมโรคเรื้อนเหล่านี้เข้ากับชุมชนทั่วไปรอบข้าง เพื่อให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและผู้อาศัยอยู่ในนิคมฯ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยความร่วมมือจากเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคมฯ ตามความจำเป็น เพื่อการลดตราบาปต่อโรคเรื้อน ให้เกิดความเท่าเทียม และการมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคมฯ อย่างยั่งยืนต่อไป

การบูรณาการนิคมโรคเรื้อนระยะนำร่อง

เนื่องจากการถ่ายโอนนิคมฯ ไม่ได้ถูกระบุไว้ในแผนการกระจายอำนาจ ฉบับที่ 2 มีเฉพาะการโอนภารกิจด้านสุขภาพของสถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการถ่ายโอนนิคมฯ จึงขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละนิคมฯ นิคมโรคเรื้อนปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เป็นนิคมฯ แรกที่นำร่องของการบูรณาการนิคมฯ ให้เป็นชุมชนทั่วไป นิคมปราสาทเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา แม้ว่าจะไม่ถูกบรรจุในแผนการกระจายอำนาจฉบับที่ 2 แต่มีความพร้อมทั้งในส่วนของผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ความพร้อมของภาคีเครือข่าย ประกอบกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและญาติที่อาศัยในนิคมปราสาทได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานิคมฯ ให้เป็นชุมชนทั่วไปแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา จึงได้ทำหนังสือถึงอธิบดีกรมควบคุมโรค (นพ.หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธ์) เพื่อขออนุมัติให้มีการดำเนินการถ่ายโอนในลักษณะเป็นความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อเข้ามาพัฒนานิคมปราสาทให้เป็นชุมชนทั่วไปตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีเครือข่าย ดังนั้นจึงไม่เป็นการถ่ายโอนภารกิจของนิคมปราสาททั้งหมดไปให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงองค์กรเดียว แต่เป็นการบูรณาการ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นเครื่องมือในการดำเนินการบูรณาการเพื่อพัฒนาให้นิคมปราสาทเป็นชุมชนทั่วไป ทั้งนี้ได้มีการจัดทำประชาคมเพื่อลงมติของสมาชิกในนิคมปราสาท มีการร่างบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ มีการจัดพิธีลงนาม MOU และมีการประเมินความพร้อมเป็นระยะ จนกระทั่งกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ในวันที่ 5 พฤศจิกายน

พ.ศ. 2555 ทำให้นิคมปราสาท ถูกหลอมรวมเข้ากับชุมชนใกล้เคียงและสมาชิกในนิคมปราสาทได้ตั้งชื่อชุมชนใหม่ ว่า “ชุมชนราชประชาร่วมใจ” แทนคำว่า นิคมโรคเรื้อนปราสาท จังหวัดสุรินทร์

การขยายผลการบูรณาการในนิคมโรคเรื้อน ตามนโยบายจุดเน้นของกรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 และการขยายผลตามความพร้อมของแต่ละนิคม

จากผลความสำเร็จในการบูรณาการนิคมปราสาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 กรมควบคุมโรคจึงมีแนวคิดในการขยายการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศ โดยมีแผนดำเนินการที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ตามลำดับดังนี้

1. นโยบายจุดเน้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

กรมควบคุมโรคจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานส่วนกลาง โดยพิจารณาให้มีการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นนโยบายจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2556 และมีการประสานแผนจุดเน้นกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เมื่อวันที่ 12-13 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 ผลจากการประสานแผนในครั้งนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคต่างมีความเห็นเสนอให้นิคมฯ ขนาดเล็กและมีความพร้อม จำนวน 4 นิคมฯ ได้แก่ นิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด นิคมบ้านหัน จังหวัดมหาสารคาม นิคมดงทับ จังหวัดจันทบุรี และ นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน เข้าสู่กระบวนการถ่ายโอนหรือบูรณาการให้เป็นชุมชนทั่วไป โดยให้ใช้รูปแบบและขั้นตอนการบูรณาการจากนิคมปราสาท จังหวัดสุรินทร์ มาใช้เป็นแนวทางในการบูรณาการดังกล่าว สำหรับนิคมดงทับ จังหวัดจันทบุรีได้เริ่มดำเนินการในปลายปี พ.ศ. 2555 ก่อนนิคมฯ อื่นด้วยงบประมาณจากมูลนิธิ UMEMOTO ประเทศญี่ปุ่น

และต่อมากระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้มีประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของนิคมตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม พ.ศ.2557 ส่วนนิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และนิคมบ้านหัน จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการจัดสัมมนาและมีพิธีการลงนาม MOU เมื่อวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2557

ต่อมาเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ.2556 ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่เป็นสมาชิกภายในนิคมบ้านกร่าง จังหวัดพิษณุโลก ได้ยื่นความจำนงผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปดำเนินการบูรณาการนิคมฯ ให้เป็นชุมชนทั่วไปเพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการของรัฐและลดความรังเกียจต่อโรคเรื้อนของชุมชนรอบข้างนิคมฯ ซึ่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก ได้เข้าไปดำเนินการตามความต้องการของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนตามขั้นตอนการบูรณาการ และมีการสัมมนาเพื่อจัดพิธีลงนามในบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (MOU) พร้อมกับนิคมฝ่ายแก้ว จังหวัดน่าน เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2557

2. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557- 2558 กรมควบคุมโรคมีแผนการขยายพื้นที่ในนิคมโรคเรื้อนที่มีความสนใจและมีความพร้อมได้แก่ นิคมโนนสมบูรณ์ จังหวัดขอนแก่น นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง นิคมอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ และนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ทั้ง 4 นิคมดังกล่าวได้เริ่มดำเนินการโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่รับผิดชอบ ได้ดำเนินการตามกระบวนการบูรณาการและมีการร่าง MOU เรียบร้อยแล้วและได้มีการจัดพิธีลงนาม MOU ในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2557 โดยทั้ง 4 นิคมฯดังกล่าว มีแผนที่จะประเมินความพร้อมเพื่อประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ในปี พ.ศ. 2558

3. แผนการดำเนินการบูรณาการนิคม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560 กำหนดให้มีการถอด

บทเรียนของนิคมที่บูรณาการเป็นชุมชนทั่วไปแล้ว ทั้ง 10 นิคม โดยใช้วงจรคุณภาพ PDCA และการประเมินความพร้อมของนิคมที่เหลือ 3 แห่ง คือ สถานสงเคราะห์ราชประชาสมาสัย อำเภอลำพะพราง จังหวัดสมุทรปราการ นิคมแพรง ขาหยั่ง จังหวัดจันทบุรี และนิคมพุดหงี จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้ในนิคมที่ยังไม่ได้บูรณาการทั้ง 3 นิคมจะมีการลงพื้นที่เพื่อศึกษาความพร้อม และความต้องการของสมาชิกในแต่ละนิคม ศึกษาการยอมรับของชุมชนรอบๆ นิคม ศึกษาความพร้อมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และการติดตามของโรคเรื้อนที่มีต่อสมาชิกในนิคม ทั้งนี้อยู่ภายใต้การมีส่วนร่วมของสมาชิกในพื้นที่โดยใช้รูปแบบการดำเนินการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในพื้นที่ และการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อนำมาวางแผนในการพัฒนานิคมโรคเรื้อนที่เหลือทั้ง 3 แห่งต่อไป

ขั้นตอนที่ใช้ในการบูรณาการนิคมฯให้เป็นชุมชนทั่ว มีดังนี้

1. การเตรียมการ (Preparation Phase) ประกอบด้วย

1.1 การคัดเลือกพื้นที่จากนิคมโรคเรื้อน ศึกษาความพร้อมของสมาชิกและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การยอมรับของชุมชนรอบข้าง สื่อสารกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ญาติ และประชาชนรอบๆนิคมฯ และการประสานแจ้งให้ทุกหน่วยงานในพื้นที่ได้ทราบเกี่ยวกับการบูรณาการนิคมฯ

1.2. การค้นหาและการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ (Situation analysis) ศึกษาความเป็นไปได้ในการบูรณาการ ความต้องการในการบูรณาการของสมาชิกในนิคมฯ และการศึกษาสภาพปัญหาที่มีอยู่ในนิคมฯ ด้วยการค้นคว้าจากเอกสารที่มีอยู่

การสัมภาษณ์เชิงลึก และการทำกลุ่มสนทนา (Focus Group Discussion: F.G.D.) กับผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการ (Gap) การเล่าเรื่องของกลุ่มผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคมฯ การศึกษาตราบาปของโรคเรื้อนและการยอมรับของประชาชนรอบนิคมฯ

2 ขั้นตอนการ (Implementation Phase) มีขั้นตอน ดังนี้

2.1 การประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference: F.S.C.) ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2.2 การทำประชาคมระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ประกอบด้วยผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและญาติที่อาศัยในนิคมฯทั้งหมด กับภาคีเครือข่ายภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ด้วยการจัดเวทีประชาพิจารณ์แบบมีส่วนร่วม (Public hearing) เพื่อให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและญาติได้มีโอกาสรับรู้บทบาทที่ถูกต้องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะเข้าไปพัฒนานิคมฯให้เป็นชุมชนทั่วไป การนำเสนอปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันเพื่อหาเจ้าภาพรับผิดชอบ และการวิเคราะห์ข้อดี ข้อด้อย ใครได้ ใครเสีย ได้มากกว่าเสีย หรือเสียมากกว่าได้ ภายใต้สถานการณ์ที่ทุกคนและทุกหน่วยงานพึงพอใจหรือได้มากกว่าเสีย (Win-Win situation analysis)

2.3 การจัดทำร่างบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (Memorandum Of Understanding: MOU) ด้วยการประชุมแบบมีส่วนร่วมของตัวแทนหน่วยงานเกี่ยวข้องกับตัวแทนของสมาชิกในนิคมฯ

2.4. การจัดทำพิธีลงนาม MOU ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการบูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่

ชุมชนทั่วไปเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยเน้นการเชิดชูเกียรติผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคมฯและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบูรณาการ การสร้างแรงบันดาลใจให้กับเจ้าหน้าที่ในนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศเพื่อการขยายผลต่อ และการประกาศให้สังคมได้รับรู้ว่านิคมโรคเรื้อน เป็นชุมชนปกติเช่นเดียวกับชุมชนทั่วไปในชุมชน

3. การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation Phase)

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับสถาบันราชประชาสมาสัย ทำการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยงานที่ได้ลงนามไว้ในพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงร่วมกัน MOU การสรุปจากเอกสารทางราชการว่ามีความก้าวหน้าตามข้อตกลงใน MOU หรือไม่ และการประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องและสมาชิกในนิคมฯ เพื่อดูความพร้อมในการเป็นชุมชนทั่วไป และประกาศยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของทางราชการตามขั้นตอนต่อไป

การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อน

แปลโดย นางศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์*

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนระดับโลกไว้ว่า เมื่อสิ้นปี ค.ศ.2000 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษาต้องน้อยกว่า 1 รายต่อประชากรหมื่นคน ($< 1 : 10,000$) จึงจะนับได้ว่าบรรลุเป้าหมายและสามารถดำเนินการกำจัดโรคเรื้อนได้จนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข อย่างไรก็ตามการกวาดล้างโรคเรื้อนทำได้ยาก เนื่องจากไม่สามารถทดสอบการติดเชื้อได้ รวมถึงการที่โรคเรื้อนมีระยะเวลาฟักตัวนาน และธรรมชาติของการเกิดโรคอีกหลายๆ ส่วนยังไม่เป็นที่ประจักษ์ชัด เช่น การติดเชื้อโดยยังไม่ปรากฏอาการ และพาหะนำโรค เป็นต้น (เช่น มีสัตว์อย่างน้อยหนึ่งชนิดที่เป็นแหล่งรังโรคคือ อาร์มาดีลโล (ตัวนัม)

ดังนั้น แนวทางการควบคุมโรคเรื้อนจึงเน้นการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และการลดปัญหาโรค(burden of disease) วิธีลดความพิการในผู้ป่วยรายใหม่ ทำได้โดยการค้นพบผู้ป่วยให้โดยเร็วในระยะแรกๆ ของการเป็นโรค การรักษาด้วยยา MDT และการให้บริการรักษาที่ดี รวมทั้งการป้องกันความพิการ เพื่อที่จะลดปัญหาของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น

1. ปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ

การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย มิใช่เพียงหาสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย แต่หมายถึง การใส่ใจให้ประชาชนทั่วไปมาตรวจร่างกาย ซึ่งทำให้สามารถค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ด้วย

องค์ประกอบของการให้บริการที่ดี ได้แก่

- การเข้าถึงบริการในการรักษา และดูแลได้โดยง่าย
- การมียา MDT ให้บริการอย่างเพียงพอ
- การดูแลภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา
- การดูแลความพิการและการป้องกันความพิการ
- การฟื้นฟูสภาพผู้พิการโรคเรื้อนโดยชุมชน
- การเคารพสิทธิของผู้ป่วยโรคเรื้อน
- การจัดความรังเกียจผู้ป่วยและความไม่เท่าเทียมระหว่างเพศหญิงและชาย

สิ่งต่างๆ เหล่านี้สามารถทำได้โดย

- พัฒนาศักยภาพของบุคลากร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ รวมถึงโรงพยาบาลให้มีศักยภาพในการตรวจวินิจฉัย การจำแนกชนิดของโรคสำหรับการรักษาด้วยยา MDT และสามารถทราบถึงลักษณะของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อรับบริการที่อื่นต่อไป

- หน่วยที่รับการส่งต่อต้องมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสม
- ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- สร้างความตระหนักเรื่องโรคเรื้อนของชุมชน

นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจร่างกาย ภายหลังสิ้นสุดการรักษาแล้ว เพื่อความมั่นใจว่าได้รับ การรักษาครบถ้วนและตรวจหาภาวะการสูญเสีย หน้าที่ของเส้นประสาทที่อาจมีเกิดขึ้นใหม่ โดย ระหว่างการรักษาผู้ป่วยควรได้รับการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับภาวะเส้นประสาทอักเสบและการกลับเป็น โรคใหม่ และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อเรื่อง ดังกล่าวข้างต้น

2. การบูรณาการงานควบคุมโรคเรื้อนเข้ากับระบบงานสาธารณสุขปกติ

การบูรณาการงานโรคเรื้อนนั้น มีความหมายรวมถึง การดำเนินการแก้ไขปัญหาความ รังเกียจของผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวของผู้ป่วย ด้วย ซึ่งกิจกรรมการบูรณาการต่างๆ ควรดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละระดับของระบบ บริการสาธารณสุขปกติ โดยผู้เชี่ยวชาญงานโรคเรื้อน จะรับบทบาทสำคัญในการประสานงาน การวางแผน การสนับสนุนทางวิชาการ และการควบคุมกำกับ ความก้าวหน้าในงานควบคุมโรคเรื้อนระดับประเทศ หรืออาจลงไประดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ด้วย แต่หลักการสำคัญก็คือการปรับปรุงกิจกรรม บูรณาการงานให้สามารถบรรลุเป้าหมาย โดยดำเนินการ ดังนี้

- เพิ่มความตระหนักของชุมชน และ สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อน เช่น โรคเรื้อนสามารถรักษาให้หายได้ โรคเรื้อนให้ บริการรักษาฟรี เป็นต้น และกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการค้นหาผู้ป่วย กิจกรรมการรักษา การรับยา MDT และการป้องกันความพิการ

- สร้างเสริมศักยภาพของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข

- ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีการนิเทศงาน และการสนับสนุนทางวิชาการโดยหน่วยงานระดับ

สูงกว่า ทั้งในระบบสาธารณสุขปกติและหน่วยงานโรค เรื้อนอย่างสม่ำเสมอ

- ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีบริการการส่งต่อ อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

- ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามียา MDT ยาอื่นๆ และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการรักษาผู้ ป่วยโรคเรื้อน ณ จุดให้บริการรักษา

3. ระบบการส่งต่อ

ระบบการส่งต่อที่ดี คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนต้อง ได้รับการรักษาที่มีคุณภาพดีที่สุดเหมาะสมกับอาการ ของผู้ป่วยนั้นๆ และเหมาะสมกับจำนวนค่าใช้จ่ายที่ ระบบบริการสาธารณสุขสามารถรองรับได้ การปรับปรุง ประสิทธิภาพของระบบส่งต่อต้องคำนึงถึง 3 สิ่งต่อไป นี้ คือ (1)การวางระบบงานในการป้องกันควบคุมโรค (2)การอำนวยความสะดวกในการส่งผู้ป่วย และ(3)การ ส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานระดับต่างๆ อย่างมี ประสิทธิภาพ

การวางระบบเพื่อปรับปรุงการส่งต่อให้ดีขึ้นนั้น ต้องกำหนดคุณลักษณะของหน่วยบริการใน แต่ละระดับให้ชัดเจน ทั้งในชนบทและเขตเมือง หรือ ชุมชนต่างๆ รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและ บริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิระดับอำเภอ ระบบ บริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ และโรงพยาบาลเชี่ยวชาญ เฉพาะทาง

การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังหน่วยบริการที่ มีศักยภาพสูงกว่าด้วยระบบขนส่งโดยสาธารณะ ควรพิจารณาศักยภาพของผู้ป่วยว่าสามารถรับภาระค่า โดยสารในการเดินทางไปรับการรักษาตามระบบการส่ง ต่อได้หรือไม่ และเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสิ้นสุด กระบวนการ ณ จุดบริการหน่วยที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวกลับไปรับการดูแลยังหน่วยบริการปฐม ภูมิ จึงควรแจ้งข้อมูลผลการรักษาที่ได้ดำเนินการเสร็จ สิ้นแล้ว และส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่ผู้ป่วยควรได้รับ

ต่อไปยังหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ด้วย

ทว่าปัญหาที่พบเห็นได้เสมอคือ ผู้ป่วยข้ามชั้นไปรับการรักษา ณ หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงทำให้จำนวนผู้รับบริการ ณ หน่วยบริการศักยภาพสูงมีจำนวนมากเกินไป ทางแก้ไขคือต้องเพิ่มศักยภาพคุณภาพการให้บริการ ความพอเพียงและประสิทธิภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือสามารถจูงใจให้เกิดความต้องการมารับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมินั้นๆ

ระบบการส่งต่อมีความสำคัญในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ดังนั้นผู้ให้บริการทางการแพทย์ทุกคนและทุกหน่วยงานควรยึดถือหลักการที่วางไว้อย่างเคร่งครัด ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น และปฏิบัติตามหลักการที่ได้ตกลงไว้ร่วมกัน ระบบที่มีคุณภาพจะสามารถครอบคลุมการให้บริการตามความต้องการของผู้ป่วยได้

ปัจจุบันหลายหน่วยงานไม่มีบริการส่งต่อหรือมีอยู่ก็ไม่เต็มรูปแบบเท่าที่ควร การพัฒนาระบบส่งต่อให้กับหน่วยที่มีความต้องการและมีความจำเป็นถือเป็นสิ่งสำคัญลำดับต้นๆ ในการบูรณาการงานควบคุมโรคเรื้อนเข้ากับระบบสาธารณสุขปกติ

ระบบส่งต่อควรประกอบไปด้วยเครือข่ายบุคคลและหน่วยงานที่สามารถให้บริการได้ มีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบ กระบวนการ และหลักการปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานทางเวชปฏิบัติ โดยกำหนดขั้นตอนการส่งตัวผู้ป่วยและการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย ควรมีการสร้างเครือข่ายหน่วยบริการ และมีการประสานงานระหว่างเครือข่ายด้วยวิธีการต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น เจ้าหน้าที่ระหว่างหน่วยบริการประสานเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในกรณีจำเป็นต่างๆ ผ่านทางโทรศัพท์ ไปรษณีย์ หรือทาง

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

4. การสร้างและการอ้างความรู้ความสามารถของหน่วยงานระดับชาติ

การขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในงานโรคเรื้อน ถือเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน วิธีแก้ไขปัญหานี้เรื่องนี้ องค์การระดับโลกได้แนะนำไว้ 2 ประการ คือ 1.) วางแผนการพัฒนาศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่ และ 2.) สำหรับประเทศที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคเรื้อนอยู่ ควรมีสุนัขฝึกอบรมในหน่วยบริการทุกระดับ

องค์การระดับโลก ระดับภาคพื้นและระดับประเทศ ควรให้การฝึกอบรมเพื่อสร้างผู้เชี่ยวชาญในงานโรคเรื้อน แพทย์ผิวหนังและเจ้าหน้าที่ฝึกอบรม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้สามารถให้การอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุขได้ ในประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคเรื้อนอยู่นั้น แพทย์ผิวหนังที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อนมีบทบาทสำคัญในงานโรคเรื้อนอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในเขตเมือง และแพทย์เหล่านี้ยังเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญที่เป็นแหล่งความรู้ของประเทศอีกด้วย

5. ความตระหนักของชุมชนและการให้สุขศึกษา

5.1 ความตระหนักของชุมชน

การขาดความตระหนักของชุมชนอาจเป็นผลจากความบกพร่องของกิจกรรมสุขศึกษาและนโยบายการดำเนินการด้านสุขศึกษาจากหน่วยงานของรัฐ มากกว่าการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพียงอย่างเดียว เพราะความร่วมมือจากชุมชนครอบคลุมตั้งแต่ความร่วมมือจากผู้ป่วยโรคเรื้อน หน่วยงานภาครัฐ องค์การภาคธุรกิจ จะเห็นได้ว่าทุกภาคส่วนล้วนมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการริเริ่มหรือฟื้นฟูกิจกรรมต่างๆ

การเพิ่มความตระหนักของชุมชน โดยการให้ความรู้โรคเรื้อนผ่านสื่อต่างๆ จำเป็นต้อง มีการพิจารณากลุ่มผู้รับสาร (ชาวบ้านในชุมชน) ว่า มีความสามารถในการรับสารมากน้อยเพียงใด อาจ พิจารณาได้จากการเข้าไปร่วมทำกิจกรรมกับชาว บ้าน เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมของข้อมูลข่าวสาร ออกแบบเนื้อหาสำคัญที่จะสื่อสาร เลือกช่องทางการ สื่อสาร (รณรงค์หรือเครือข่ายชุมชน) กิจกรรมและ สื่อที่ใช้ การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ และหาวิธี เชื่อมโยงกับการดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ด้วย โครงการ ให้ความรู้โรคเรื้อนควรเลือกใช้สื่อที่มีอยู่มาใช้อย่าง เหมาะสมเพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ระบบสื่อสารมวลชนสามารถนำมา ใช้ในการแพร่กระจายข้อมูลข่าวสารในวงกว้าง แต่ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมจะเกิดขึ้น เฉพาะในการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อบุคคล

จุดมุ่งหมายของการทำกิจกรรม เพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อน การ ควบคุมโรคเรื้อน และการแนะนำข้อมูลข่าวสารที่ เป็นประโยชน์แก่ชุมชนให้รับทราบรวมทั้งบทบาท หน้าที่ของชุมชน เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกชุมชนมี บทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนมารับการตรวจ และรับการรักษาเมื่อมีอาการน่าสงสัย เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มอัตราการมารับการรักษาด้วยตนเอง และ สร้างเสริมทัศนคติเชิงบวกของชุมชนต่อผู้ป่วยโรค เรื้อน

5.2 สุขศึกษาประชาสัมพันธ์และการ สื่อสารข้อมูล

การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เรื้อน ประกอบกับตำนานความเชื่อโบราณเกี่ยวกับ โรคเรื้อน นำมาซึ่งความเชื่อที่ผิดต่อโรคเรื้อน ส่งผล ให้เกิดการแบ่งแยกและความรังเกียจต่อผู้ป่วยและ ครอบครัว ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมและ อคติต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน รูปแบบของความรังเกียจต่อ

ผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิเสธไม่ให้เข้าสังคม การแสดงออกถึง ความรังเกียจกลัว

กิจกรรมสุขศึกษาประชาสัมพันธ์และ การสื่อสารข้อมูลมีความสำคัญต่อกิจกรรมการดำเนิน งานโรคเรื้อน ในด้านการสื่อสารข้อมูลเพื่อการค้นหาผู้ ป่วยรายใหม่ในระยะเริ่มปรากฏอาการ และการเปลี่ยน ทัศนคติของชุมชนต่อโรคเรื้อนและต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ในบางประเทศ การสื่อสารการตลาดเชิงสังคมถูกนำมา ใช้เพื่อเพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไปรับ การรักษาด้วยตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ของชุมชน

กิจกรรมสุขศึกษาประชาสัมพันธ์มี เป้าหมายเพื่อสร้างความตระหนักของประชาชนใน ประเด็นสำคัญ ดังนี้

- สร้างความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อนและ การป้องกันควบคุมโรคเรื้อน
- กระตุ้นให้เกิดความตระหนักเกี่ยว กับคุณภาพการให้บริการ
- กระตุ้นการใช้บริการและช่วยเหลือ สนับสนุนงานสาธารณสุข
- ขจัดความเชื่อและความเข้าใจผิด เกี่ยวกับโรคเรื้อน
- ไม่ยอมรับและต่อต้านการรังเกียจ และการแบ่งแยกผู้ป่วยโรคเรื้อน
- สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรม การควบคุมโรคเรื้อนให้ชุมชน
- สร้างทัศนคติเชิงบวกและพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ให้กับชุมชน
- ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อนให้สามารถ ต่อสู้เพื่อไม่ให้ถูกกีดกัน

6. การพัฒนาการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่

6.1 การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และการ รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน

การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (active case finding) ซึ่งกระทำโดยหน่วยงานเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ประสบผลสำเร็จอย่างมากในอดีต ต่อมาเมื่อโรคเรื้อนเป็นที่รู้จักทั่วไป วิธีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกแบบเข้าไปค้นหาผู้ป่วยในหมู่บ้านกลายเป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสมและไม่แนะนำให้ปฏิบัติ ยกเว้นในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดสูงและในชุมชนที่ขาดความตระหนักของชุมชน และพื้นที่ที่ปัญหาโรคเรื้อนถูกละเลย สำหรับวิธีการที่แนะนำคือ วิธีการค้นหาผู้ป่วยเชิงตั้งรับ (passive case detection) ที่หน่วยบริการ โดยมีกิจกรรมสุขศึกษา ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักให้แก่ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญสุดท้ายก็คือการมีนโยบายการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่ชัดเจนและมีการปฏิบัติอย่างจริงจังในทุกระดับ และการพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพึงพอใจส่งผลให้มารับการรักษาสม่ำเสมอและรักษาครบถ้วน

สำหรับประเทศที่มีพื้นที่การกระจายโรคไม่สม่ำเสมอหรือเฉพาะกลุ่มประชากร วิธีการที่ดีและมีความคุ้มค่าที่สุด คือ การมุ่งเป้าหมายประชาชนในพื้นที่เสี่ยงโดยการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีวิธีการค้นหาผู้ป่วยใหม่ เช่น ใช้แผนที่ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์

6.2 ความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วย

จากการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและบริบทแวดล้อม โดยพบว่าความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเป็นเวลา 2 ปี ส่วนค่าต่ำสุดและสูงสุดเป็นช่วงกว้าง ตั้งแต่ 2-3 เดือนจนถึง 20 ปี

ในสถานการณ์ที่จำนวนผู้ป่วยลดต่ำลง ระยะเวลาของความล่าช้าในการรักษาดูเหมือนจะยาวนานขึ้น จำนวนผู้ป่วยเชื้อมา (MB) มีจำนวนสูงขึ้น และพบว่าผู้ป่วยใหม่พบการมีจำนวนมากขึ้นด้วย

7. ประชากรและพื้นที่ที่ควรได้รับการดูแลพิเศษ

7.1 พื้นที่ที่มีปัญหาโรคเรื้อนสูง

ในหลายประเทศอาจมีบางพื้นที่หรือบางกลุ่มประชากรพบการแพร่ระบาดสูง จำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีมากหรือพบผู้ป่วยรายใหม่พิการจำนวนมาก พื้นที่เหล่านี้ควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยรายใหม่เป็นเด็ก ความล่าช้าที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยและรักษาในพื้นที่ดังกล่าวจะทำให้ยิ่งเพิ่มการแพร่กระจายโรคไปสู่บุคคลอื่นมากขึ้น ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากปัจจัยเหล่านี้ คือ

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดความรู้โรคเรื้อนจึงไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง

- ชุมชนมีความรังเกียจผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่เปิดเผยตัว

- กิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยไม่เข้มข้น

- กิจกรร ม สุข ศี ก ษา ประชาสัมพันธ์ไม่มีประสิทธิภาพ

- การเข้าถึงบริการสาธารณสุขยากลำบาก

- ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในพื้นที่ที่มีปัญหาโรคเรื้อนสูงเช่นนี้ ควรมีการตั้งโครงการควบคุมโรคเรื้อนขึ้น โดยมีหน้าที่ทำรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับการรักษาหรือการแนะนำส่งตัวมารักษา เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เผยแพร่เกี่ยวกับโรคและวัตถุประสงค์ของโครงการ

แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาและการให้บริการด้านต่างๆ อย่างครบถ้วน รวมถึงมีการตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยแล้ว ก็ยังมีความจำเป็นเพื่อตรวจหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังมี

หลงเหลืออยู่ในชุมชนต่อไป ในสถานการณ์อย่างนี้ ในพื้นที่
การตรวจคัดกรองประชาชนอย่างรวดเร็วก็อาจพบผู้
ป่วยรายใหม่ได้

7.2 พื้นที่ที่มีปัญหาโรคเรื้อนต่ำ

จากการสังเกต หลายประเทศที่เคยมีการระบาดของโรคเรื้อนสูง เมื่อผู้ป่วยลดจำนวนลงทำให้การทำงานเปลี่ยนแปลงไป ในลักษณะดังกล่าวควรมีการประเมินสถานการณ์เพื่อปรับลักษณะการให้บริการและจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม การทำงานในภาวะความชุกโรคต่ำมีความยากและไม่คุ้มค่าใช้จ่ายหากจัดบริการอย่างเต็มรูปแบบ และการคงความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่ำบดบังในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งเจ้าหน้าที่บางคนอาจจะไม่เคยมีโอกาสนิฉินฉินและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนเลย

การควบคุมโรคเรื้อนในสถานการณ์เช่นนี้ต้องวิเคราะห์ความจำเป็นของกิจกรรมที่จะดำเนินงาน สถานบริการรักษาควรเป็นพื้นที่ที่เข้าถึงได้ง่าย ควรจัดให้มีศูนย์เชี่ยวชาญโรคเพื่อรองรับการส่งต่อ (referral center) ตามจุดต่างๆ เพื่อคงความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนไว้กรณีที่ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อน

7.3 ประชากรที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการ

สิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมโรคเรื้อน คือ สามารถให้การรักษาแก่ผู้ป่วยทุกคน แม้อยู่ในถิ่นทุรกันดาร เป็นชนกลุ่มน้อยหรือคนยากจน ก็ต้องสามารถให้การรักษาแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้

สถานการณ์ดังกล่าวต้องมีการเตรียมมาตรการแก้ไขปัญหานี้ไว้ ควรมีการระบุประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ขอบเขตของบริการที่สามารถให้ได้ ควรมีการประสานเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7.4 พื้นที่เขตเมือง

ในปี 2007 พื้นที่ทั่วโลกมีความเป็นเมืองมากขึ้นอย่างเป็นประวัติการณ์ ประชากรประมาณ 3 พันล้านคนอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด และจำนวนประชากรในเขตเมืองมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในประเทศยากจน

ประชากรเขตเมืองโดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชนแออัด มีความท้าทายในการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมาก เนื่องจากปัญหาด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ความไม่เท่าเทียมและข้อจำกัดต่างๆ ส่งผลให้ประชากรขาดความตระหนักต่อโรคเรื้อน และปัญหาในการเข้าถึงบริการ

ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนแออัดมีความรุนแรงกว่าพื้นที่อื่นๆ ในเมือง และมากกว่าในชนบท โรคเรื้อนที่ประชาชนเป็น กว่าจะได้รับการรักษาก็ต่อเมื่ออยู่ในระยะที่รุนแรงแล้ว สำหรับพื้นที่ชุมชนแออัดควรมีการบูรณาการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในด้านต่างๆ ไปด้วยกัน ซึ่งได้แก่

- มีการจัดทำแผนงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ (รวมทั้งการควบคุมโรคเรื้อน)

- สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของให้กับชุมชน โดยการทำงานร่วมกันระหว่างผู้นำท้องถิ่นกับผู้ป่วยโรคเรื้อน มีการประสานงานกันและมีการตัดสินใจร่วมกัน

- เพิ่มเครือข่ายที่จะทำกิจกรรมร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน แพทย์ เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและคนในครอบครัวให้มากที่สุด

- ให้ความสำคัญกับข่าวสาธารณสุขและสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายโดยใช้สื่อที่เหมาะสม

- จัดให้มีหน่วยงานเชี่ยวชาญโรคเรื้อนเพื่อรับการส่งต่อ

8. การเฝ้าระวังในกลุ่มผู้สัมผัสโรค

ด้วยหลักที่ว่าคนเป็นแหล่งรังโรคและเป็นแหล่งแพร่ของโรคเรื้อนนั้น ทำให้มีการเน้นการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคที่บ้าน และอาจรวมถึงการให้ยาต้านโรคเรื้อนแก่ผู้สัมผัสโรคดังกล่าว ผู้สัมผัสโรคที่บ้านของผู้ป่วยเหล่านี้ มิได้สร้างปัญหาให้กับกิจกรรมงานค้นหาผู้ป่วยใหม่ในชุมชน แต่กลับเป็นตัวช่วยให้การทำงานค้นหาผู้ป่วยง่ายขึ้น เนื่องจากสามารถระบุกลุ่มเสี่ยงได้ และผู้สัมผัสโรคเหล่านี้ยังสามารถจูงใจให้มารับการตรวจร่างกายหรือยอมรับการให้ยาต้านการเกิดโรคได้ง่ายอีกด้วย การดำเนินการเฝ้าระวังในการค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มผู้สัมผัสโรคจึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างยิ่ง

การตรวจผู้สัมผัสโรคนั้นเน้นหนักในกลุ่มผู้สัมผัสโรคที่บ้าน เนื่องจากสามารถระบุตัวได้ง่าย และผู้สัมผัสโรคที่บ้านนั้นมีความเสี่ยงสูงจากการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วย และยังมีปัจจัยเสริมอื่นๆ อีก เช่น การถ่ายทอดลักษณะนิสัย พฤติกรรม อาหารการกิน และสภาพแวดล้อมรอบตัวที่เอื้อต่อการเป็นโรคที่คล้ายคลึงกัน

ความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อนของผู้สัมผัสโรคที่บ้านของผู้ป่วยชนิด MB มีมากกว่าบุคคลทั่วไป 5-10 เท่า และความเสี่ยงของผู้สัมผัสโรคที่บ้านของผู้ป่วยชนิด PB มีมากกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า ความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อนนี้มีในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่และในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

ข้อสังเกต ในสถานการณ์ความชุกโรคต่ำ จะพบสัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นผู้สัมผัสโรคที่บ้านจำนวนมาก แต่พื้นที่ที่มีการระบาดของโรคเรื้อนสูง เมื่อพิจารณาผู้ป่วยใหม่ จะไม่พบความแตกต่างมากนักระหว่างผู้ป่วยที่มาจากการเป็นผู้สัมผัสโรคกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นผู้สัมผัสโรค

ในการตรวจค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ควรมีการตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคที่บ้าน พร้อมทั้งแจ้งอาการที่น่าสงสัยจะเป็นโรคเรื้อนให้ทราบ เพื่อจะได้ออกมารับ

การรักษาเมื่อปรากฏอาการ และหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายและควบคุมกำกับงานโรคเรื้อนของประเทศ อาจจะกำหนดให้มีการแจกยาไรแฟมพิซิน 1 ครั้งเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อน หลังจากให้การรักษาโรคแก่ Index case และการตรวจผู้สัมผัสโรคแต่ละราย ทั้งนี้ ไม่รวมถึงผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนและวัณโรค

9. ความต่อเนื่องของการรักษา

หน่วยบริการสาธารณสุขควรมีระบบการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น กรณีที่ผู้ป่วยผัดนัดในการมารับยา ควรมีการติดตามถามเหตุผลในการผัดนัดนั้นๆ รวมทั้งควรมีการเน้นย้ำความสำคัญของการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและครบถ้วน หากไม่ได้ผลก็ควรมีการเยี่ยมบ้านเพื่อไปให้คำแนะนำถึงความสำคัญของการรักษา หรือให้ผู้เคยป่วยด้วยโรคเรื้อนซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับนับถือจากผู้ป่วยช่วยพูดโน้มน้าวส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วย

9.1 การรักษาโดยมีความยืดหยุ่น

ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าถึงสถานบริการยากหรือมีความจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถมารับยาตามกำหนดนัดได้ สามารถแก้ปัญหาขาดยาได้โดยจ่ายยารั้งละหลายเดือน แต่ในกรณีเช่นนี้อาจพิจารณาให้มีอาสาสมัครคอยติดตามให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง เรียกแนวทางการรักษาแบบนี้ว่า “accompanied MDT” หรือ “A-MDT” นอกจากนี้ควรมีการให้สุขศึกษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และเน้นให้ทราบว่าถ้ามีปัญหาใดๆ ขณะรักษาควรมาพบแพทย์ และเมื่อรักษาครบถ้วนแล้วผู้ป่วยควรได้รับการประเมินผลการรักษาจากแพทย์

10. การสนับสนุนยา MDT

การค้นหาผู้ป่วยใหม่ให้รวดเร็วและให้การรักษาด้วยยา MDT เป็นวิธีการหลักในการรักษาโรคเรื้อนในปัจจุบัน ดังนั้นการจัดสรรยา MDT ที่มีคุณภาพ ให้เพียงพอ และง่ายต่อการเข้าถึงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากเกิดกรณียาไม่เพียงพอย่อมเป็นอันตรายสำหรับผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อถือในระบบบริการสาธารณสุขด้วย

ในสถานการณ์ที่จำนวนผู้ป่วยลดน้อยลงอย่างต่อเนื่อง การส่งผ่านยาไปยังผู้รับบริการต้องมีการปรับให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับยาตามที่ต้องการ โดยหน่วยงานภาครัฐ WHO และหน่วยงานผู้สนับสนุนอื่นๆ จะต้องมีการประสานความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องต่อไป

11. การป้องกันโรคเรื้อน

ตามที่ได้กล่าวแล้วว่าการระบาดของโรคเรื้อนลดน้อยลงตั้งแต่องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้ยา MDT ในการรักษาโรคเรื้อน ดังจะเห็นได้จากการลดลงของอุบัติการณ์ของโรค (incidence) และจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลง เป็นหลักฐานที่กำลังแสดงว่าการแพร่เชื้อโรคเรื้อนในชุมชนลดลง และจากการสังเกตพบที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างความเจริญทางสังคมเศรษฐกิจกับการแพร่เชื้อที่ลดลง ซึ่งหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจนมีทั้งการให้วัคซีน BCG การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และการรักษา

สำหรับการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และการรักษาซึ่งทำให้อุบัติการณ์ของโรคลดลงนั้น ไม่สามารถระบุเป็นตัวเลขที่ชัดเจนได้ แต่จากการศึกษาในช่วงเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา พอสรุปได้ว่าการกำจัดเชื้อโรคเรื้อนด้วยการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และให้การรักษาสสามารถลดการแพร่เชื้อได้จริง แต่หากจะระบุว่าจะลดลงเป็นจำนวนเท่าใดนั้นทำได้ยาก

เหตุผลประการแรก คือ ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะถูกวินิจฉัยและเริ่มให้การรักษา เขาได้รับเชื้อโรคเรื้อนจากการสัมผัสใกล้ชิดมานานแล้ว ความจริงก็คือเขาเป็นโรคเรื้อนแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม MB ประการที่สอง เขาอาจเป็นแหล่งโรคก่อนที่จะปรากฏอาการของโรค ตัวอย่างเช่น ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนในโพรงจมูกของคนปกติ ซึ่งแสดงว่ามีแหล่งแพร่เชื้อมากขึ้น ดังนั้นแนวทางการป้องกันโรคเรื้อนอาจจะมุ่งไปที่ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่าในบุคคลทั่วไป โดยกำหนดมาตรการต่างๆ เช่น ให้วัคซีน BCG หรือ chemoprophylaxis ด้วยยาไรแฟมพิซิน 1 ครั้งหรือยาต้านไมโครแบคทีเรียอื่นๆ

11.1 ภูมิคุ้มกัน BCG

มีเอกสารวิชาการหลายชิ้นที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของวัคซีน BCG กับโรคเรื้อนว่าสามารถป้องกันโรคเรื้อนทั้งชนิด MB และ PB ได้ โดยในประเทศบราซิลได้มีการรวบรวมข้อมูลการป้องกันโรคเรื้อนด้วยวัคซีน BCG พบว่าข้อมูลแตกต่างผันแปรตั้งแต่ร้อยละ 20 ถึง 80 ซึ่งไม่สามารถหาสาเหตุได้ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะ BCG เป็นวัคซีนในการป้องกันวัณโรคซึ่งใช้กันอย่างกว้างขวางทั่วโลก ทำให้รวมถึงประเทศที่มีการระบาดของโรคเรื้อนสูงด้วย(เด็กทารกร้อยละ 85 ได้รับ BCG ในระยะขวบปีแรก) เป็นไปได้ว่าอาจมีส่วนช่วยลดการเกิดโรคเรื้อนด้วย แต่ผลกระทบที่ชัดเจนนั้นวัดได้ยากมาก

11.2 Immunoprophylaxis ของผู้สัมผัสโรค

การให้วัคซีน BCG แก่ผู้สัมผัสโรคถูกใช้เป็นนโยบายในประเทศแถบลาตินอเมริกา(บราซิล คิวบา และเวเนซุเอลา) และพบว่ามีประสิทธิผลในการลดอุบัติการณ์ของโรคเรื้อนในประเทศนั้นๆ อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านี้ยังสับสนด้วยมีปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากร บางประเทศ

ผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีน BCG ตอนเป็นทารก และได้รับวัคซีนอีกครั้งในกลุ่มประชากรเดิม แต่บางประเทศก็ไม่ได้ทำเช่นนั้น บางกรณีก็มีหลักฐานว่าวัคซีน BCG อาจเป็นตัวเร่งให้เกิดเป็นโรคเร็วขึ้น

11.3 Chemoprophylaxis ของผู้สัมผัสโรค

ผลการวิจัยเชิงทดลองหลายแห่ง พบว่าการให้ยาเคมีบำบัดแก่ผู้สัมผัสโรคหรือประชาชนทั้งหมดมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ต่างๆ กัน โดยการศึกษาครั้งแรกใช้ dapson หรือ acedapsone ต่อมาได้ให้ rifampicin 600 mg. ครั้งเดียวกับผู้สัมผัสโรคในประเทศบังคลาเทศ ซึ่งป้องกันได้ในช่วงระยะเวลาที่จำกัด สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคในแต่ละคนได้เพียง 2 หรือ 3 ปี และหลักฐานยังบ่งชี้ว่าหากผู้สัมผัสโรคกับผู้ป่วยมีความใกล้ชิดกันมากช่วงเวลาป้องกันจะยิ่งจำกัดน้อยลง ซึ่งผลการวิจัยได้นำไปสู่การวางแผนทางป้องกันโรคในผู้สัมผัสโรคทั้งสองกลุ่มนี้ โดยการตัดสินใจที่จะดำเนินการป้องกันโรคหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น

- ทรัพยากรต่างๆ : การฝึกอบรมและการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และงบประมาณที่ได้รับอย่างเพียงพอ

- ปัจจัยอื่นๆ : ตัวอย่างเช่น จะไม่ให้วัคซีน BCG แก่ผู้ติดเชื้อ HIV เอดส์ หรือไม่ให้ rifampicin 600 mg. ครั้งเดียวกับผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยโรคตับ ซึ่งทั้งสองกรณีนี้ต้องมีการคัดกรองผู้ป่วยเหล่านี้ออกจากกลุ่มผู้สัมผัสโรคทั้งหมดก่อน

- ผลข้างเคียง : การให้วัคซีน BCG หรือ rifampicin 600 mg. ครั้งเดียวก่อนข้างปลอดภัย แต่ทั้งสองอย่างนี้ก็อาจจะไม่มีความเสี่ยงเลย

- จริยธรรม/การเก็บความลับ : บางคนอาจจะไม่ต้องการให้ใครทราบว่าเขาเป็นผู้สัมผัสโรคด้วย

11.4 ขั้นตอนต่อไปของวิธีการ prophylaxis

เมื่อทราบว่าผู้สัมผัสโรคมีความเสี่ยงสูงต้องดำเนินการตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคให้ครบถ้วนตามแนวทางการป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ในกรณีที่มีทรัพยากรมากพออาจพิจารณาใช้ immunoprophylaxis หรือ chemoprophylaxis กับผู้สัมผัสโรคก็ได้ แต่การตัดสินใจต้องพิจารณาถึงวิธีการที่มีความครอบคลุม ครบถ้วน ดังที่กล่าวมาข้างต้น ผลกระทบจากกระบวนการนี้อาจทำให้สัดส่วนของผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มผู้สัมผัสโรคจะเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการศึกษาวิจัยถึงทรัพยากรที่ต้องใช้และความคุ้มค่าต่อการลงทุนจากดำเนินการควรได้รับการจัดลำดับความสำคัญระดับต้นๆ

12. การเฝ้าระวังการดื้อยา

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนใช้หลักเกณฑ์ตามองค์การอนามัยโรคทั้งชนิด MB และ PB หากมีการดื้อยา rifampicin เกิดขึ้นก็จะเป็นอุปสรรคใหญ่ของการลดความชุกโรคเรื้อนในหลายประเทศทั่วโลก แต่ขณะนี้ยังมีข้อมูลน้อยมากเกี่ยวกับการดื้อยา อย่างไรก็ตามด้วยวิธีการพัฒนา DNA ทำให้มีรายงานหลายฉบับที่กล่าวถึงโอกาสการดื้อยา rifampicin, dapson และ ofloxacin ปรากฏออกมา แม้จะยังไม่นับเป็นปัญหาเร่งด่วนในปัจจุบัน แต่ก็ต้องให้ความสำคัญโดยเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและติดตามแนวโน้มเรื่องนี้อย่างถี่ถ้วนและต่อเนื่อง

13. การกำกับงานและประเมินผล

13.1 ตัวชี้วัดสำหรับการกำกับงาน

เป้าหมายหลักของการกำกับการงาน (monitoring) เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการลดปัญหาโรคเรื้อน (disease burden) ว่าเป็นไปตามเวลาที่กำหนดไว้หรือไม่ ตัวชี้วัดที่ใช้วัดความ

ก้าวหน้าสามารถจัดเป็นกลุ่มได้ดังนี้

ก. ตัวชี้วัดหลักที่ต้องการข้อมูล
สำหรับการกำกับงาน

การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุด สำหรับทราบการแพร่เชื้อโรคเรื้อนในเวลานั้นและเป็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเรื้อนด้วย การใช้ความชุกโรคเรื้อน(prevalence) แทนตัวชี้วัดปัญหาโรคเรื้อนไม่นิยมใช้ในปัจจุบัน เพราะว่ายังมีผู้ป่วยโรคเรื้อนตกค้างยังไม่ได้รักษาในแหล่งต่างๆ รวมถึงกระบวนการรักษาใช้ระยะเวลาสั้นลงกว่าเดิม ส่วนในความหมายของผู้ป่วยรายใหม่มีปัญหาบางอย่างโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค คือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็มาจากปัจจัยในการดำเนินงานหลายอย่าง ที่แปรไปตามเวลาและพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ดังนั้นจำเป็นมากที่ตัวชี้วัดต้องน่าเชื่อถือ มีความจำเพาะเจาะจง(specificity)สูง ศึกษาแนวโน้มและประเมินผลกระทบจากกิจกรรมที่มีใช้จากโรคเรื้อน โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของระยะเวลาการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ “อัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่พิการระดับ 2 ต่อประชากรล้านคน(new cases with G2D per 1 million population)” ก็เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญไม่เพียงแต่ใช้กำกับงานโรคเรื้อนทั้งหมด แต่ยังเป็นตัวชี้วัดที่บอกถึงเวลาที่ได้ถูกวินิจฉัยโรคและความพยายามที่จะป้องกันความพิการ สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่พิการระดับ 2 จะถูกใช้ควบคู่กับอัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่พิการระดับ 2 ต่อประชากรล้านคน

ในหลายประเทศ จำเป็นต้องปรับการทำงานเพื่อตอบตัวชี้วัดอัตราการรักษากรบถ้วนร้อยละ 75-90 ถ้าเป็นการยากที่จะเก็บข้อมูลจากการวิเคราะห์ cohort อาจใช้ตัวเลขจากการรักษากรบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยในปีนี้เทียบกับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ค้นพบในปีที่ผ่านมา แต่ควรพยายามทำการเก็บข้อมูลจากการวิเคราะห์ cohort

ตัวชี้วัดหลักมีดังนี้

1. จำนวนและอัตราของผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร ต่อปี

2. จำนวนและอัตราผู้ป่วยรายใหม่พิการระดับ 2 ต่อล้านประชากร ต่อปี

3. แนวโน้มของอัตราการรับยาครบถ้วนของชนิด MB และ PB

ตัวชี้วัดเหล่านี้ใช้กำกับความก้าวหน้างานโรคเรื้อนของแต่ละประเทศ และยังใช้เปรียบเทียบระหว่างประเทศตามช่วงเวลาด้วย

ข. ตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ใช้กำกับงาน

ตัวชี้วัดติดตามความก้าวหน้า

เช่น

1. จำนวนและอัตราผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ต่อประชากรผู้มีอายุน้อยกว่า 15 ปีต่อแสนคน ต่อปี

2. สัดส่วนของผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด

3. สัดส่วนของผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นเพศหญิงในผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด

4. สัดส่วนของผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นชนิด MB ในผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด

5. สัดส่วนของผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด

ค. ตัวชี้วัดสำหรับการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ รวมทั้งการวินิจฉัยการรักษา และดูแลความพิการ

ตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการ มีดังนี้

1. จำนวนผู้พิการระดับ 2 ทั้งหมด (รักษาและได้รับการรักษากรบถ้วนแล้ว) ต่อประชากรล้านคน

2. สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่

มีความพิการเพิ่มขึ้นสู่ระดับ 2 ในขณะรักษา

3. สัดส่วนของผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการยืนยันแล้วว่าวินิจฉัยถูกต้อง

4. อัตราส่วนความชุกโรค ต่อ ผู้ป่วยรายใหม่

5. จำนวนผู้ป่วยกลับมาเป็นใหม่ในผู้ป่วยที่รักษาด้วย MDT ครบแล้วทั้งหมด

6. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครบถ้วนแล้ว

จำนวนผู้พิการระดับ 2 ทั้งหมดต่อประชากรล้านคน แสดงให้เห็นถึงจำนวนประมาณการภาระงานโรคเรื้อนที่ยังเหลืออยู่ ส่วนอัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยกำลังรักษา ต่อ ผู้ป่วยรายใหม่ เป็นตัวชี้วัดแสดงถึงการรักษาครบถ้วนทางอ้อม อาจจะมีมากขึ้นขึ้นอยู่กับกำหนดยุทธศาสตร์เวลาให้การรักษาของประเทศนั้นๆ

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณอาจใช้วิธีการเชิงคุณภาพแทนได้โดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมผ่านการเสวนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประมาณความล่าช้าในการรักษา ทำให้สามารถระบุอุปสรรคในการค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกได้ หรือรวบรวมข้อมูลจากการอบรมเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นและจากผู้นิเทศงานเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการประเมินคุณภาพการให้บริการ

การกำกับงานมุ่งวัดสถานการณ์โรคโดยใช้ตัวชี้วัดต่างๆ ควรจัดทำระบบบันทึกข้อมูลข่าวสารและการรายงานผลการดำเนินงาน สำหรับค้นหาข้อมูลประกอบการคำนวณอัตราต่างๆ และที่สำคัญมากคือนำไปคำนวณตัวชี้วัดเหล่านี้ให้ครบถ้วน

13.2 การประเมินผลโครงการควบคุมโรคเรื้อนจากภายนอก

การกำกับงานตามปกติที่

ทำเป็นประจำ จำเป็นต้องมีการประเมินผลจากภายนอก (Independent evaluation) ตามช่วงเวลา ไม่ว่าจะเป็นด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

งานควบคุมโรคเรื้อน เพื่อให้มีมุมมองในการปรับปรุงกลวิธีและกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับท้องถิ่น และจะเกิดประโยชน์สูงสุดถ้าได้รับความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนระดับประเทศ องค์การอนามัยโลก องค์การเอกชนและตัวแทนจากผู้ป่วยโรคเรื้อน อาจมีคู่มือแนวทางการประเมินผล เช่น Leprosy Elimination Monitoring (LEM) exercise ที่มีตัวชี้วัดครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มตัวชี้วัด รวมทั้งตัวชี้วัดกระบวนการที่เป็นการเข้าถึงบริการ การวินิจฉัยล่าช้า และมุมมองโครงสร้างของบุคลากร การอบรมและการนิเทศ

กลยุทธ์การลดปัญหาโรคเรื้อนในอนาคต

1. การกำจัดโรคเรื้อนไม่ให้ปัญหาสาธารณสุข

เป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลก กำหนดให้ ลดอัตราความชุกโรคเรื้อนในระดับโลกลงต่ำกว่า 1 รายต่อประชากรหมื่นคนภายในปี ค.ศ. 2000 ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างมาก โดยผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนทุกประเทศให้การสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณดำเนินการ กลยุทธ์ที่ทำให้เป้าหมายนี้สำเร็จคือการปรับปรุงกิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อน เช่น การวินิจฉัยโรคที่ไม่ซับซ้อน และการใช้ MDT แบบบรรจุแผงที่สะดวกแก่ผู้ป่วยใหม่และไม่เสียค่าใช้จ่าย ผลลัพธ์คือทำให้ความชุกโรคเรื้อนลดลงมากกว่าร้อยละ 90 และบรรลุเป้าหมายระดับโลกได้ ถือว่าเป็นความสำเร็จของงานสาธารณสุขที่สำคัญอันหนึ่ง

2 เป้าหมายใหม่ การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และการป้องกันความพิการ

เป็นที่ยอมรับว่าผู้รับผิดชอบโครงการควบคุมโรคเรื้อนในแต่ละประเทศได้ช่วยกันผลักดันงานโรคเรื้อนจนบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนของ WHO

แล้ว แต่การตั้งเป้าหมายของการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ระยะแรก การรักษาและการป้องกันความพิการ ต้องคิดอย่างรอบด้าน การกำหนดตัวชี้วัด อัตราความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยรายใหม่ต่อประชากรล้านคน ครอบคลุมกว่ากำหนดแค่ผู้ป่วยรายใหม่อย่างเดียว เพราะว่าการวินิจฉัยโรคเรื้อนมีความจำเพาะมาก ตัวชี้วัดจึงต้องพุดรวมทั้งการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และเรื่องของความพิการ

เป้าหมายการลดผู้ป่วยใหม่พิการระดับ 2 ต่อประชากรล้านคนให้ได้ร้อยละ 35 ในระหว่างปี ค.ศ. 2011 ถึง 2015 เป็นที่ยอมรับร่วมกันแล้ว และสามารถนำไปใช้ประเมินความก้าวหน้าของเป้าหมายในระยะยาวที่จะลดให้น้อยกว่า 1 รายต่อประชากรล้านคนทั่วโลกในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งการทบทวนความก้าวหน้าเรื่องนี้คงเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2015 สิ่งเหล่านี้คงเป็นแรงจูงใจให้ประเทศต่างๆ ปรับปรุงการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ระยะแรก การรักษาและการป้องกันความพิการ และความสำเร็จของแต่ละประเทศก็เป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายระดับโลก เป้าหมายอัตราความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยรายใหม่ 1 รายต่อประชากรล้านคน เป็นข้อเสนอระดับโลกมากกว่าระดับประเทศ สำหรับสัดส่วนของกลุ่มประเทศที่ทำสำเร็จตามเป้าหมายนี้แล้ว ก็จะเป็นตัวกระตุ้นให้ประเทศต่างๆ ที่ยังไม่สำเร็จได้ทำตาม

ถอดความจากเอกสาร WHO Expert
Committee on Leprosy Eight report
หน้าที่ 33-49

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานพัฒนาและฟื้นฟูสภาพ สถาบันราชประชาสมาสัย

ท่านถาม - เราตอบ

คำถาม

สวัสดีครับ ผมอยู่ รพ.สต.แห่งหนึ่ง ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในเขตที่รับผิดชอบ มีผู้ป่วยโรคเรื้อน รายหนึ่ง รักษาหายมานานหลายปีแล้ว แต่ร่างกายพิการ มือ เท้ากุด อายุ 60 กว่าปี ข้อมูลเบื้องต้นคือ คนไข้ อาศัยอยู่กับครอบครัว คือภรรยา ลูกๆ ออกไปทำงานที่อื่น ฐานะยากจน ไม่ทราบว่า ผมจะมีทางช่วยเหลือเขาให้ กลับมาเป็นปกติได้อย่างไรและมีหนทางใดที่จะช่วยเหลือ ครอบครัวนี้ได้บ้าง

คำตอบ

แนวทางในการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาครอบครัวนี้ ก่อนอื่นต้องประเมินสภาพปัญหาทางด้านร่างกายให้ละเอียดว่ามีปัญหาความพิการด้านใดเมื่อประเมินสภาพแล้วจนท.ต้องสอนให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ดูแลตนเอง (self care)

ในขั้นตอนต่อไป ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาผ่าตัดแก้ไขความพิการในกรณีที่สามารถแก้ไขได้ และสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อป้องกันความพิการที่จำเป็น เช่น รองเท้า ฯลฯ ส่วนปัญหาด้านเศรษฐกิจ หากผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนเข้าเกณฑ์เช่น มีความพิการมาก หรือ สูงอายุ จนท. จะให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนกรอกแบบคำร้องขอเข้ารับการสงเคราะห์ผู้ป่วย (แบบ สค.1) และ แบบรายงานการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อน

ในขั้นตอนสุดท้าย จนท.จะพิจารณาคัดเลือกผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน เพื่อขอพิจารณาเข้ารับการสงเคราะห์ รับเงินค่าอาหารและเงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพ และนอกจากนี้ ผู้ได้รับผลกระทบสามารถขอรับการช่วยเหลือจากบ้านพักเด็ก และครอบครัวประจำจังหวัดนั้นๆได้อีกทางเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือครอบครัวผู้มีรายได้น้อย โดยจะได้รับปีละประมาณไม่เกิน 3 ครั้งๆ ละไม่เกิน 3,000 บาท ค่ะ

นางสาวศิริมาศ รอดจันทร์

นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ

หลักสูตรฝึกอบรม การฟื้นฟูสมรรถภาพเท้า สถาบันราชประชาสมาสัย

นางสุขัญญ์สินี ฤทธิ์จรูญโรจน์

สถาบันราชประชาสมาสัย จัดทำหลักสูตรอบรม การฟื้นฟูสมรรถภาพเท้า จำนวน 2 หลักสูตร เพื่อ
บริการด้านวิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุขหรือผู้สนใจ ได้แก่

1. หลักสูตร Neuropathic wound care
2. หลักสูตร Neuropathic Footwear มี 2 หลักสูตร คือ
 - 2.1 การทำรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเท้าชา ขั้นพื้นฐาน (Basic course Footwear)
 - 2.2 การทำรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเท้าชา ขั้นสูง (Advance course Footwear)

รายละเอียดแต่ละหลักสูตร มีดังนี้

1. หลักสูตร Neuropathic wound care

1.1 การดูแลแผล (Basic course wound care)

รายละเอียด : เป็นหลักสูตรเสริมทักษะด้านการดูแลเท้า การตัดเล็บ ตัดหนังแข็งในผู้ป่วยที่

มีอาการเท้าชา หรือมีแผลใต้ฝ่าเท้า และเทคนิคและวิธีการทำแผลที่ถูกต้อง

กลุ่มเป้าหมาย : แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ นักกายภาพบำบัดและบุคลากร

ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเท้าชาหรือมีแผลที่เท้า

จำนวนผู้เข้าอบรม : รุ่นละ 12 คน

ระยะเวลาอบรม : 3 วัน

หัวข้อการอบรมประกอบด้วย

- Wound care technique
- Nail care
- Callus controlling

- Basic Footwear
- Off-loading modalities

ระยะเวลาอบรม : 3 วัน

2. หลักสูตร Neuropathic Footwear มี 2 หลักสูตร คือ

2.1 การทำรองเท้าขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยเท้าชา (Basic course Footwear)

รายละเอียด : เป็นหลักสูตรการทำรองเท้าอย่างง่ายสำหรับผู้ป่วยเท้าชาด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย : นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์ ช่างกายอุปกรณ์ และบุคลากรทางการแพทย์
ที่สนใจ

จำนวนผู้เข้าอบรม : รุ่นละ 12 คน

ระยะเวลาอบรม : 3 วัน

หัวข้อการอบรมประกอบด้วย

- หลักการทำรองเท้าอย่างง่าย
- Anatomy, kinesiology of foot
- ปัญหาที่พบความปกติของเท้า
- การแก้ปัญหาด้วยอุปกรณ์เสริม

2.2 การทำรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเท้าชาขั้นสูง (Advance course Footwear)

รายละเอียด : เป็นหลักสูตรที่ต่อยอดจากหลักสูตรพื้นฐาน เน้นให้ผู้เข้าอบรมมีทักษะในการ
ดัดแปลงรองเท้า ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเท้าชา

กลุ่มเป้าหมาย : นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์ ช่างกายอุปกรณ์ และบุคลากรที่ผ่านการ
อบรม Basic course Footwear มาแล้ว

จำนวนผู้เข้าอบรม : รุ่นละ 12 คน

ระยะเวลาอบรม : 3 วัน

หัวข้อในการอบรม

- หลักการทำรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเท้าชา
- การวิภาคและกลไกการเดินของเท้า
- การทำแผ่นเสริม Insole 1, Insole 2, Insole 3
- การประยุกต์และการดัดแปลงรองเท้าให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเท้าชาหรือผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้า

ผู้สนใจ สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่

นางสุชัญสนี ฤทธิ์จรูญโรจน์

กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานองค์กร โทร 02-386 8153-9 ต่อ 231,232 มือถือ 086-886 6464

e-mail : toysinee@gmail.com หรือ www.facebook.com/RajprachaNews

