สถาบันราชประชาสมาสัย

วารสาร

Journal of Raj Pracha Samasai Institute

สถาบันราชประชาสมาสัย

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2551

Raj Pracha Samasai Institute
Department of Disease Control

Vol. 6 No.1 January - April 2008

ISSN 1685-8964

วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย

จัดทำโดย

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ความก้าวหน้าการดำเนินงานต่างๆ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อนและปัญหาสุขภาพอื่นๆของสถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การเคลื่อนไหวและดำเนินงานของสถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเป็นสื่อและเวทีกลาง ในการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเพื่อการแสดงและแลกเปลี่ยนทัศนะและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ของสถาบันราชประชาสมาสัยและหน่วยงานตลอดจนชุมชน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

รองบรรณาธิการ

นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาววิจิตรา ธารีสุวรรณ

กองบรรณาธิการ

1. นายแพทย์รัชต์ วงศ์ตรังคพันธุ์
2. นายแพทย์อาจินต์ ชลพันธุ์
3. นายแพทย์ทวีฤทธิ์ สิทธิเวคิน
4. นางปิยวดี ทองทั้งสาย
5. นางจินตนา วรสายันห์
6. นางเสาวนีย์ บำเพ็ญอยู่
7. นายสมเกียรติ มหาอุดมพร
8. นางศิลธรรม เสริมฤทธิรงค์
9. นายสินชัย คเชนทร์

ผู้จัดการ

นายเรวัตร วัฒนพานิช

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นางสาวอุไรพร ปิติเกื้อกูล

ฝ่ายจัดการ

1. นางนฤมล ใจดี
2. นางวรรณภา รุ่มนุ่ม
3. นางอุ่นเรือน พินแพทย์
4. นางสงกรานต์ ภู่พุกก์
5. นายกฤศน์วัต สมหวัง
6. นางสาวประทุม สอนสพทอง
7. นางนารี สุรชีวะ
8. นางสาววาสะนา ฤกษ์พัฒนาพร
9. นางสาวพิมลมาศ คล้ายมาลา
10. นางวัชราภรณ์ ปริวัตร

ฝ่ายศิลป์

นายวนา ศิริวัฒนพิเชษฐ์

เจ้าของ

สถาบันราชประชาสมาสัย

สำนักงาน

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0 2588 3720-3

โทรสาร 0 2580 2403, 0 2590 3267

E-mail : rpsi_journal@hotmail.com

ผู้ประสานงาน

นางนฤมล ใจดี โทรศัพท์ 0 2588 3720-3

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ : มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ 314-316 ซอยบ้านบาตร ถนนบำรุงเมือง เขตป้อมปราบ กรุงเทพฯ 10100

โทร. 0 2223 5548 โทรสาร. 0 221 0135

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

"วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย" มีนโยบายเผยแพร่วิชาการทางโรคเรื้อนและเรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยสนับสนุนให้บทความส่วนใหญ่เป็นภาษาไทย และมีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ ในกรณีที่เรื่องเป็นภาษาอังกฤษจะมีบทคัดย่อเป็นภาษาไทย การใช้ภาษาไทย ให้ยึดหลักของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ ให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่อง ภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ชื่อของเชื้อจุลินทรีย์ให้พิมพ์ตัวเอน ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา

ประเภทของบทความ

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

การเตรียมต้นฉบับ

การพิมพ์ต้นฉบับใช้กระดาษสีขาวขนาด $21\frac{1}{2}$ x 28 ซม. ($8\frac{1}{2}$ x11 นิ้ว) หรือกระดาษ ISO A4 พิมพ์หน้าเดียว พิมพ์ตามหัวข้อต่อไปนี้ด้วยฟอนต์ Cordia UPC

1. **Title pages** ให้พิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแต่ละภาษา ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง

1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกท่าน ทั้งชื่อตัวและ ชื่อสกุล พร้อมทั้งคุณวุฒิ (สูงสุด)

1.3 สถานที่ทำงาน

2. **บทคัดย่อ (Abstract) และคำสำคัญ (Key words)**

2.1 บทคัดย่อ (Abstract) ถ้าบทความที่เป็นภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 150 คำ และบทคัดย่อภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ ถ้าบทความที่เป็นภาษาไทย 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 ไม่เรียงตามตัวอักษรของผู้นิพนธ์ การย่อชื่อวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

5.1 บทความธรรมดาใส่ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน 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 บุณยคุปต์. ไวรัสตับอักเสบชนิดบี : 3 ระบาดวิทยาและการเกิดพยาธิสภาพ. แพทยสภาสาร 2518; 4 : 165-71.

5.2 ผู้นิพนธ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน

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 : Sodemson WAJr, 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 ขาว-ดำ ขนาด 3x5 นิ้ว (ทำเครื่องหมายแสดงขอบบนของภาพและลำดับที่ของภาพบน sticker พร้อมทั้งชื่อผู้นิพนธ์ แล้วติดที่หลังภาพ) คำบรรยายใต้ภาพให้พิมพ์ในกระดาษอีกแผ่นหนึ่งส่งมาพร้อมกับภาพ สำหรับแผนภาพและกราฟให้เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษอาร์ต

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับ 2 ชุด และแผ่นข้อมูล (diskette) พร้อมจดหมายแจ้งด้วยว่าเป็นบทความประเภทใด

สถานที่ส่งต้นฉบับ

บรรณาธิการวารสารสถาบันราชประชาสมาสัย
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

การรับเรื่องต้นฉบับ

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

ความรับผิดชอบ

เนื้อหาบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้นิพนธ์เท่านั้น กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยหรือรับผิดชอบแต่ประการใด

บทบรรณาธิการ

ปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดมีอาการทางเส้นประสาทส่วนปลายอย่างเดียว (Pure Neuritic Leprosy)

ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดที่มีอาการทางเส้นประสาทส่วนปลายอย่างเดียวหรือผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดประสาท (pure neuritic leprosy หรือ pure neural type of leprosy) นับเป็นโรคเรื้อนชนิดหนึ่งที่ได้รับการยอมรับและจำแนกชนิดไว้ในทางคลินิกของโรคเรื้อน โดยส่วนใหญ่จะพบได้ราวร้อยละ 4-6 ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสและความเสี่ยงสูงต่อการที่จะเกิดการทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายต่อไป การศึกษาในผู้ป่วยจำนวนมากในอินเดีย พบผู้ป่วยชนิดประสาทอย่างเดียวในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 4.6 โดยร้อยละ 48.6 ของผู้ป่วยชนิดประสาทอย่างเดียวพบมีความพิการปรากฏ และลักษณะทางคลินิกที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการทางประสาทและความพิการของแขนและเส้นประสาท ulnar ข้างขวา รวมทั้งมักพบมีอาการของเส้นประสาทส่วนปลายทั้ง 2 เส้น ในบริเวณแขนหรือขาข้างเดียวกัน ในระหว่างการวินิจฉัยและรักษาด้วยยา MDT ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่มีผู้ใดเกิดอาการทางผิวหนังปรากฏขึ้นเลย

ผู้ป่วยชนิด pure neuritic มักได้รับการบันทึกเป็นหลักฐานในชื่อต่างๆ เช่น polyneuritic leprosy หรือ primary neuritic leprosy

ลักษณะเฉพาะของอาการแสดงทางประสาทที่เริ่มปรากฏ ได้แก่

1. มีบริเวณผิวหนังที่มีอาการชาตามการกระจายของความรู้สึกที่เส้นประสาทส่วนปลายที่โตคลำได้นั้นมีหน้าที่ควบคุมบริเวณดังกล่าว โดยอาจยังไม่มีอัมพาตของกล้ามเนื้อ
2. ไม่มีอาการแสดงทางรอยโรคของผิวหนังของโรคเรื้อนปรากฏเลย
3. มีอาการที่บ่งชี้แสดงถึงการเกี่ยวข้องต่อหน้าที่และการทำลายของเส้นประสาทส่วนปลาย เช่น
   ก. มีความรู้สึกซู่ซ่า (paraesthesia) หรือความรู้สึกที่แปลบปลาบขึ้นมา (tingling sensation) บริเวณผิวหนัง
   ข. ปวดตามบริเวณเส้นประสาทส่วนปลายทอดอยู่
4. มีอาการที่บ่งชี้แสดงถึงการเสื่อมเสียหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensory deficit) เช่นรู้สึกคล้ายเหน็บชา (numbness) หรือมีถุงน้ำพองเกิดขึ้นเองบริเวณผิวหนัง (spontaneous blisters)
5. มีอาการที่บ่งชี้แสดงถึงการเสื่อมเสียหน้าที่ของประสาทควบคุมการทำงานกล้ามเนื้อ (motor deficit) เช่น กล้ามเนื้อหมอนมือและฝ่ามือลีบเหี่ยวเป็นร่องลึกลงไปไม่อิ่มนูนอย่างคนปกติ (wasting) เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อมือ เท้า ใบหน้า เช่น ข้อมือตก เดินเท้าตก หลับตาไม่สนิท ปากเบี้ยว ฯลฯ และความพิการที่เกิดจากอัมพาต เช่น นิ้วงอหงิก ฯลฯ
6. มีอาการบ่งชี้แสดงถึงการเสียหน้าที่ของประสาทอัตโนมัติ (autonomic หรือ sympathetic nerve deficit) ทำให้เส้นเลือดตีบขาดเลือดหล่อเลี้ยง เช่น เกิดแผลเนื้อตายลึกโบ๋ตามฝ่าเท้า (trophic หรือ plantar ulcer) กระดูกมือหดสั้นลง (mutilation) ผิวหนังแห้งจากเหงื่อไม่ออกและขนร่วง

การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคเรื้อนชนิดประสาทอย่างเดียว

การตรวจร่างกายทางคลินิกโดยการตรวจผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย และบันทึกในเวชระเบียน เช่น

1. ชื่อและจำนวนเส้นประสาทที่โตคลำได้ และตำแหน่งข้างซ้าย / ขวา
2. ตำแหน่งของบริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้อที่แสดงถึงความเกี่ยวข้องและการเสื่อมหน้าที่และการทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายนั้นๆ
3. เขียนภาพไดอะแกรม (charting) แสดงบริเวณที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการเสื่อมหน้าที่และการทำลายของเส้นประสาทส่วนรับความรู้สึก (sensory nerve) เส้นประสาทควบคุมกล้ามเนื้อ (motor nerve) และเส้นประสาทอัตโนมัติ (automatic or sympathetic nerve)
4. เขียนภาพ charting แสดง trophic change, acute หรือ sub- acute neuritis บนตำแหน่งเส้นประสาทส่วนปลายที่โตคลำได้และอักเสบ
5. การตรวจเชื้อจากบริเวณ 6 ตำแหน่งของผิวหนังทั่วร่างกายตามมาตรฐาน
6. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทไม่ชัดเจน มีปัญหาในการวินิจฉัยทางคลินิกและเมื่อหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินั้นมีความพร้อม อาจต้องตัดชิ้นเนื้อผิวหนัง (biopsy) บริเวณมีอาการชา หรือผิวหนังแห้งเหงื่อไม่ออกขนร่วง หรือตัดชิ้นเนื้อปลอกเส้นประสาทส่วนปลายที่มีอาการทางประสาท หรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิดำเนินการดังกล่าว เพื่อตรวจยืนยันการวินิจฉัยทางคลินิกและพยาธิวิทยาต่อไป
7. ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนชนิดประสาททุกรายต้องได้รับการรักษาด้วยยา MDT แบบเดียวกับผู้ป่วยเชื้อน้อย (PB)
8. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำและสาธิตวิธีการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการต่อไปด้วย และความคาดหวังถ้าสามารถรับการผ่าตัดแก้ไขความพิการเมื่อมีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้และรักษาด้วยยา MDT ครบแล้ว

เส้นประสาทส่วนปลายที่มักโตได้บ่อยมากที่สุดตามลำดับ มีดังนี้

1. ulnar nerve คลำได้บริเวณร่องกระดูกบริเวณใต้ข้อศอกระหว่างปุ่มข้อศอก
2. lateral poplitial nerve คลำได้บริเวณด้านข้างของคอกระดูก fibula ของขาด้านนอก
3. posterior tibial nerve คลำได้บริเวณใต้ตาตุ่มด้านใน
4. radial nerve คลำได้บริเวณด้านข้างรอบนอกของข้อมือ
5. median nerve คลำได้บริเวณกึ่งกลางของด้านหน้าของข้อมือระหว่างเอ็นกล้ามเนื้อกลางข้อมือ
6. great auricular nerve คลำได้บริเวณกึ่งกลางของกล้ามเนื้อสันคอ (sterno mastoid muscle)
7. facial nerve คลำได้บริเวณเหนือกระดูกโหนกแก้ม
8. supra orbital nerve คลำได้บริเวณเหนือคิ้วราว 1 ใน 3 ด้านนอก

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณาธิการ

วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย
Journal of Raj Pracha Samasai Institute
ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2551 Vol. 6 No. 1 January-April 2008

ห้องสมุด สถาบันราชประชาสมาสัย

สารบัญ

เรื่อง **หน้า**

นิพนธ์ต้นฉบับ Original article

แนวโน้มทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนไทยในปี 2545-2550 1
กฤษฎา มโหทาน

ผลกระทบของการก่อความไม่สงบต่อการค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน ของโรงพยาบาลปัตตานี ปี 2542 - 2550 24
ภาวิณี เสรีประภากิจ

สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัย ปี 2550 41
ภัสรา เอกสกุลกล้า, อุรัตน์ คลังทอง, ฐิติกาญจน์ ทองคำ

ผลการพัฒนาหมู่บ้านอย่างมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วย : กรณีศึกษาบ้านหมื่นศรีใหญ่ ตำบลหมื่นศรี อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ 54
นิยม ไกรปุย, ธัญพร ลิ้มจิตกร, โกเมศ อุนรัตน์, ญาดา โตอุดชนม์

การประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติงานประจำปีศึกษากรณี โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำรัส สถาบันราชประชาสมาสัย 65
นารี สุรชีวะ

ย่อเอกสาร 80

ท่านถาม - เราตอบ 84

นิพนธ์ต้นฉบับ Original article

แนวโน้มทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนไทยในปี 2545-2550

Epidemiological Trends of Leprosy in -30 Border Provinces of Thailand from 2002-2007

กฤษฎา มโหทาน
พ.บ., วท.ม. (การพัฒนาสุขภาพ), วว. (ตจวิทยา)
สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค

Krisada Mahotarn
M.D., M.Sc. (Health Development, Certified Board of Dermatology
Raj Pracha Samasai Institute
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเชิงพรรณาถึงแนวโน้มทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนไทย ในปี 2545-2550 คือ 1) ชายแดนไทย-เมียนมาร์ 10 จังหวัด 2) ชายแดนไทย-ลาว 10 จังหวัด 3) ชายแดนไทย-กัมพูชา 6 จังหวัด และ 4) ชายแดนไทย - มาเลเซีย 4 จังหวัด โดยมีความยาวชายแดนทั้งหมด 8,031 กม. และประชากรรวม 23,477,874 คน (ร้อยละ 37.26 ของทั้งประเทศ) การศึกษาครั้งนี้ ใช้ตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาที่สำคัญคือ 1) จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนและอัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น 2) จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบใหม่ และอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร 1 แสน 3) สัดส่วนร้อยละของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก 4) สัดส่วนร้อยละของผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 และ 5) อัตราการได้รับเคมีบำบัดผสมครบตามเกณฑ์การรักษา โดยได้เปรียบเทียบแนวโน้มตัวชี้วัดทั้ง 5 ในแต่ละชายแดนทั้ง 4 ด้าน กับ แนวโน้มของทั้งประเทศในปี 2545-2550 ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนใน 30 จังหวัด ของทุกชายแดนไทย แต่ละปีใน 5 ปี ดังกล่าว พบเป็นสัดส่วนร้อยละ 41.42 , 39.38, 38.51, 41.48 และ41.27 ตามลำดับ ของจำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนทั้งประเทศ ขณะที่จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบใหม่ ใน 30 จังหวัด ของทุกชายแดนไทย แต่ละปีใน 5 ปีดังกล่าว พบเป็นสัดส่วนร้อยละ 42.40, 37.59, 47.02, 42.94 และ 35.18 ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยค้นพบใหม่ทั้งประเทศ โดยพบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น ของทุกชายแดนและทั่วประเทศลดลงอย่างสม่ำเสมอใน 5 ปี และพบแนวโน้มที่สูงกว่าของทั้งประเทศ (0.31-0.17 ต่อ หมื่น) ในสองชายแดน 1) ชายแดนไทย-กัมพูชา (0.57-0.30 ต่อหมื่น) และ 2) ชายแดนไทย -มาเลเซีย (0.41-0.28 ต่อหมื่น) ขณะที่พบว่าอัตราค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร 1 แสน ของทั้ง 6 ชายแดนไทย และทั่วประเทศลดลงอย่างไม่สม่ำเสมอใน 5 ปี โดยมีชายแดนไทย ที่พบมีแนวโน้มอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่สูงกว่าทั่วประเทศ (1.60-0.80 ต่อแสน) รวมสองชายแดนคือ 1) ชายแดนไทย-กัมพูชา (3.86-1.05 ต่อแสน) และ 2) ชายแดนไทย -มาเลเซีย (1.59-1.19 ต่อแสน) ส่วนแนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กใน 5 ปี พบมี 2 ชายแดนไทยที่มีแนวโน้มสูงกว่าของทั่วประเทศ (5.30-3.36%) คือ 1) ชายแดนไทย-กัมพูชา

(6.61-5.81%) และ 2) ชายแดนไทย-มาเลเซีย (15.90-3.03%) โดยอัตราผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กที่สูงเกินร้อยละ 5 สะท้อนถึงปัญหาการยังมีการระบาดของโรคเรื้อนที่รุนแรงและเกิดขึ้นไม่นาน (active and recent transmission) ซึ่งสอดคล้องกับการพบสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 ที่ยังสูงเกินร้อยละ 15 ที่พบในชายแดนไทย- มาเลเซีย (25.00-15.15%) ชายแดนไทย - ลาว (20.65 - 6.5%) และชายแดนไทย - เมียนมาร์ (17.72-16.36%) ซึ่งสูงกว่าแนวโน้มทั่วประเทศ (14.00-11.46%) สะท้อนการค้นพบผู้ป่วยที่ล่าช้าจนทำให้เกิดการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนในชุมชนและเกิดความพิการสูง อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าการติดตามให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสมใน 30 จังหวัดชายแดนยังมีประสิทธิผลโดยพบอัตราการได้รับยาครบตามเกณฑ์รักษาสูงเกินเป้าหมาย ร้อยละ 80 ในทุกชายแดนไทยในปี 2550 ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะในการเร่งรัดแก้ไขปัญหาการกำจัดโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนทั้ง 4 ด้านตามลำดับความสำคัญและรีบด่วนของปัญหาระยะเวลา และความเสี่ยงของกลุ่มประชากรต่างๆ ทั้งไทยและคนต่างด้าว โดยใช้กลยุทธ์ การปรับปรุงโครงสร้างและหน้าที่ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขชายแดนไทยให้บูรณาการด้านการเร่งรัดป้องกันแก้ไขปัญหาการกำจัดโรคเรื้อน และการจัดตั้งโครงการปฏิบัติการพิเศษเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน (special action programme for elimination of leprosy : SAPEL) และโครงการรณรงค์กำจัดโรคเรื้อน (leprosy elimination campaign) : LEC) ตามข้อแนะนำและหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกเพื่อเป็นมาตรการเชิงรุกในพื้นที่ที่เข้าหลักเกณฑ์รวมทั้งการเพิ่มศักยภาพและมีส่วนร่วมของชุมชนบุคลากรสาธารณสุขอาสาสมัครตลอดจนองค์กรภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องทั้งในระยะเวลาสั้น และรีบด่วน ระยะเวลาปานกลาง และระยะยาว เพื่อเร่งรัดแก้ปัญหาการกำจัดโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดภาคใต้ ให้บรรลุความสำเร็จการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป

Abstract

The author has conducted descriptive research on epidemiological trends of leprosy in 30 thai border provinces in 2002-2007 including 1) Thai-Mynmar border 10 provinces 2) Thai-Laos 10 Provinces 3) Thai-Cambodia border 6 provinces and 4) Thai-Malaysia border 4 provinces where there are total length of 8,031 kilometers with total population of 23,477,874 (37.26 percent of the whole country). This study has selected essential epidemiological indicators as a tool for evaluating epidemiological trends of leprosy from 2002-2007 including 1) number of registered cases and prevalence-rate per 10,000 population 2) number of newly detected cases and detection-rate per 10,000 of new cases per 100,000 population 3) proportion of children among newly detected cases 4) proportion of new cases with grade 2 disability and 5) MDT completion rate. Such trends in each border provinces were compared with trends of total 76 provinces. Overall results prevented that number of registered cases of leprosy in each year from 2002-2006 of total 30 border provinces were equivalent to 41.42, 39.38, 41.48 and 41.27 percent respectively as compared to figures of total 76 provinces. Meanwihle, annual number of newly detected cases in such 5 years in 30 border provinces were equivalent to 40.37, 37.59,42.02, 42.94

and 36.18 percent respectively of total number of new cases found in total 76 provinces. Trend of prevalence rate of leprosy in 4 Thai-borders were regularly declined from 2002-2007 as similar to such trends found in the total 76 provinces. Trend of prevalence rate which found to be higher than that of total 76 provinces (0.31-0.17 per 10,000 population) were observed in 10 Thai-Cambodia border provinces (0.57-0.30 per 10,000 population) 4 Thai-Malaysia border provinces (0.41-0.28) per 10,000 population meanwhile, there were irregularly declined in detection rate of new case of leprosy in both 30 border provinces and total 76 provinces. Higher trend than detection rate of new case of leprosy found in total 76 provinces (1.60-0.80 per 100,000 population were observed in Thai-Cambodia border (3.86-1.05 per 100,000 population) and Thai-Malaysia border (1.59-1.19 per 100,000 population). As for trend of children proportion among new cases of leprosy from 2002-2007, higher proportion than that of total 76 provinces were observed in only Thai-Malaysia border (15.90-3.03) and Thai-Cambodia border (6.41-5.81 %) Such higher proportion more than 5 percent strongly indicated that there were still active and recent transmission of leprosy in such border provinces. The latter was consistently corresponded with the findings of proportion of new cases with disability grade 2 at level of higher than 15 percent found in Thai-Malaysia border (25.00-15.16%), Thai-Laos border (20.65-6.45%) and Thai-Mynmar border (17.76-16.36%) which reflected delayed diagnosis and treatment resulted in further transmission of leprosy in the communities together with development of apparent deformities. However, there were satisfactory follow-up of patients from effective MDT management in these 30 border provinces as indicated by high MDT completion-rate of more than 80 percent. The author has made recommendations for strengthening and improvement of leprosy eliminating problems in these 30 border provinces in accordance with priorities and urgency in terms of problems, times and risk of population groups including both Thai and foreigners by development of more effective and strategic improvement of relating border health coordinating committee in terms of structure and function so that strengthening of leprosy eliminating measure should be integrated accordingly. In addition, establishment of special action programme for elimination of leprosy : SAPEL, together with leprosy elimination campaign : LEC as recommended and guided by WHO should be implemented as proactive measures into needed areas, with active collaboration of relating govermental and non-governmental organizations, in forms of immediate short team, medium term and long term programme, in order to solve eliminating problems and further achievement of sustainable leprosy elimination.

คำสำคัญ : แนวโน้มทางระบาดวิทยา, โรคเรื้อน, 30 จังหวัดชายแดนไทย

Keywords : Epidemiological trend, Leprosy, 30 Thai border provinces.

บทนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ก่อปัญหาทั้งทางด้านสาธารณสุขและสังคม[1-4] จากการสุ่มสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี 2496 พบว่ามีผู้ป่วยประมาณ 150,000 คน ด้วยอัตราความชุก 50 ต่อประชากร 1 หมื่นคน โดยร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกระจุกตัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โครงการควบคุมโรคเรื้อนแนวใหม่ตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกซึ่งมุ่งค้นหา รักษา และควบคุมผู้ป่วยที่บ้าน (domiciliary approach) ได้เริ่มในรูปแบบโครงการชำนัญพิเศษ (specialized leprosy control programme) เป็นโครงการนำร่อง (pilot project) ที่ขอนแก่นในปี 2498-2499 ก่อนที่จะขยายงานโครงการในปี 2500 จนครอบคลุม และฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ การสาธารณสุขทั่วประเทศก่อนโอนมอบบูรณาการโครงการฯ ให้สถานบริการสาธารณสุขของทุกจังหวัดได้ทั่วประเทศในปี 2519[5-8] ต่อมาจากการเกิดการดื้อยาแด็ปโซนซึ่งใช้รักษาโรคเรื้อนอย่างเดียวมาแต่เริ่มโครงการฯ[9-10] จึงได้มีการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม (multidrug therapy : MDT) ตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกซึ่งมีประสิทธิภาพสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยรักษาหาย จำหน่ายจากทะเบียนรวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้สามารถลดอัตราความชุกสู่ระดับที่ต่ำกว่า 1 ต่อ 1 หมื่นประชากร ได้ในปี 2537 (อัตรา 0.8 ต่อ ประชากร 1 หมื่น) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกรับรองว่าประเทศไทยสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข (elimination of leprosy as a public health problems)[11,15]

โครงการควบคุมโรคเรื้อนหลังกำจัดได้สำเร็จได้ปรับเปลี่ยนเป็นโครงการกำจัดโรคเรื้อนในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ปี 2540-2544 เป็นต้นมา[16-17] และสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ในทุกจังหวัด ในปี 2537 (อัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น) แต่ยังคงมีปัญหาอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ยังลดลงน้อยมากระยะแรก และผู้ป่วยยังหลบซ่อนมาตรวจล่าช้า ทำให้ยังมีการแพร่ติดต่อโรค และยังมีหลายอำเภอที่ยังกำจัดได้ไม่ทั้งหมด[8,18-19] โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีปัญหาในหลายจังหวัดชายแดนไทยทั้ง 4 ด้าน ซึ่งมีความยาวถึง 8,031 ก.ม.ที่เป็นพื้นที่ห่างไกลเป็นป่า ภูเขา เกาะแก่ง การคมนาคมไม่สะดวก หรือมีแม่น้ำกั้นขวางระหว่างประเทศเช่นจังหวัดตามบริเวณชายแดน ซึ่งเป็นพื้นที่จังหวัดที่มีการอพยพเคลื่อนย้ายเข้าออกของประชากรสูง และบางพื้นที่มีชนกลุ่มน้อย และประชากรท้องถิ่นที่มีข้อจำกัดด้านภาษาในการสื่อสารให้สุขศึกษา ค้นหา และติดตามการรักษา เช่น จังหวัดในบริเวณชายแดนภาคเหนือ และในส่วนจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) ซึ่งต่อมาในปี 2544 ได้มีการก่อความไม่สงบ ในระดับที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น ฯลฯ ปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวทำให้การรักษาและการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทั่วไปและโรคเรื้อนทำได้ยากลำบาก[20-22] โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาขายแรงงาน รวมทั้งผู้ป่วยต่างชาติที่ข้ามชายแดนมาเพื่อรับการตรวจรักษาแล้วเดินทางกลับ ในขณะเดียวกันมาตรการการดำเนินการด้านสาธารณสุข และการควบคุมโรคติดต่อรวมทั้งโรคเรื้อนในประเทศเพื่อนบ้านชายแดนยังไม่มีประสิทธิผลเพียงพอและทั่วถึง[17-25]

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงห่วงใยในปัญหาการอาจนำโรคเรื้อนจากแรงงานและผู้อพยพเข้ามาจากประเทศใกล้เคียง และได้พระราชทานกระแสพระราชดำริในปี 2540 ให้เพิ่มมาตรการเฝ้าระวังค้นหาโรคเรื้อนในบุคคลต่างด้าวอย่างต่อเนื่อง ดังที่สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการสนองพระราชดำริและสามารถค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากบุคคลต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยระหว่าง ปี 2541-2548 รวม 167 ราย เป็นพม่าร้อยละ 86.8 มอญร้อยละ 5.4 ลาวร้อยละ 2.4 กัมพูชาร้อยละ 3.6 และอินเดียร้อยละ 1.8 [26]

จากปัญหาและข้อจำกัดต่างๆ ดังกล่าวของการควบคุมโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนทั้ง 4

ด้าน คือ ไทย-เมียนมาร์, ไทย-ลาว, ไทย-กัมพูชา และไทย-มาเลเซีย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวโน้มระบาดวิทยาของโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนไทยในปี 2545-2550 โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1) เพื่อศึกษาแนวโน้มทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนไทยในปี 2545-2550 โดยใช้ตัวชี้วัดทางระบาดวิทยา

2) เพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนไทยดังกล่าวกับของทุกจังหวัดทั่วประเทศ

3) เพื่อวิเคราะห์รูปแบบ (patterns) ของแนวโน้มทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อนในพื้นที่ดังกล่าว รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

4) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการเร่งรัดการดำเนินงานเร่งรัดการเฝ้าระวังควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสมดังพระราชดำริต่อไป

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) จากการรวบรวมข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคเรื้อนจากตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อน (epidemiological indicators) คือ

1) จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษาและอัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น (number of registered cases of leprosy and prevalence rate)

2) จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ได้รับการค้นพบและอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร 1 แสน (number of newly detected cases of leprosy and detection rate of new cases)

3) สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก (child rate)

4) สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 (deformity rate)

5) อัตราการได้รับยาเคมีบำบัดผสมครบตามเกณฑ์รักษา (MDT completion rate) จากฐานข้อมูลระเบียนและรายงานจากแหล่งระบบงานเฝ้าระวังโรค (แบบรายงาน 506) และฐานข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานการควบคุมกำจัดโรคเรื้อนทั่วประเทศของสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค เพื่อวิเคราะห์เชิงสถิติต่อไป

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ประชากรในปี 2545-2550 ใน 30 จังหวัดชายแดนไทยทั้ง 4 ด้าน คือ

1) ชายแดนไทย-เมียนมาร์ รวม 10 จังหวัด คือ (1) เชียงใหม่ (2) เชียงราย (3) แม่ฮ่องสอน (4) ตาก (5) กาญจนบุรี (6) ราชบุรี (7) เพชรบุรี (8) ประจวบคีรีขันธ์ (9) ชุมพร (10) ระนอง

2) ชายแดนไทย-ลาว รวม 10 จังหวัด คือ (1) พะเยา (2) น่าน (3) อุตรดิตถ์ (4) พิษณุโลก (5) เลย (6) นครพนม (7) มุกดาหาร (8) อำนาจเจริญ (9) อุบลราชธานี (10) หนองคาย

3) ชายแดนไทย-กัมพูชา รวม 6 จังหวัด คือ (1) ตราด (2) จันทบุรี (3) สระแก้ว (4) บุรีรัมย์ (5) สุรินทร์ (6) ศรีสะเกษ

4) ชายแดนไทย-มาเลเซีย รวม 4 จังหวัด คือ (1) สตูล (2) สงขลา (3) ยะลา (4) นราธิวาส

โดยมีประชากร กลางปีในปี 2549 คือ

1) 10 จังหวัด ชายแดนไทย-เมียนมาร์ 6,917,680 คน

2) 10 จังหวัดชายแดนไทย-ลาว 8,188,727 คน

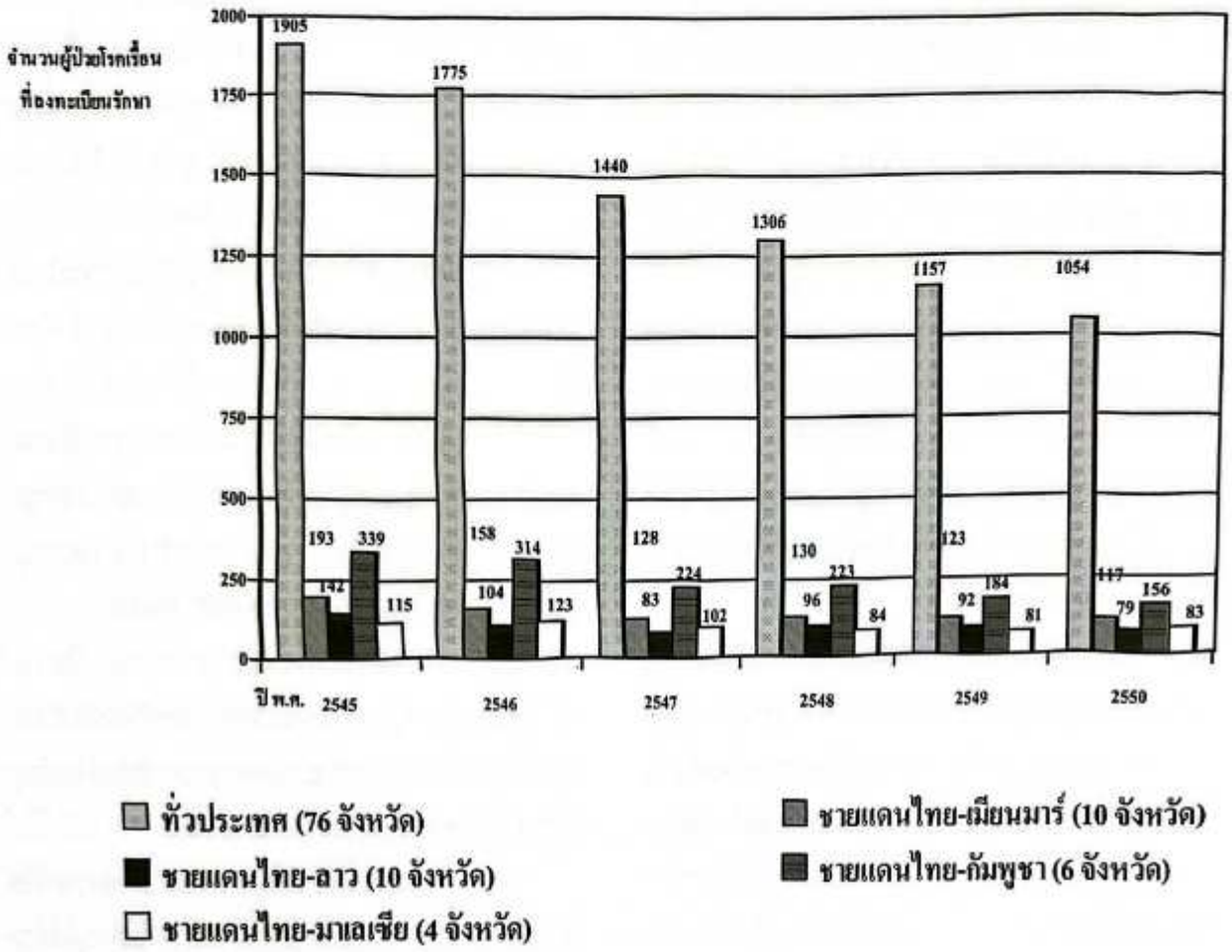
3) 6 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา 5,611,764 คน

4) 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย 2,759,701 คน

ผลการศึกษา

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนและค้นพบใหม่ ในปี 2545 - 2549

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษาใน 30 จังหวัดของ 4 ชายแดนไทยกับที่ลงทะเบียนทั่วประเทศ ปี 2545 - 2550

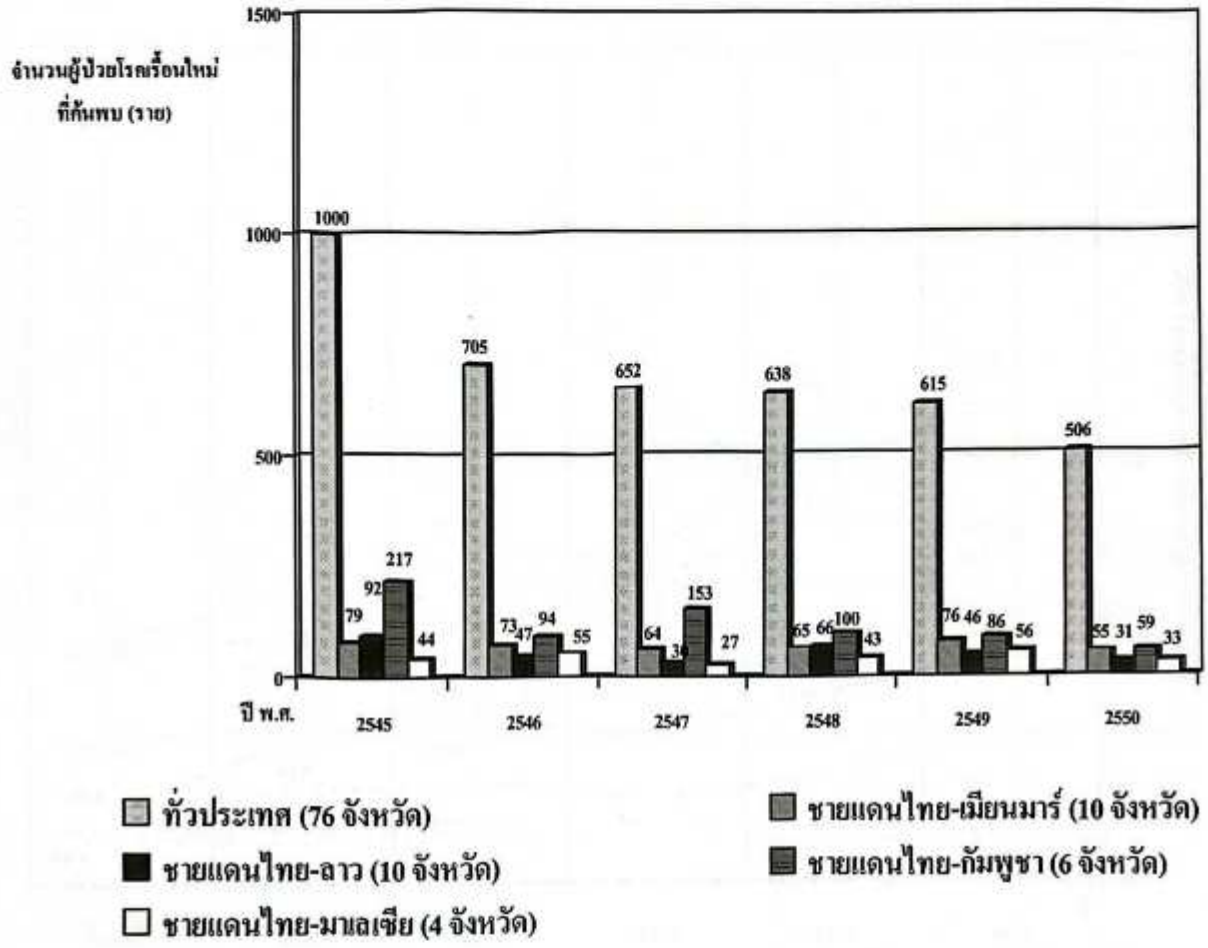


จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า

1) จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนใน 30 จังหวัดของ 4 ชายแดนไทย ในปี 2545 - 2550 แต่ละปีพบเป็นสัดส่วนสูง ร้อยละ 41.42, 39.38, 37.23, 38.51, 41.48 และ 41.27 ตามลำดับในชายแดนไทย-กัมพูชา, ไทย-เมียนมาร์, ไทย-ลาว และไทย-มาเลเซีย เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนทั่วประเทศ (76 จังหวัด) ใน 5 ปี ดังกล่าว

2) แต่ละปี ในปี 2545 - 2550 รูปแบบ (pattern) ของสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนในแต่ละชายแดนทั้ง 4 ชายแดน พบเรียงลำดับมากน้อยตามลำดับ คือ (1) ชายแดน ไทย-กัมพูชา (6 จังหวัด/ประชากร 5,611,764คน) 156 - 339 ราย (เฉลี่ย 240 ราย) (2) ชายแดน ไทย-เมียนมาร์ (10 จังหวัด/ประชากร 6,917,680 คน) 117 - 193 ราย (เฉลี่ย 141 ราย) (3) ชายแดน ไทย-ลาว (10 จังหวัด/ประชากร 8,188,727 คน) 79 - 142 ราย (เฉลี่ย 93 ราย) และ (4) ชายแดน ไทย-มาเลเซีย (4 จังหวัด/ประชากร 2,759,701 คน) 81 - 123 ราย (เฉลี่ย 98 ราย)

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบในจังหวัด 4 ชายแดนไทยกับที่ค้นพบทั่วประเทศ ปี 2545-2550



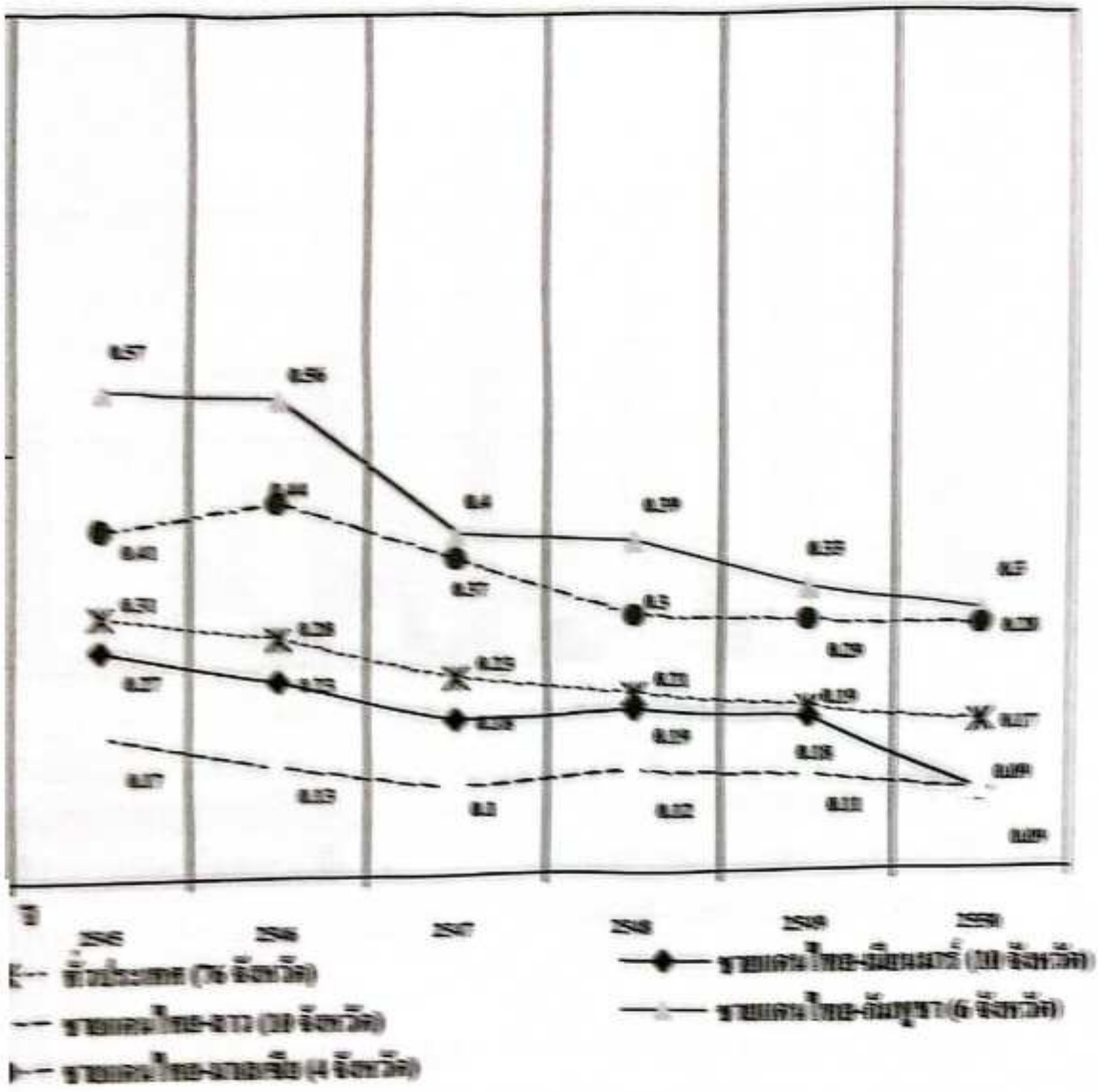
จากภาพที่ 2 สรุปสาระสำคัญได้ คือ

1) จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบใหม่ใน 30 จังหวัดใน 4 ชายแดนไทย ในปี 2545 - 2550 พบเป็นสัดส่วนสูง ร้อยละ 42.40, 37.59, 42.02, 42.94, 42.92 และ 35.18 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่ค้นพบทั่วประเทศ (76 จังหวัด) ใน 5 ปี ดังกล่าว

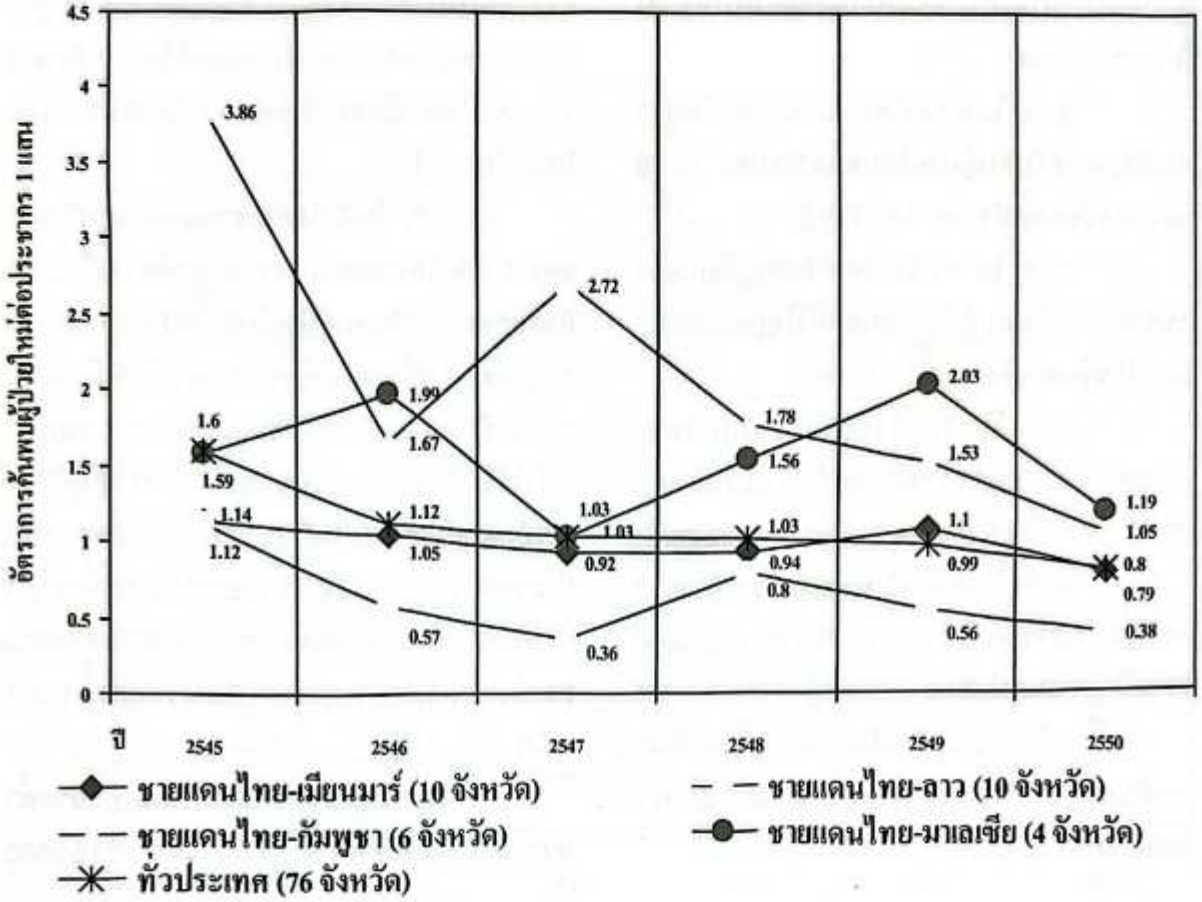
2) แต่ละปีรูปแบบของสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ในแต่ละชายแดนของ 4 ชายแดนไทย ในปี 2545 - 2550 พบเรียงลำดับมากน้อยตามลำดับ เช่นเดียวกับที่พบในผู้ป่วยลงทะเบียน คือ (1) ชายแดน ไทย - กัมพูชา 59 - 217 ราย (เฉลี่ย 118 ราย) (2) ชายแดนไทย-เมียนมาร์ 55 - 79 ราย (เฉลี่ย 68 ราย) (3) ชายแดน ไทย-ลาว 30 - 92 ราย (เฉลี่ย 51 ราย) และ (4) ชายแดน ไทย-มาเลเซีย 27 - 56 ราย (เฉลี่ย 43 ราย)

2. อัตราความชุกและอัตราการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ใน 30 จังหวัดชายแดนไทยปี 2545-2550

3 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอัตราความรุนแรงเชื่อมโยง 4 จังหวัดชายแดนไทย ปี 2545-2550 เปรียบเทียบกับจังหวัดทั่วประเทศ



ภาพที่ 4 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร 1 แสนในจังหวัด 4 ชายแดนไทย ปี 2545-2549 เปรียบเทียบกับทุกจังหวัดทั่วประเทศ



จากภาพที่ 3 และ 4 สรุปสาระสำคัญ คือ

1) การเปลี่ยนแปลงอัตราความชุกใน 30 จังหวัดชายแดนไทย ในปี 2545 - 2550

1.1) 10 จังหวัดชายแดน ไทย-เมียนมาร์ พบอัตราความชุกลดลงร้อยละ 66.60 ใน 6 ปี หรือลดลงร้อยละ 11.11 ต่อปี

1.2) 6 จังหวัดชายแดน ไทย-กัมพูชา พบอัตราความชุกลดลงร้อยละ 50.88 ใน 6 ปี หรือลดลงร้อยละ 8.46 ต่อปี

1.3) 10 จังหวัดชายแดน ไทย-ลาว อัตราความชุกลดลงร้อยละ 47.06 ใน 6 ปี หรือลดลงร้อยละ 7.84 ต่อปี

1.4) 4 จังหวัดชายแดน ไทย-มาเลเซีย อัตราความชุกลดลงร้อยละ 26.83 ใน 6 ปี หรือลดลงร้อยละ 4.87 ต่อปี

1.5) 76 จังหวัดทั่วประเทศ พบอัตราความชุกลดลงร้อยละ 79.01 ใน 6 ปี หรือลดลงร้อยละ 13.12 ต่อปี

1.6) ชายแดนที่พบมีแนวโน้มของอัตราความชุกโรคเรื้อน ใน 6 ปี อยู่ในระดับสูงกว่าแนวโน้มอัตราความชุกของโรคเรื้อนทั้งประเทศ ใน 76 จังหวัด ได้แก่ 6 จังหวัดชายแดน ไทย-กัมพูชา และ 4 จังหวัดชายแดน ไทย-มาเลเซีย ขณะที่ 10 จังหวัดชายแดน ไทย-เมียนมาร์ และชายแดน ไทย-มาเลเซีย พบแนวโน้มอัตราความชุกอยู่ในระดับต่ำกว่าแนวโน้มอัตราความชุกของทั้งประเทศ

1.7) ทุกจังหวัดทั้งประเทศมีอัตราความชุกต่ำกว่า 1 ต่อประชากร 1 หมื่น ซึ่งแสดงถึง

การสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขตลอดมาตั้งแต่ ปี 2537

2) **การเปลี่ยนแปลงอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ใน 30 จังหวัดชายแดนไทย ในปี 2545 - 2550**

2.1) ใน 6 จังหวัดชายแดน ไทย-กัมพูชา พบอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ลดลงร้อยละ 72.79 ใน 6 ปี หรือลดลงร้อยละ 12.13 ต่อปี

2.2) ใน 10 จังหวัดชายแดน ไทย-ลาว พบอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ลดลงร้อยละ 66.07 ใน 6 ปี หรือลดลงร้อยละ 11.01 ต่อปี

2.3) ใน 10 จังหวัดชายแดน ไทย-เมียนมาร์ พบอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ลดลงร้อยละ 30.70 ใน 6 ปี หรือลดลงร้อยละ 5.12 ต่อปี

2.4) ใน 4 จังหวัดชายแดน ไทย-มาเลเซีย พบอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ลดลงร้อยละ 25.16 ใน 6 ปี หรือลดลงร้อยละ 4.19 ต่อปี

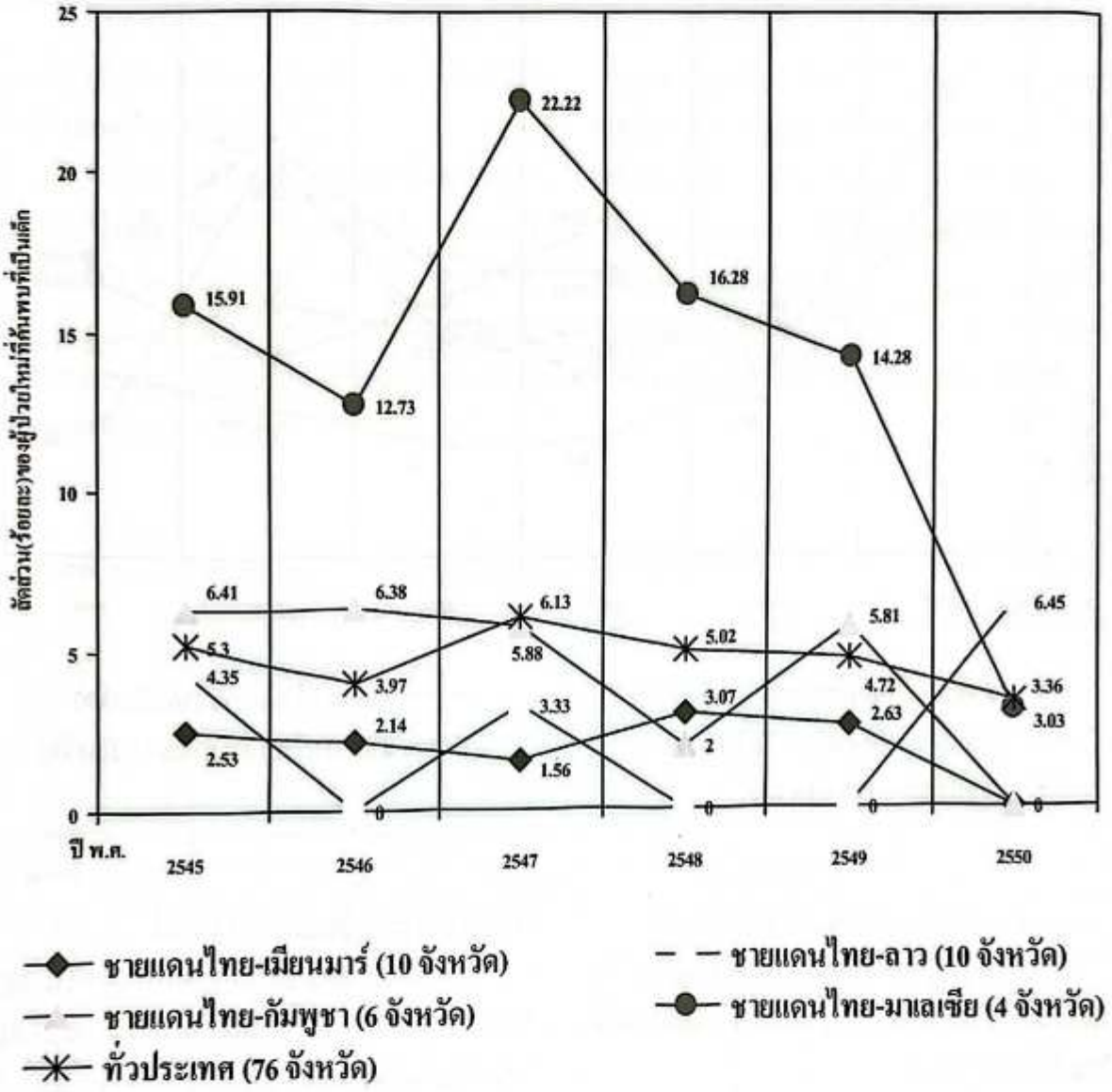
2.5) ใน 76 จังหวัดทั้งประเทศ พบอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ลดลงร้อยละ 50 ใน 6 ปี หรือลดลงร้อยละ 8.33 ต่อปี

2.6) ชายแดนไทยที่พบมีแนวโน้มของอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ ใน 6 ปี อยู่ในระดับที่สูงกว่าแนวโน้มอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ใน 76 จังหวัดทั้งประเทศ ได้แก่ 1) ชายแดน ไทย-กัมพูชา 2) ชายแดน ไทย-มาเลเซีย ขณะที่ใน 10 จังหวัดชายแดน ไทย-เมียนมาร์ และ 10 จังหวัดชายแดน ไทย-เมียนมาร์

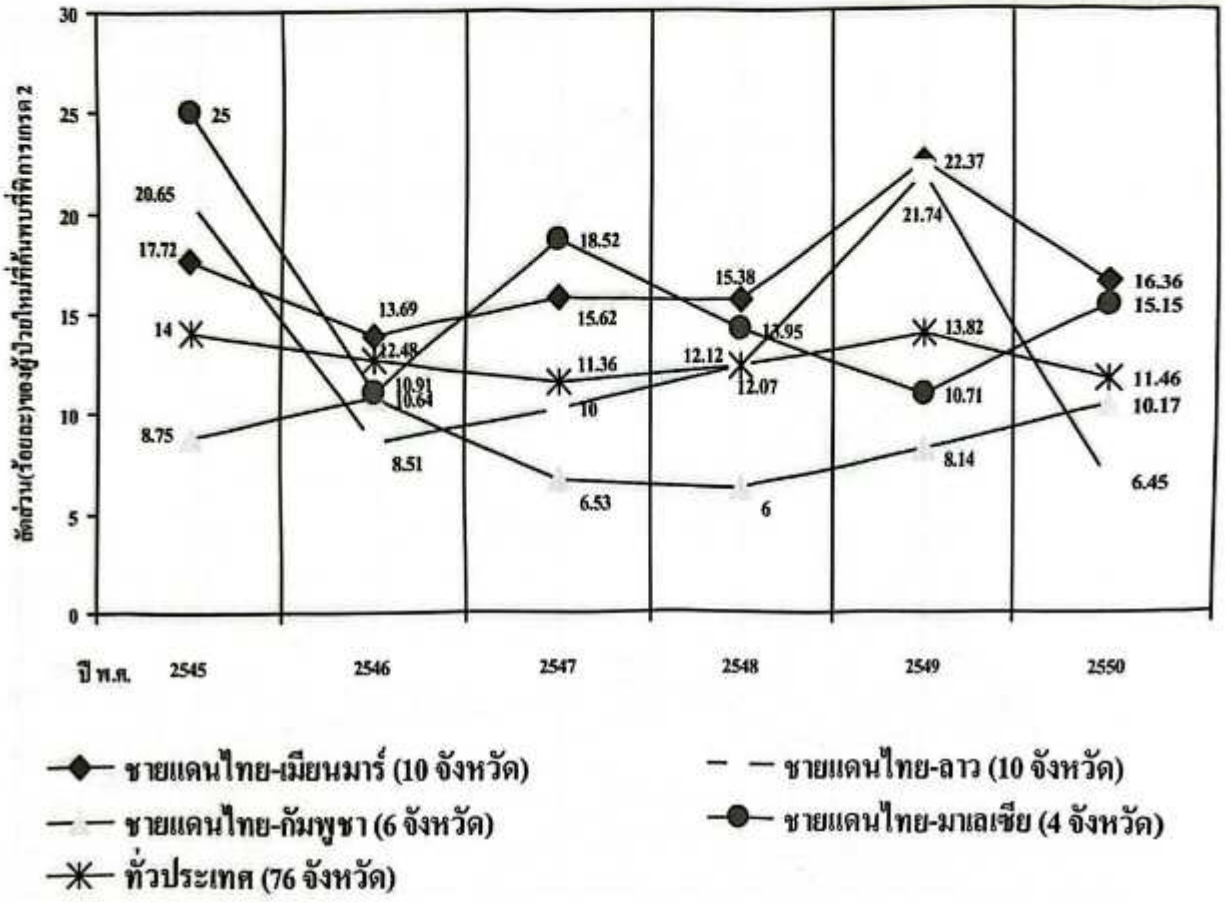
2.7) ใน 6 จังหวัดชายแดน ไทย-กัมพูชา และ 4 จังหวัดชายแดน ไทย-มาเลเซีย ในปี 2550 ยังพบอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ ในปี 2550 เท่ากับ 1.19 และ 1.05 ต่อประชากร 1 แสน ซึ่งอยู่ในระดับสูงเกินเป้าหมาย อัตรา 1 ต่อประชากร 1 แสนคน ที่ตั้งไว้ในปี 2550 ส่วนชายแดนที่เหลือมีอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ ในปี 2550 ที่ต่ำกว่าอัตรา 1 ต่อประชากร 1 แสนคน คือ 1) ชายแดน ไทย-เมียนมาร์ (0.79 ต่อแสน) 2) ชายแดน ไทย-ลาว (0.38 ต่อแสน) รวมทั้งทุกจังหวัดทั่วประเทศ (0.80 ต่อประชากร 1 แสน)

3. **สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) และที่พิการเกรด 2 ในปี 2545-2550**

ภาพที่ 5 สัดส่วน(ร้อยละ)ของผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบที่เป็นเด็กใน 30 จังหวัด ของ 4 ชายแดนไทย ปี 2545-2550 เปรียบเทียบกับทุกจังหวัดทั่วประเทศ



ภาพที่ 6 สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่ค้นพบที่พิการเกรด 2 ในจังหวัด 4 ชายแดนไทย ปี 2545-2550 เปรียบเทียบกับทุกจังหวัดทั่วประเทศ



จากภาพที่ 5 และ 6 สรุปนัยยะได้ คือ

1) การเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ใน 30 จังหวัดชายแดนไทย ปี 2545 - 2550

1.1) สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กใน 76 จังหวัดทั่วประเทศ ลดลงร้อยละ 36.60 ใน 5 ปี ลดลงร้อยละ 6.00 ต่อปี

1.2) สัดส่วนผู้ป่วยที่เป็นเด็กใน 10 จังหวัดชายแดนไทย-เมียนมาร์ ลดลงร้อยละ 100 ใน 5 ปี หรือลดลงร้อยละ 16.66 ต่อปี

1.3) สัดส่วนผู้ป่วยที่เป็นเด็กใน 6 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา ลดลงร้อยละ 100 ใน 5 ปี หรือลดลงร้อยละ 16.66 ต่อปี

1.4) สัดส่วนผู้ป่วยที่เป็นเด็กใน 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย ลดลงร้อยละ 78.88 ใน 5 ปี หรือลดลงร้อยละ 13.14 ต่อปี

1.5) สัดส่วนผู้ป่วยที่เป็นเด็กใน 10 จังหวัดชายแดนไทย-ลาว เพิ่มขึ้นร้อยละ 48.27ใน 5 ปี หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.04 ต่อปี

1.6) จังหวัดชายแดนที่เป็นผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กในปี 2550 ที่สูงกว่าอัตราดังกล่าวในพื้นที่ 76 จังหวัดทั่วประเทศ ร้อยละ 3.36 พบในชายแดนไทย-ลาว (ร้อยละ 6.45) ส่วนชายแดนที่เหลือ 3 ชายแดน มีสัดส่วนดังกล่าวต่ำกว่าสัดส่วนของทั้งประเทศ

2) สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 ในปี พ.ศ.2545 - 2550

2.1) 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย มีอัตราผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 ลดลงร้อยละ 80.95 ใน 5 ปี หรือลดลงร้อยละ 13.49 ต่อปี

2.2) 10 จังหวัดชายแดนไทย-ลาว มีอัตราผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 ลดลงร้อยละ 68.76 ใน 5 ปี หรือลดลงร้อยละ 11.66 ต่อปี

2.3) ใน 76 จังหวัดทั่วประเทศมีอัตราผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 ลดลงร้อยละ 18.14 ใน 5 ปี หรือลดลงร้อยละ 3.02 ต่อปี

2.4) ใน 6 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา มีอัตราผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 ลดลงร้อยละ 16.23 หรือลดลงร้อยละ 2.70 ต่อปี

2.5) ใน 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย มีอัตราผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 ลดลงร้อยละ 6.58 และลดลงร้อยละ 3.02 ต่อปี

2.6) พื้นที่ที่พบมีอัตราผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 สูงเกินเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 10 ในปี 2550 พบใน (1) 10 จังหวัดชายแดนไทย-เมียนมาร์ (ร้อยละ 16.16) (2) 76 จังหวัดทั่วประเทศ (ร้อยละ 11.46) และ (3) 6 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย (ร้อยละ 10.17) ส่วนชายแดนที่เหลือพบต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมายอัตราร้อยละ 10

4. อัตราการได้รับยาเคมีที่บำบัดผสม (MDT)ตามเกณฑ์รักษา (MDT completion rate) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษาใน 30 จังหวัดชายแดนไทย ปี2545 และ 2550

ตารางที่ 1 อัตราการรับยาเคมีบำบัดผสมครบตามเกณฑ์รักษา (MDT completion rate) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษาในจังหวัด 4 ชายแดนไทย ปี 2549 และ2550 เปรียบเทียบกับผู้ป่วยทุกจังหวัดทั่วประเทศ

ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษา (จำนวนราย)	จำนวนจังหวัด	อัตราการรับยาเคมีบำบัดครบตามเกณฑ์รักษา%											
		ปีพศ.2549						ปี พศ.2550					
		ชนิดเชื้อน้อย (PB)			ชนิดเชื้อมาก (MB)			ชนิดเชื้อน้อย (PB)			ชนิดเชื้อมาก (MB)		
		จำนวนทั้งหมด	รับยา MOT ครบ	อัตรารับยาMOT ครบ%	จำนวนทั้งหมด	รับยา MOT ครบ	อัตรารับยาMOT ครบ%	จำนวนทั้งหมด	รับยา MOT ครบ	อัตรารับยาMOT ครบ%	จำนวนทั้งหมด	รับยา MOT ครบ	อัตรารับยาMOT ครบ%
ชายแดนไทย-เมียนมาร์	10	18	17	94.12	65	55	83.64	23	23	100	48	43	88.37
ชายแดนไทย-ลาว	10	8	8	100	34	33	96.97	4	4	100	30	28	92.86
ชายแดนไทย-กัมพูชา	6	47	37	78.38	74	61	81.97	30	25	84	94	71	94.37
ชายแดนไทย-มาเลเซีย	4	17	16	93.75	48	38	78.95	16	14	85.71	20	18	88.89
ทุกจังหวัดทั่วประเทศ	76	314	235	74.89	600	483	80.54	185	158	85.44	539	435	80.69

จากตารางที่1 สรุปสาระสำคัญ ได้คือ

1) จากเกณฑ์เป้าหมายผู้เป็นโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษาจะต้องได้รับการติดตามการรักษาด้วยการได้รับยา MDT ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ตามเกณฑ์ระยะเวลารักษาทั้งหมด คือเกณฑ์รับยา MDT ครบถ้วนสมบูรณ์ (MDT completion rate) ร้อยละ 80 พบว่า

(ก) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อน้อย (PB) ในชายแดนไทยที่ได้รับยา MDT ครบตามเกณฑ์ในปี 2549 พบใน (1) 10 จังหวัดชายแดนไทย-ลาว (ร้อยละ 100) (2) 10 จังหวัดชายแดนไทย- เมียนมาร์ (ร้อยละ 94.12) (3) 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย (ร้อยละ 93.75) ส่วนที่เหลืออัตราการรับยา MDT ครบต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 พบใน (1) 6 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา (ร้อยละ78.38) โดยผู้ป่วย PB 76 จังหวัดทั่วประเทศรับยา MDT ครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ74.89)

(ข) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (MB) ในจังหวัดชายแดนไทยที่ได้รับยา MDT ครบตามเกณฑ์ในปี 2549 พบใน (1) 10 จังหวัดชายแดนไทย-ลาว (ร้อยละ96.97) (2) 10 จังหวัดชายแดนไทย-เมียนมาร์ (ร้อยละ83.04) (3) 6 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา (ร้อยละ 81.97) และ (4) ทุกจังหวัดทั่วประเทศ (ร้อยละ80.54)

(ค) ในปี 2550 มีผู้เป็นโรคเรื้อนชนิดเชื้อน้อย (PB) ที่ได้รับยา MDT ครบตามเกณฑ์ใน (1) 10จังหวัดชายแดนไทย-ลาว (ร้อยละ 100) (2) 10 จังหวัดชายแดนไทย-เมียนมาร์ (ร้อยละ 100) (3) 6 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา (ร้อยละ 84.0) และ (4) 76 จังหวัดทั่วประเทศ (ร้อยละ 85.44)

(ง) ในปี 2550 มีผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (MB) ในจังหวัดชายแดนไทยที่ได้รับยา MDT ครบตามเกณฑ์ทุกจังหวัดชายแดนไทย และทั่วประเทศ คือ (1) 6 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา (ร้อยละ 94.37) (2) 10 จังหวัดชายแดนไทย-ลาว (ร้อยละ 92.86) (3) 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย (ร้อยละ 82.89) และ (4) 10 จังหวัดชายแดนไทย-เมียนมาร์ (ร้อยละ 88.37) (5) ทุกจังหวัดทั่วประเทศ (ร้อยละ 80.69)

5. จำนวนและสัญชาติของคนต่างด้าวที่ตรวจค้นพบว่าเป็นโรคเรื้อนและได้รับการรักษาด้วยยา MDT ใน 30 จังหวัดของ4 ชายแดนใต้และทั่วประเทศไทยในปี 2545-2550

ตารางที่ 2 จำนวนคนต่างด้าวสัญชาติต่างๆ ที่ตรวจพบเป็นโรคเรื้อนและได้รับการรักษาใน 30 จังหวัด 4 ชายแดนไทย ปี 2545-2550 เปรียบเทียบกับที่เป็นโรคเรื้อนทั่วประเทศ

สัญชาติคนต่างด้าวที่พบเป็นโรคเรื้อน / ปีที่ตรวจพบ	จังหวัดชายแดนไทย-เมียนมาร์			จังหวัดชายแดนไทย-ลาว			จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา			จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย	รวมทั้ง30จังหวัดในชายแดนไทย					ทุกจังหวัด ทั่วประเทศ (76 จังหวัด)				
	พม่า	ลาว	รวม	ลาว	กัมพูชา	รวม	ลาว	กัมพูชา	รวม	พม่า	พม่า	ลาว	กัมพูชา	รวม	พม่า	ลาว	กัมพูชา	อื่นๆ	รวม
2545	24	0	24	2	0	2	0	0	0	2	24	2	0	26	34	2	0	3[1]	39
2546	29	0	29	0	1	1	1	0	1	0	29	1	1	31	31	1	0	0	32
2547	28	0	28	0	0	0	0	2	2	0	28	0	2	30	30	0	1	3[2]	34
2548	13	0	13	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	13	19	0	4	0	23
2549	19	1	20	0	0	0	0	0	0	1	20	1	0	21	27	1	0	3[3]	31
2550	13	0	13	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	13	25	0	0	0	25
รวม	126	1	127	2	1	3	1	2	3	3	129	4	3	136	166	4	5	9[4]	184

(1) กระเหรี่ยง 1 ราย มอญ 1 ราย อินเดีย 1 ราย

(2) อินเดีย 2 ราย มอญ 1 ราย

(3) มอญ 1 ราย อินเดีย 1 ราย จีน 1 ราย

(4) รวมสัญชาติอื่นๆ 9 ราย (อินเดีย 4 ราย มอญ 3 ราย กระเหรี่ยง 1 ราย จีน 1 ราย)

จากตารางที่ 2 สรุปสาระสำคัญได้คือ

ก. ใน ปี 2545-2549 มีคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยและได้รับการติดตามตรวจพบว่าเป็นโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดของ 4 ชายแดนไทย รวม 136 ราย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 73.91 ของคนต่างด้าวที่พบเป็นโรคเรื้อนทั่วประเทศ 76 จังหวัดรวม 184 ราย โดยในทั้งหมด 136 ราย พบใน (1) 10 จังหวัด ชายแดนไทย- เมียนมาร์ 127 ราย(ร้อยละ 93.38) (2) 10 จังหวัด ชายแดนไทย-ลาว 3 ราย (ร้อยละ 2.20) (3) 6 จังหวัด ชายแดนไทย-กัมพูชา 3 ราย (ร้อยละ 2.20) และ (4) 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย 3 ราย (ร้อยละ 2.20)

ข. ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบในคนต่างด้าวในปี 2545-2550 รวม 136 รายใน 30 จังหวัดของ 4 ชายแดนไทยพบเป็นสัญชาติพม่า 129 ราย (ร้อยละ 94.85) ลาว 4 ราย (ร้อยละ 2.94) และเขมร 3 ราย (ร้อยละ 2.20)

ค. เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบในคนต่างด้าวในปี 2545-2550 รวม 184 รายใน 76 จังหวัดทั่วประเทศเป็นสัญชาติ พม่า 166 ราย (ร้อยละ 90.22) ลาว 4 ราย (ร้อยละ 2.17) กัมพูชา 5 ราย (ร้อยละ 2.72) และสัญชาติอื่นๆ 9 ราย (ร้อยละ 4.89)

ง. ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบในปี 2545-2550 รวม 186 ราย (1) ชายแดนไทย- เมียนมาร์ 126 ราย (เป็นพม่า 126 ราย, ลาว 1 ราย) (2) ชายแดนไทย-ลาว 3 ราย (เป็นลาว 3 ราย, เขมร 1 ราย) (3) ชายแดนไทย-กัมพูชา 3 ราย (เป็นลาว 1 ราย, เขมร 2 ราย) และ (4) ชายแดนไทย-มาเลเซีย 3 ราย (เป็นพม่าทั้ง 3 ราย)

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

1. จากปัญหาจำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาใน 30 จังหวัด ชายแดนทั้ง 4 ด้านระหว่างปี 2545-2550 ในแต่ละปีมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 37.23 - 4.48 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนทั่วประเทศและจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบใหม่ใน 30 จังหวัดในแต่ละปีดังกล่าว มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 35.18 - 42.94 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ค้นพบทั่วประเทศ และจากสถิติรายงานปี 2545 พบว่าโรคเรื้อนติดอันดับที่ 10 ของโรคติดต่อที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุด 10 อันดับแรกของจังหวัดในพื้นที่ชายแดน ซึ่งได้แก่ 1) โรคอุจระร่วงเรื้อรัง 2) โรคไข้เลือดออก 3) โรคไข้มาลาเรีย 4) วัณโรค 5) คางทูม 6) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7) โรคหัด 8) สครับไทฟัส 9) ตับอักเสบ บี 10) โรคเรื้อน โดยโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นได้แก่ 1), 3), 5), 6), 7), 9), และ 10)[26-27] สะท้อนถึงลำดับความสำคัญของปัญหาโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนทั้ง 4 ด้านของประเทศไทยที่จะต้องเร่งรัดปรับปรุงนโยบายยุทธศาสตร์และมาตรการเร่งรัดควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนเป็นโครงการปฏิบัติการพิเศษอย่างรีบด่วนต่อไป

2. นอกจากมองขนาดของปัญหาโรคเรื้อนใน 30 จังหวัด ชายแดนทั้ง 4 ด้านจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษาและผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบใหม่ดังกล่าวทวีขึ้นแล้ว ถ้าพิจารณาจากยอดประชากรใน 30 จังหวัดชายแดนในกลางปี 2549 1) ใน 10 จังหวัดชายแดนไทย- เมียนมาร์ 6,917,680 คน 2) ใน 11 จังหวัดชายแดนไทย-ลาว 8,188,727 คน 3) ใน 6 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา 5,611,764 คน และ 4) ใน 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย 2,759,791 คน รวมทั้งสิ้นมีประชากรใน 30 จังหวัดถึง 23,477,872 คน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 37.26 ของยอดประชากรทั่วประเทศและประชากรใน 30 จังหวัดชายแดนนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคเรื้อน และโรคติดต่ออื่นๆ ที่เป็นปัญหาในจังหวัดชายแดน เนื่องจากมีพื้นที่ชายแดนทั้งหมด

ยาวถึง 8,031 กิโลเมตร โดยเป็นพรมแดนทางบก 5,326 กม.,พรมแดนทางฝั่งทะเล 2,705 กม., และมีภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบ ภูเขา น้ำตก ทะเล และเกาะแก่งต่างๆ มีนักท่องเที่ยวเข้ามามากและมีการติดต่อค้าขายตามชายแดนที่ชาวต่างชาติโดยเฉพาะลาว พม่า เขมร เข้ามาประกอบอาชีพทั้งถูกกฎหมายและลักลอบเข้ามา และนำพาโรคติดต่อมาแพร่กระจาย เช่น ไข้มาลาเรีย โรคเท้าช้าง โรคเอดส์ วัณโรค โรคเรื้อน ฯลฯ โดยเฉพาะจากการติดตามตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวของสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2545 ได้ตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อน 83 ราย ซึ่งเพิ่มจากปี 2544 ซึ่งพบ 11 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นชาวพม่านอกนั้นเป็นกระเหรี่ยง มอญและลาว[28] นอกจากนั้นจากการศึกษาและการจัดเก็บข้อมูลของกรม กองต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวโดยสำนักระบาดวิทยา มีโรคที่ต้องเฝ้าระวังเก็บข้อมูลได้คือ มาลาเรีย โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง วัณโรค จึงเป็นข้อมูลและปัจจัยสนับสนุนลำดับความสำคัญของปัญหาโรคเรื้อนแล้วความจำเป็นเร่งด่วนด้านการเร่งรัดปรับปรุงนโยบายยุทธศาสตร์และมาตรการเร่งรัดควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนในรูปโครงการปฏิบัติการพิเศษดังกล่าวแล้วต่อไป

3. เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระบาดวิทยาโรคเรื้อนในปี 2545-2550 จากตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาตัวแรกคืออัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น ซึ่งสะท้อนปัญหาระบาดวิทยาจากการมีแหล่งแพร่โรคเรื้อนมากน้อย และยังสะท้อนถึงปัญหาการบริหารจัดการ/ปฏิบัติการในการติดตามตรวจและให้ยา MDT แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียนรักษาอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ เพื่อลบชื่อผู้ป่วยที่รักษาครบแล้ว และจำหน่ายจากทะเบียนและติดตามหลังจำหน่ายครบกำหนดต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลอัตราความชุกที่ถูกต้องแท้จริง จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มอัตราความชุกโรคเรื้อนของ 76 จังหวัดทั่วประเทศแล้ว มีการลดต่ำของอัตราความชุกในทิศทางที่คล้ายคลึงกันคือลดลงอย่างสม่ำเสมอ (regular decline) คือ ขณะที่ทั่วประเทศลดลงร้อยละ 76.01 หรือลดร้อยละ 13-12 ต่อปี แต่ 30 จังหวัดชายแดนไทยล้วนมีอัตราความชุกลดลงน้อยกว่าที่พบทั่วประเทศคือ

1) ชายแดนไทย- เมียนมาร์ ลดลงร้อยละ 66.66 (ร้อยละ11.11 ต่อปี) 2) ชายแดนไทย-กัมพูชา ลดลงร้อยละ 50.88 (ลดร้อยละ 8.48 ต่อปี) 3) ชายแดนไทย-ลาว ลดลงร้อยละ 47.06 (ลดร้อยละ 7.84 ต่อปี)และ 4) ชายแดนไทย-มาเลเซีย ลดลงร้อยละ 26.83 (ลดร้อยละ 4.87 ต่อปี) โดยแนวโน้มของระดับของอัตราความชุกใน 5 ปี ในชายแดนที่พบสูงกว่าแนวโน้มดังกล่าวทั่วประเทศได้แก่ 6 จังหวัด ชายแดนไทย-กัมพูชา และ 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย ซึ่งสะท้อนปัญหาการยังคงมีแหล่งแพร่โรคเรื้อนสูงมากกว่าใน 4 ชายแดนไทยเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราความชุกของทั่วประเทศซึ่งลดจาก 0.31 ต่อประชากร 1 หมื่นในปี 2545 เป็น 0.17 ต่อหมื่น ในปี 2550 พบปัญหาความชุกตามลำดับ คือ 1) 6 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา (อัตราความชุกปี 2550 เหลือ 0.30 ต่อประชากร 1 หมื่น)

2) 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย 0.28 ต่อประชากร 1 หมื่น 3) 10 จังหวัด ชายแดนไทย-เมียนมาร์ อัตราความชุกปี 2550 เหลือ 0.09 ต่อประชากร 1 หมื่น และ 4) 10 จังหวัด ชายแดนไทย-ลาว 0.09 ต่อประชากร 1 หมื่น โดยปัญหาที่พบความชุกที่สูงมากกว่าความชุกทั่วประเทศในชายแดนไทย-มาเลเซีย และไทย-กัมพูชา สะท้อนความเร่งด่วนที่จะต้อง เร่งรัดปรับปรุงนโยบาย ยุทธศาสตร์ มาตรการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนเป็นโครงการปฏิบัติการพิเศษในการเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน (special - action programmed for elimination of leprosy : SAPEL) ตามสถานการณ์ ลักษณะปัญหา และความรุนแรงของปัญหา เช่น ใน 3 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย มีปัญหาการก่อความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดน คือ ปัตตานี นราธิวาส

และยะลา ซึ่งผลกระทบทำให้อัตราความชุกในจังหวัดปัตตานีสูงขึ้นถึงร้อยละ 45.54 จากปี 2544 - 2549 และอัตราความชุกโรคเรื้อนใน 3 จังหวัดชายแดน ภาคใต้ในปี 2549 ยังสูงกว่าอัตราความชุกของจังหวัดใกล้เคียง รวมทั้งอัตราการค้นหาผู้ป่วยใหม่ในปี 2545-2549 ของ 3 จังหวัดดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น คือ ปัตตานีเพิ่มร้อยละ 124.07 นราธิวาสเพิ่มขึ้นร้อยละ 35.40 และยะลาเพิ่มร้อยละ 10.96 นอกจากนั้นสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กยังสูงมากในปัตตานี (ร้อยละ 28.6) นราธิวาส (ร้อยละ 25.0) และยะลา (ร้อยละ 30.3) สะท้อนการมีการแพร่โรคดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นและเกิดขึ้นไม่นาน[28-30] โดยในระดับอำเภอสายบุรี ปัตตานี อัตราความชุกเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 222.45 จากปี 2545 -2549 และอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 64.53 ใน 5 ปีดังกล่าว[31-32] สะท้อนความจำเป็นต้องเร่งรัดปรับปรุงนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการเร่งรัดควบคุมกำจัดโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดน โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งเป็นพื้นที่ได้รับผลกระทบจากการก่อความไม่สงบ โดยการจัดตั้งเป็นโครงการปฏิบัติการพิเศษในการเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน (special action programme for elimination of leprosy) ต่อไป

4. เมื่อพิจารณาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาตัวที่สองคือ อัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ต่อประชากร 1 แสน ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มที่ลดลงอย่างไม่สม่ำเสมอในทุกชายแดน เนื่องจากผลของการรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยใหม่ในโครงการรณรงค์ เช่น ปรร.2545 เมื่อทรงเจริญพระชนมายุครบ 75 พรรษา ปรร.60 ในวโรกาสทรงครองราชย์ครบ 60 ปี ปี 2549-2550 เป็นต้น รวมทั้งสะท้อนการยังมีการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนอยู่ โดยแนวโน้มอัตราค้นพบผู้ป่วยใหม่ในชายแดนไทย-กัมพูชา และชายแดนไทย-มาเลเซีย ในปี 2545-2550 พบสูงกว่าแนวโน้มดังกล่าวของทั้งประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับอัตราความชุกโรคเรื้อนใน 2 ชายแดนดังกล่าวก็สูงกว่าของทั้งประเทศด้วย สะท้อนการยังมีแหล่งแพร่เชื้อ คือผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษา และที่ตกค้างหลงเหลือจากการค้นหายังไม่ทั่วถึงและเพียงพอ รวมทั้งแนวโน้มของทั้ง 2 ตัวชี้วัดดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวโน้มตัวชี้วัด สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กในปี 2545-2549 ในชายแดนไทย-มาเลเซีย และชายแดนไทย-กัมพูชาสูงกว่าแนวโน้มทั่วประเทศ และสูงเกินร้อยละ 5 อยู่หลายปีสะท้อนการยังมีการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนที่ยังรุนแรง (active transmission) และยังเกิดการแพร่ติดต่อที่เกิดขึ้นไม่นาน (recent transmission) และเมื่อพิจารณาร่วมกับแนวโน้มตัวชี้วัดสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 ก็พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยใหม่พิการในชายแดนไทย-เมียนมาร์, ชายแดนไทย-ลาว และชายแดนไทย-มาเลเซีย ที่มีแนวโน้มสูงกว่าแนวโน้มทั่วประเทศในปี 2545-2550 และมีสัดส่วนสูงเกินร้อยละ 15 ในปี 2550 ในชายแดนไทย-มาเลเซีย และชายแดนไทย-เมียนมาร์ สะท้อนการมาตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในชายแดนดังกล่าวจนเกิดความพิการ

ปัญหาโรคเรื้อนชายแดนไทย-กัมพูชา และชายแดนไทย-มาเลเซีย ซึ่งมีตัวชี้วัดเกือบทุกตัวสูงกว่ามาก โดยเฉพาะสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ในเด็กสูง ซึ่งสะท้อนยังมีการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนที่รุนแรงและเกิดขึ้นไม่นาน (active and recent transmission) และความจำเป็นเร่งด่วนจะต้องใช้นโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการเร่งด่วนพิเศษในจังหวัดพื้นที่ชายแดนดังกล่าว ในรูปแบบของโครงการปฏิบัติการพิเศษในการเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน (special action programme for elimination of leprosy : SAPEL)

5. ปัญหาในการรักษาด้วยยา MDT ในจังหวัดชายแดนไทยทั้ง 4 ด้านมีน้อยมาก เพราะผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วน (completion of MDT) ส่วนใหญ่เกินร้อยละ 80 สะท้อนผู้ป่วยยังมีความตระหนักและสนใจต่อการรักษา โดยเฉพาะความ

สะดวกและปลอดภัยในการมารับยาที่โรงพยาบาลในเขตเมือง[20] การแก้ปัญหาจึงควรเน้นด้านการสำรวจค้นหาและติดตามผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาในปี 2545-2550 จากตัวชี้วัดต่างๆ พบว่า ปัญหาโรคเรื้อนที่รุนแรงมากที่สุดพบใน 6 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา และ 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ยังรับปัญหา และผลกระทบมากจากการก่อความไม่สงบ[20] และปัญหาการอพยพเคลื่อนย้ายเข้าออกของคนต่างด้าว และแรงงานต่างด้าวมีมาก ในขณะที่ใน 10 จังหวัดชายแดนไทย-เมียนมาร์ และ 10 จังหวัดชายแดนไทย-ลาว แม้ปัญหาจะไม่รุนแรงเท่า 2 ชายแดนดังกล่าว แต่ก็มีปัญหาเฉพาะในบริบทของจังหวัดชายแดนที่ใกล้เคียงกันระหว่างไทย-เมียนมาร์ และลาว โดยเฉพาะชายแดนไทย-เมียนมาร์ ซึ่งมีคนพม่าอพยพเข้ามามากที่สุด โดยในปี 2547 มีรายงานผู้อพยพลี้ภัยจากพม่าเข้ามาอยู่ในค่ายลี้ภัยผู้อพยพชายแดน (border camp) 9 แห่ง ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการรวม 135,000 คน และมีแรงงานจากประเทศใกล้เคียง เช่น พม่า ลาว เขมร เข้ามาทำงานและได้รับการลงทะเบียนจ้างงานในประเทศไทยมากถึง 150,000 คนต่อปี[30] ไม่รวมถึงแรงงานเถื่อนอีกหลายล้านคนซึ่งหลบเข้ามา และก่อปัญหาทั้งด้านสาธารณสุข สังคมเศรษฐกิจ การเมืองและความมั่นคงของประเทศ และมีปัญหาด้านการจัดระบบเก็บข้อมูลอย่างมาก[32] ดังนั้นในการปรับนโยบายยุทธศาสตร์ และมาตรการการกำจัดโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนไทย จึงสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจากกลุ่มพื้นที่จังหวัดชายแดนและกลุ่มประชากรเสี่ยงมากน้อย รวมทั้งความรีบด่วนของการเร่งรัดว่าควรดำเนินการในระยะเร่งด่วนทันที/ระยะสั้น/ปานกลาง/ระยะยาว รวมทั้งกำหนดรูปแบบลักษณะโครงการเร่งรัดว่าการดำเนินในรูปแบบของโครงการปฏิบัติการพิเศษเพื่อเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน (special action programme for elimination of leprosy : SAPEL)หรือโครงการรณรงค์เร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน (leprosy elimination campaign : LEC) ตามวิธีการและหลักเกณฑ์ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้วางไว้แล้ว[30-32] ในปี 2551-2554 ที่เหลือของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 10 (ปี 2550-2554)

2. จากหลักการและข้อเสนอแนะเบื้องต้นในข้อ 1 ข้างบน จึงอาจแบ่งพื้นที่ชายแดนเป้าหมายเพื่อเร่งรัดดำเนินการแบบ SAPEL และ LEC ได้ดังสรุปในตารางข้างล่าง

ตารางที่ 3 แสดงพื้นที่เป้าหมายจังหวัดชายแดน และโครงการเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อนที่ควรวางแผนดำเนินการระยะต่าง ๆ ในปี 2551-2554 ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข

เป้าหมายพื้นที่ชายแดนไทย	รูปแบบโครงการเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน	ความรีบด่วนในเงื่อนไขระยะ เวลาดำเนินการ	ปีที่ดำเนินการ
1.พื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนไทย-มาเลเซีย	SAPEL ระยะสั้น และระยะปานกลาง และ LEC ระยะยาว	- ด่วนที่สุด	SAPEL ปี 2551-2552 LEC ปี 2553-2554
2.พื้นที่ 6 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา	SAPEL ระยะสั้น และ LEC ระยะยาว	- ด่วนที่สุด	SAPEL ปี 2551 LEC ปี 2552-2554
3.พื้นที่ 10 จังหวัดชายแดนไทย-เมียนมาร์	SAPEL ระยะสั้น และ LEC ระยะยาว	- ด่วนปานกลาง	SAPEL ปี 2551 LEC ปี 2552-2554
4.พื้นที่ 10 จังหวัดชายแดนไทย-ลาว	LEC ระยะปานกลาง	- เร่งรัดการรณรงค์เสริมโครงการปกติ	LEC ปี 2551-2552 โครงการปกติ ปี 2553-2554

5. ข้อเสนอแนะการดำเนินการโครงการปฏิบัติการพิเศษเพื่อเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน (SAPEL) ซึ่งจัดเป็นแผนปฏิบัติการเร่งรัดพิเศษ (accelerated plan of action) ในพื้นที่ที่เป็นปัญหาพิเศษและเข้าไม่ถึง การค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยา MDT ได้ตามปกติ เช่น พื้นที่ชายแดน ป่าเขา คมนาคมไม่สะดวก มีชนกลุ่มน้อยที่มีปัญหาการสื่อสารและวัฒนธรรมประเพณี พื้นที่เป็นเกาะแก่งทะเลที่การคมนาคมลำบาก และมีปัญหาการอพยพเคลื่อนย้ายประชากรต่างด้าว หรือมีปัญหาการสู้รบระหว่างเผ่าพันธุ์ และการก่อความไม่สงบ ฯลฯ ตามชายแดนที่เป็นปัญหาดังกล่าว โครงการปฏิบัติการพิเศษ (SAPEL) จึงต้องจัดตั้งขึ้นและบูรณาการในโครงสร้าง และระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิมในจังหวัดชายแดน เช่น คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขชายแดนและอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้ประสานงานโรคเรื้อน ผู้แทนสถาบันราชประชาสมาสัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่รับผิดชอบพื้นที่จังหวัดชายแดนนั้นๆ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับพื้นที่ (เขต) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข เข้าร่วมเป็นอนุกรรมการโครงการปฏิบัติการพิเศษเพื่อเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน (SAPEL) และส่งทีมเคลื่อนที่สำรวจโรคเรื้อนหมู่บ้านแบบเร็ว (rapid village survey mobile teams) ต่างๆ จากสถาบันราชประชาสมาสัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งอาจปรับจากทีมเคลื่อนที่เชิงรุกเอนกประสงค์ที่มีอยู่เดิม (mobile rapid response teams) เพื่อออกปฏิบัติการเชิงรุกทั้งการให้สุขศึกษา เพิ่มความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน และประชากรทุกกลุ่ม การสำรวจค้นหาโรคเรื้อนแบบเร็วในหมู่บ้าน และค่ายอพยพ และกลุ่มแรงงานต่างด้าว เพื่อให้ยา MDT การอบรมสอนแนะการดูแลและป้องกันความพิการตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และแกนนำ/ผู้นำชุมชน และกลุ่มประชากร รวมทั้งผู้นำศาสนาอิสลาม และครูพยาบาลของสุขศาลา หน่วยตำรวจตระเวณชายแดน[22] ตามตะเข็บชายแดน ฯลฯ เป็นต้น โดยองค์ประกอบสำคัญของโครงการ SAPEL ได้แก่ 1) การปฏิบัติการ

เชิงนวัตกรรมที่ปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์วัฒนธรรมท้องถิ่น และทรัพยากรที่มีในการค้นหาผู้ป่วยและให้การรักษาด้วยยา MDT 2) การเสริมสร้างศักยภาพให้บุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่นและอาสาสมัครแกนนำ/ผู้นำชุมชน 3) การส่งเสริมความตระหนัก และเพิ่มระดมการมีส่วนร่วมทุกฝ่ายในกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วย และการรักษาด้วยยา MDT[31]

6. ข้อเสนอแนะการดำเนินการโครงการรณรงค์เร่งรัดการกำจัดโรคเรื้อน (LEC) เพื่อมุ่งเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังหลบซ่อนและหลงเหลือในชุมชน และกลุ่มประชากรเพื่อให้ได้รับยา MDT อย่างทั่วถึงเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การควบคุมโรคเรื้อน คือ 1) ตัดการแพร่เชื้อโรคเรื้อนในชุมชน 2) รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกรายให้หายจากโรค 3) ป้องกันความพิการแก่ผู้ป่วยและผู้หายป่วย[32] โดยการค้นหาพื้นที่อำเภอและตำบลที่ยังมีปัญหาในจังหวัดชายแดน เช่น อัตราความชุกเกิน 1 ต่อประชากร 1 หมื่น และที่ยังมีปัญหายังมีผู้ป่วยโรคเรื้อนหลบซ่อนหลงเหลือไม่มารับการตรวจรักษาอีกมาก (hidden cases) หรือมารับการตรวจวินิจฉัยล่าช้ามากจนมีความเสี่ยงต่อการแพร่โรคแก่สมาชิกครอบครัวและเพื่อนบ้าน และเกิดความพิการตามมาการดำเนินการโครงการ LEC จึงมุ่งที่จะเร่งรัดการเข้าถึงผู้ป่วยดังกล่าว โดยผ่านการเผยแพร่สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ และปรับปรุงศักยภาพและประสิทธิภาพการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อน ของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และเพิ่มการมีส่วนร่วมจากชุมชน ประชาชน และหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยกลยุทธ์หลักของโครงการ LEC ประกอบด้วย 1) การเพิ่มความพยายามในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนและการให้ยา MDT 2) การเพิ่มมาตรการสร้างศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนด้วยการค้นหาและให้ยา MDT และ 3) การเพิ่มความตระหนักของชุมชน และกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่ชายแดนในการมีส่วนร่วมกิจกรรมการกำจัดโรคเรื้อนของชุมชน ประชากร และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการมีส่วนร่วมรณรงค์เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงกิจกรรมการกำจัดโรคเรื้อนและรักษา การดำเนินการตามกิจกรรมกำจัดโรคเรื้อนตามปกติอย่างยั่งยืนหลังการรณรงค์ โดยการรณรงค์ระยะแรกอาจใช้ทีมงานที่ใช้ในโครงการ SAPEL ดังกล่าวเข้าช่วยในการรณรงค์เชิงรุกระยะสั้น แล้วตามด้วยการเพิ่มการรณรงค์ให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์เชิงรุก และตามด้วยการดำเนินการกำจัดโรคเรื้อนตามปกติ

7. ในพื้นที่ชายแดน 3 จังหวัดภาคใต้ที่มีปัญหารุนแรงพิเศษจากการก่อความไม่สงบ คือ ปัตตานี นราธิวาส และยะลา โดยการปฏิบัติการพิเศษ SAPEL ดังกล่าวอาจต้องปรับและพัฒนาเป็นรูปแบบพิเศษที่มีความเข้มข้นมากขึ้น โดยสมควรที่สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค และกองแผนงาน กรมควบคุมโรค รวมทั้งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช และเขต 12 สงขลา จะได้ร่วมกันพิจารณาจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพิเศษเรื่องการดำเนินโครงการปฏิบัติการพิเศษ ในการกำจัดโรคเรื้อนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเชิญผู้แทนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้ง อบจ. เทศบาล อบต. ฝ่ายความมั่นคงทั้งพลเรือน/ทหาร/ตำรวจ และผู้นำศาสนาอิสลาม นักวิชาการที่เกี่ยวข้องจากสถาบันการศึกษาในพื้นที่ รวมทั้งผู้แทนสำนักงานประกันหลักสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพเฉพาะพื้นที่ระดับเขต และอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเฉพาะพื้นที่ระดับเขตและจังหวัด ฯลฯ เข้าร่วมประชุมดังกล่าว เพื่อทบทวนนโยบาย ยุทธศาสตร์ การจัดระบบโครงสร้างและหน้าที่ หน่วยงานทุกภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องการเร่งรัดดำเนินการโครงการ SAPEL ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์ผู้นำศาสนาอิสลามในการบูรณาการความรู้โรคเรื้อน และการควบคุมโรคเรื้อนเข้าไปในคำสอนกูตะบะฮะ และช่วยอบรมครู

สอนศาสนาอิสลาม (คอร์เทฟ) ให้สุขศึกษาและช่วยค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตกค้างในชุมชน และติดตามการให้ยา MDT จนครบ รวมทั้งการฝึกอบรมและใช้ประโยชน์ตำรวจตระเวณชายแดนที่รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัคร ครูประจำโรงเรียนตำรวจตระเวณชายแดน และอาสาสมัคร ครูพยาบาลประจำสุขศาลาของตำรวจตระเวณชายแดนในพื้นที่กันดารห่างไกลตามชายแดน ซึ่งเปิดบริการสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อช่วยงานสุขศึกษา ค้นหาผู้ป่วย และติดตามให้ยา MDT จนครบ และแนะนำการป้องกันความพิการด้วย[22]

8. ในพื้นที่ชายแดนที่มีปัญหาโรคเรื้อนดังกล่าว สถาบันราชประชาสมาสัย ควรจัดอบรมแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถเปิดคลินิกโรคผิวหนังขึ้นเป็นพิเศษในโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยที่เป็นเครือข่าย โดยมีแพทย์โรคผิวหนังจากโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นแกนนำ/แม่ข่ายของเครือข่ายคลินิกโรคผิวหนัง และเครือข่ายกำจัดโรคเรื้อนระดับอำเภอทุกอำเภอ ที่ประสานสนับสนุนกับการดำเนินงานโครงการ SAPEL ในข้อ 7 อย่างสอดคล้อง ด้วยการสนับสนุนของผู้ประสานงานโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเฉพาะพื้นที่และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเฉพาะพื้นที่ อบจ. เทศบาล และ อบต. ดังกล่าว โดยเครือข่ายกำจัดโรคเรื้อนอำเภอมีหน้าที่คือ

1. ศึกษาวิเคราะห์ รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอและตำบล

2. พัฒนาระบบการให้บริการงานควบคุมกำจัดโรคเรื้อนด้านต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ

3. จัดทำคู่มือมาตรฐานคุณภาพการให้บริการงานควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอ ตามมาตรฐานที่สถาบันราชประชาสมาสัยกำหนดไว้

4. อบรมฟื้นฟูความรู้แก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร

5. เสนอปัญหาและอุปสรรคที่แก้ไขไม่ได้ให้ผู้ประสานงานโรคเรื้อนทราบเพื่อประสานการป้องกันแก้ไขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มกำจัดโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยเฉพาะนางสาวฉลวย เสร็จกิจ และนายมานิจ ชนินพร ผู้ช่วยในการรวมรวบและจัดทำข้อมูลสถิติด้านระบาดวิทยาและขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรคที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำที่มีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. เวชปฏิบัติทางโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ: นิวธรรมดาการพิมพ์; 2525.
2. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ: นิวธรรมดาการพิมพ์ ; 2535.
3. ธีระ รามสูต. ปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ 2535; 3: 61-8.
4. World Health Organization. A guide to leprosy control. World Health Organization, Geneva 1980: 12-3.
5. ธีระ รามสูต. โรคเรื้อนระยะบุกเบิก. ใน: มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์, บรรณาธิการ. ราชประชาสมาสัยสาร. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช 2528. น. 45-53.
6. ประชุมพร โอชสานนท์. งานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย. ใน: มูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์, บรรณาธิการ. ราชประชาสมาสัยสาร. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช 2528. น. 82-9
7. จรูญ ปิยะวราภรณ์. วิวัฒนาการงานควบคุมโรคเรื้อน. ใน: กรมควบคุมโรคติดต่อ,

บรรณาธิการ. รายงานครบรอบ 15 ปี กรมควบคุมโรคคิดต่อ. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก; 2533: น. 306-11.

8. ธีระ รามสูต. 40 ปีของการบุกเบิกพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2546.
9. Ramasoota T, Rungruang S, Sampatavanich S, et al. Preliminary study on dapsone regiment in leprosy in Thailand. Journal of Public Health1983: 2: 115-7.
10. ธีระ รามสูต. แนวคิดการเกิดเชื้อดื้อยาแด็ปโซนของเชื้อโรคเรื้อนและวิธีป้องกันแก้ไข. วารสารโรคติดต่อ 2522; 3: 256-71.
11. World Health Organization. Chemotherapy of leprosy for control programme. Geneva: WHO, WHO Technical Report Series No. 675; 1982.
12. ธีระ รามสูต. ความก้าวหน้าและข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเคมีบำบัดโรคเรื้อนผสมแบบใหม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก. แพทยสภาสาร 2530;10: 5-13
13. ธีระ รามสูต. การรักษาโรคเรื้อนระยะสั้น. ใน. คลีนิกโรคผิวหนัง. ใน : เวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน 2537:น. 117-25.
14. World Health Organization. Global strategy for the elimination of leprosy as a public health problem. WHO/CTD/LEP/94.2. Ceneva: World Aealth Organization. 1994.
15. World Aealth Organization. Report on first meeting of the WHO technical Advisory Group on Elimination of Leprosy. WHO/CDS/CPE/CEE/2000. 4. Geneva: World Health Organization 2000.
16. กรมควบคุมโรคติดต่อ กองโรคเรื้อน. งานโรคเรื้อนในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ 2535-2539) . (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2537.
17. กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ. แผนดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อน พ.ศ 2537-2543. กองโรคเรื้อน; 2537 (เอกสารอัดสำเนา 13 หน้า).
18. ธีระ รามสูต. การพัฒนาวิธีการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในสภาวการณ์ความชุกของโรคลดลง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2539; 5(2): 275-95.
19. ฉลวย เสร็จกิจ. การเปลี่ยนแปลงกระสวนทางระบาดวิทยาของการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในประเทศไทย: สถานการณ์หลังกำจัดโรคเรื้อนปี พ.ศ 2544-2547. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย 2549; 4(1): 31-43.
20. สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส) และหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ข้อเท็จจริงและสถิติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2547.
21. อมร รอดคล้าย,สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, สุภัทะ ยังสุวรรตกิจ. การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. เอกสารรายงานวิจัยซึ่งได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มิถุนายน 2548 (เอกสารอัดสำเนา 71 หน้า).
22. โฉมสุดา สังขมณี และ มนัส ผดุงคุณาธรรม. รายงานการวิจัยเรื่อง "การประเมินผลแบบมีส่วนร่วมผลกระทบด้านประสิทธิผลของการกำจัดโรคเรื้อนใน 14 จังหวัดภาคใต้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ปี พ.ศ.2545-2549". 2551(เอกสารอัดสำเนา 107 หน้า).
23. ประชา ภูมิพานิชย์. การควบคุมและป้องกัน

โรคติดต่อในแรงงานต่างชาติ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2540; 5: 141-51.

24. ธีระ รามสูต. การศึกษารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชายแดนไทย/กัมพูชา. เอกสารวิจัยส่วนบุคคลทางสังคมจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร 2528.
25. Wadie WK. Health dilemmas at the borders. A global challenge. World Health Organization 1997; 18: 9-16
26. ฉลวย เสร็จกิจ. การเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ามาจากประเทศใกล้เคียงในปี 2541-2546 ตามแนวทางพระราชดำริ. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย 2547; 2(2): 80-9.
27. กองวิชาการ กรมควบคุมโรค. การควบคุมโรคติดต่อชายแดน. กองวิชาการ กรมควบคุมโรค 2549.
28. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถิติการเฝ้าระวังโรคปี 2544-2545. สำนักระบาดวิทยา, 2545
29. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาระบบการจัดเก็บข้อมูลสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์จำกัด 2544.
30. Jerrold W Hugut, Sureeporn Punpuing. International migration to Thailand. Bankok: International Organization for migration to Thailand, Regional Office Bangkok, Thailand, 2005, p.13.
31. World Health Organization. Action programme for the elimination of leprosy. WHO/LEP/98.2. World Health Organization, Geneva 1998
32. World Health Organization. The final push towards elimination of leprosy: strategic plan 2000-2005. CDS/CPE/CEE/2000.1. World Health Organization, Geneva 2000.

นิพนธ์ต้นฉบับ Original article

ผลกระทบของการก่อความไม่สงบต่อการค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนของโรงพยาบาลปัตตานี ปี 2542 - 2550

Impacts of Insurgents on Detection and Treatment of Leprosy Patients By Pattani Hospital from 1999 - 2007

ภาวิณี เสรีประภากิจ
พ.บ., วว. (ตจวิทยา)
โรงพยาบาลปัตตานี

Phawinee Sereepraphakit
M.D., Cert.Board of Dermatology
Pattani Hospital

บทคัดย่อ

ผู้วิจัยได้ศึกษาผลกระทบของความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้นับแต่ปี 2542 ซึ่งจะทวีความรุนแรงมากขึ้นนับแต่ปี 2544 เป็นต้นมา ต่อการค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนของโรงพยาบาลปัตตานี ในปี 2542 - 2550 และศึกษาระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยดังกล่าว จำนวนทั้งหมด 70 ราย ผลการศึกษาไม่พบผลกระทบเชิงลบชัดเจนของการก่อความไม่สงบ โดยจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มาตรวจรักษาลดลงทันที ร้อยละ 76.47 จาก 17 ราย ในปี 2542 เป็น 4 ราย ในปี 2543 ต่อจากนั้นพบว่าจำนวนผู้ป่วยแต่ละปีไม่ลดลงแต่กลับเพิ่มและลดสลับกันแต่ละปี ระหว่าง 4 - 10 ราย (เฉลี่ย 7 รายต่อปี) ซึ่งบ่งชี้เหตุผลจากผู้ป่วยนิยมมาใช้บริการที่โรงพยาบาลปัตตานีมาก เนื่องจากมีแพทย์โรคผิวหนังประจำและปลอดภัยจากมีระบบคุ้มกันความปลอดภัยดีกว่าโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ดังที่พบว่าในผู้ป่วย 70 รายนั้น มีเพียงร้อยละ 28.57 ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมืองปัตตานี แต่ร้อยละ 64.28 มาจากอำเภอต่าง ๆ ของปัตตานี และร้อยละ 7.14 มาจากจังหวัดใกล้เคียง ผลการวิจัยทางระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยทั้ง 70 ราย พบเป็นเพศชาย 49 ราย (ร้อยละ 70) ด้วยสัดส่วนชายต่อหญิง 2.3 : 1 เป็นเด็กร้อยละ 8.57 จัดเป็นชนิด PB 20 ราย และ MB 50 ราย (ร้อยละ 71.43) และพิการเกรด 2 ร้อยละ 24.28 พบอาการแทรกซ้อนเป็นโรคเห่อชนิดแรก (RR) 6 ราย และชนิดที่สอง (ENL) 8 ราย การตรวจรอยโรคผิวหนัง พบจำนวน 1 - 5 รอยโรค ร้อยละ 39 และมากกว่า 5 รอยโรค ร้อยละ 68.57 การตรวจทางเส้นประสาทพบเส้นประสาทส่วนปลายโต 1 เส้น ร้อยละ 25.71 และโตมากกว่า 1 เส้น ร้อยละ 20 ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจรักษา 70 ราย ในปี 2542 - 2550 ที่โรงพยาบาลปัตตานี คิดเป็นร้อยละ 53.85 ของผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบทั้งหมด 130 ราย ในจังหวัดปัตตานี และได้วิจารณ์ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาบทบาทและศักยภาพของโรงพยาบาลปัตตานี ให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เพื่อเป็นแกนประสานสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยในจังหวัดปัตตานี และเชื่อมโยงประสานกับผู้ประสานงานโรคเรื้อนและผู้นิเทศงานทุกระดับ ตลอดจนเพื่อเป็นโรงพยาบาลทั่วไป รูปแบบ ต้นแบบ/นำร่องในการเพิ่มประสิทธิภาพของ

การกำจัดโรคเรื้อน ในเขตเมืองสำหรับจังหวัดใกล้เคียง ภายใต้สภาวะการก่อความไม่สงบ ตลอดจนจังหวัดอื่น ๆ ในภาคใต้ เพื่อเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อนให้สำเร็จอย่างยั่งยืนต่อไป

Abstract

The author has conducted the study on impacts of insurgents in the 3 southern border provinces since 1999 which later on became more violent in 2001, on detection and treatment of leprosy patients undertaking by Pattani hospital from 1999 - 2007, together with a clinico - epidemiological study of such treated 70 leprosy patients. Overall results revealed no definitely negative impacts were found since number of leprosy cases who attended for the hospital services immediately dropped 76.67 percent form 17 cases in 1999 to 4 cases in 2000, after that number of such leprosy cases more fluctuated as varied from 4 to 10 cases annually (average 7 cases per year). Reasons for such trends were explained by the fact that Pattani hospital appeared to be more attractive to leprosy patients in terms of safety and qualified dermatologist as compared to remaining district hospitals and health centers in Pattani province. These indicated by out of total 70 cases, only 28.57 percent came from Pattani Muang district, while 64.28 percent were from several districts of Pattani and 7.14 percent came from neighboring provinces. Clinico epidemiological study of total 70 leprosy cases revealed 49 males (70 percent) with proportion of male to female 2.3 : 1 and only 8.54 percent was children. They were classified into 20 paucibacillary cases and 50 multi - bacillary cases (71.43 percent). Disability rate of grade 2 was 24.28 percent while 14 cases developed leprosy reaction, out of that 6 cases were suffering from type - 1 or reversal reaction together with 8 cases of erythema nodosum leprosum (ENL). Dermatological examination revealed findings of 39 percent of patients with 1 - 5 lesions while 68.57 percent of them showed more than 5 skin lesions. Neurological examination also showed 25.71 percent of patients with single peripheral nerve thickening while 20 percent of multiple enlargement of such nerves were found. Total 70 leprosy cases who attended Pattani hospital from 1999 - 2007 were 53.85 percent of total number of 130 leprosy cased detected in Pattani province during these years. The author has made discussions on related factors together with recommendations for further improvement and development of pattani hospital in order to be more effective contracting unit for secondary medical care for technical supports of remaining district hospitals. Apart from that Pattani hospital was also the pilot general hospital which played vital roles to increase effectiveness of urban leprosy control for neighboring provinces under insurgent condition and remaining southern provinces, in order to achieve sustainable elimination of leprosy in the near future.

คำสำคัญ : ผลกระทบ, การก่อความไม่สงบ, การค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน, โรงพยาบาลปัตตานี

Key Words : Impacts, Insurgents, Detection and treatment of leprosy patients, Pattani general hospital

บทนำ

โรคเรื้อนจัดเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทั้งทางสาธารณสุขและสังคมของประเทศไทย[1-3] โครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ซึ่งมุ่งตรวจค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่บ้าน (domiciliary approach) ได้เริ่มดำเนินการในรูปโครงการนำร่อง (pilot project) ที่จังหวัดขอนแก่น ในปี 2498 - 2499 ในรูปแบบของโครงการชำนัญพิเศษ และได้เริ่มขยายโครงการฯ ในปี 2500 และโอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อนให้แก่ระบบบริการสาธารณสุขจังหวัด ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในปี 2519 โดยโครงการดังกล่าวนี้ได้ขยายครอบคลุม 14 จังหวัดของภาคใต้ ในปี 2517[4-6] โดยสถาบันราชประชาสมาสัย กองควบคุมโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้จัดให้มีการอบรมปฐมนิเทศแก่แพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ก่อนโอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อนให้แก่สถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ของจังหวัด โดยดำเนินการในภาคใต้ ระหว่างปี 2517 - 2519[7] ต่อมาหลังจากเกิดการดื้อยาแด็บโซนที่ใช้รักษาโรคเรื้อนนับแต่เริ่มโครงการฯ[8-9] จึงได้มีการเปลี่ยนใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ (multidrug therapy : MDT) ตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก[10-11] โดยก่อนใช้ยาได้มีการอบรมแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขใน 14 จังหวัดภาคใต้ ในปี 2527 - 2529[6] ด้วยประสิทธิภาพของยา MDT[12-13] ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการรักษาหายและจำหน่ายรวดเร็วยิ่งขึ้น ส่งผลให้อัตราความชุกโรคเรื้อนทั่วประเทศลดต่ำลงจากอัตรา 50 ต่อประชากร 1 หมื่น เมื่อเริ่มขยายโครงการฯ ในปี 2500 จนเหลือต่ำกว่าอัตรา 1 ต่อประชากร 1 หมื่น ในปี 2537 ซึ่งอัตราที่ต่ำกว่า 1 ต่อ 1 หมื่นประชากรนี้ เป็นเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกรับรองว่า ประเทศไทยสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จ ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข (elimination of leprosy as a public health problem)[6,14-16]

จากปัญหาการก่อความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ได้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นนับแต่ปี 2542 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบัน โดยในปี 2550 มีเหตุลอบยิง รวม 1,236 ครั้ง เหตุวางระเบิด 399 ครั้ง และวางเพลิง 310 ครั้ง และลุกลามสู่การเผาและลอบทำร้ายบุคลากรการแพทย์ และสาธารณสุขในสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน[16-22] ทำให้ส่งผลกระทบต่อการค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างมาก ทั้งต่อการเดินทางมารับการตรวจรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน และการออกไปติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่มารับยาตามกำหนดที่บ้าน และติดตามตรวจผู้สัมผัสร่วมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้มีแนวโน้มผู้ป่วยโรคเรื้อนมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานีมากขึ้น เพราะมีความปลอดภัยกว่าการรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย และโรงพยาบาลปัตตานี ยังมีแพทย์โรคผิวหนังประจำอยู่ ซึ่งสร้างความเชื่อถือและมั่นใจในการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้อย่างมากอีกด้วย รวมทั้งการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ส่งมาจากสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้นในระหว่างมีปัญหาทวีความรุนแรงมากขึ้นของการก่อความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จากความเป็นมาและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาผลกระทบของการก่อความไม่สงบต่อการค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนของโรงพยาบาลปัตตานี ระหว่างปี 2542 - 2550 ก่อนและหลังการทวีความรุนแรงของการก่อความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี 2544

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวโน้มของการมารับการตรวจรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่โรงพยาบาลปัตตานี ในปี 2542 - 2550 หลังการทวีความรุนแรงของการก่อความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อศึกษารูปแบบของระบาดวิทยาคลินิก

ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี ในปี 2542 - 2550

3. เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการมารับการตรวจรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่จังหวัดปัตตานี

4. เพื่อศึกษาและทบทวนบทบาทของแพทย์โรคผิวหนังและโรงพยาบาลปัตตานีต่อการสนับสนุนการรองรับปัญหางานควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้รับผลกระทบจากการทวีความรุนแรงของการก่อความไม่สงบ

วิธีการศึกษา

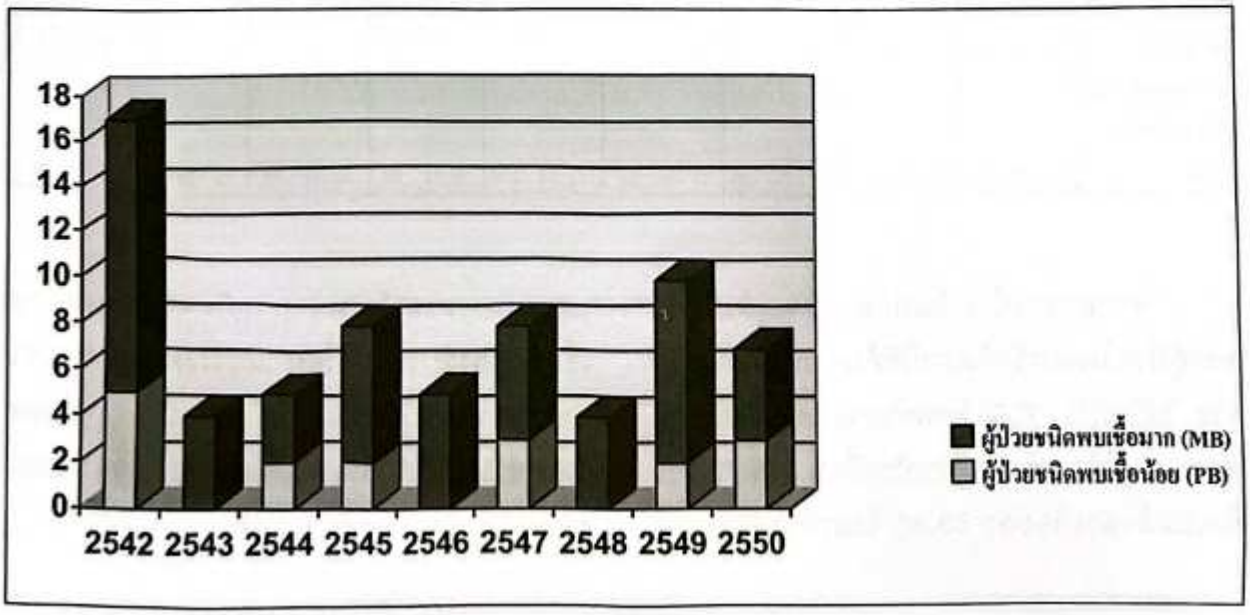
ได้ใช้วิธีการศึกษาประเมินผลเชิงพรรณนา (descriptive evalvating research) และการศึกษาเชิงระบาดวิทยาคลินิก (clinico epidemiological study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อน และมาตรวจรักษา และลงทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี นับแต่เมษายน ปี 2542 ถึง ธันวาคม ปี 2550

ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน รวม 70 ราย ที่ลงทะเบียนรับการตรวจวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม (MDT) ระหว่าง ปี 2542 - 2550 โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจวินิจฉัยและติดตาม ดูแลการรักษาโดยแพทย์โรคผิวหนังของโรงพยาบาลปัตตานี การวินิจฉัยโรคเรื้อนได้จากการตรวจร่างกายทางคลินิกและทางผิวหนัง (clinical examination and dermatological examination) การตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนจากผิวหนังด้วยวิธีกรีดร่อง (bacteriological examination by slit skin smears) โดยใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเรื้อนจาก 1) การตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีอาการชา 2) การตรวจพบเส้นประสาทส่วนปลายโตและคลำได้ 3) การตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากรอยโรคและผิวหนัง[23-24]

ผลการศึกษา

1. แนวโน้มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี ในปี 2542 - 2550 หลังการทวีความรุนแรงของการก่อความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ภาพที่ 1 : จำนวนและชนิดของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2550



จากภาพที่ 1 จะเห็นได้ว่าหลังจากการ
ารร้ายใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี
ธิวาส ยะลา) ได้เริ่มทวีความรุนแรงมากขึ้น
วนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับการตรวจรักษาที่
เยาบาลปัตตานี แต่ละปีได้ลดลงอย่างมากจาก
าย ในปี 2542 เหลือเป็น 4 ราย ในปี 2543
5 ราย ในปี 2544 แต่หลังจากปี 2544 ที่
ก่อการร้ายใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ยิ่ง
วามรุนแรงยิ่งขึ้น จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบ
ลงทะเบียนรักษาแต่ละปีก็ยังไม่มีแนวโน้มลด
งมากนัก โดยยังสูงขึ้นและต่ำลงบ้างในแต่ละปี
8 ราย ในปี 2545, 6 ราย ในปี 2540 8 ราย
2547, 4 ราย ใน 2548, 10 ราย ในปี 2549
7 ราย ในปี 2550 สะท้อนได้ว่าการมารับบริการ
จรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี ซึ่งนอกจากจะตั้ง
นตัวจังหวัดจะปลอดภัยมากกว่าการไปรับบริการ
งพยาบาลชุมชนแล้ว ยังมั่นใจได้ว่าจะได้รับ
บริการจากแพทย์ผู้ชำนาญการด้านโรคผิวหนังโดยตรง
อีกด้วย ดังจะเห็นได้จากในผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งหมด
70 ราย ที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี ในปี
2542 - 2550 มาจากอำเภอเมืองปัตตานีเพียง 19
ราย (ร้อยละ 27.14) ที่เหลือส่วนใหญ่มาจากอำเภอ
ต่างๆ ในปัตตานีคือ อำเภอยะหริ่ง 16 ราย,
อำเภอหนองจิก 7 ราย, อำเภอสายบุรี 7 ราย,
อำเภอโคกโพธิ 6 ราย, อำเภอมายอ 4 ราย, อำเภอ
ยะรัง 4 ราย, และอำเภอปะนาเระ 2 ราย รวมทั้ง
มาจากอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส 1 ราย และ
อำเภอเมืองนราธิวาส 1 ราย อำเภอรามัน จังหวัด
นราธิวาส 1 ราย ตลอดจนจากจังหวัดสงขลา
อำเภอสะบ้าย้อย 1 ราย อำเภอเทพา 1 ราย นอกจาก
นั้นยังมีผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน คือ
โรงพยาบาลสายบุรี 2 ราย โรงพยาบาลยะหริ่ง
1 ราย และโรงพยาบาลปะนาเระ 1 ราย

างที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานีกับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบและลงทะเบียนรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในจังหวัดปัตตานี ในปี 2542 - 2550

วนผู้ป่วยเรื้อนที่ลงนรักษา (คน)	ปี พ.ศ.																							
	2542			2543			2544			2545			2546			2547			2548			2549			2550		
	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม
าบาลปัตตานี	4	16	18	0	4	4	1	4	5	1	7	8	0	7	7	2	6	8	0	4	4	1	9	10	2	5	7
ริการ	6	10	16	12	12	15	4	12	16	14	1	15	13	9	22	12	8	20	23	12	35	12	11	23	0	23	21
นสุขอื่นๆ ใน																											
ปัตตานี																											
	10	26	34	12	16	19	5	16	21	15	8	23	13	16	29	14	14	28	23	16	39	13	20	33	0	28	28

จากตารางที่ 1 ในภาพรวมจะเห็นได้ว่า
ป่วยในจังหวัดปัตตานีที่ค้นพบทั้งหมด 130
นปี 2542 - 2550 โรงพยาบาลปัตตานีสามารถ
และให้การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน รวม 70 ราย
สัดส่วนร้อยละ 53.85 ซึ่งสะท้อนศักยภาพ
และบทบาทของโรงพยาบาลปัตตานี และความ
เชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคเรื้อน และโรงพยาบาลชุมชน
และสถานีอนามัยในจังหวัดปัตตานี ที่มีต่อ
โรงพยาบาลปัตตานี ซึ่งมีแพทย์โรคผิวหนังและ
บุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

ตารางที่ 2 วิธีการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อน 70 ราย ที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี ในปี 2542 - 2550*

ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษา	เคยเป็นผู้ป่วยเก่าเคยรักษามาก่อน		วิธีการค้นพบผู้ป่วย					
			มาตรวจเอง		ส่งต่อมาจากสถานบริการอื่น		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดเชื้อมาก (PB)	10	100	15	28.3	5	29.41	20	28.57
ชนิดเชื้อน้อย (MB)	0	0	38	71.7	12	70.59	50	71.43
รวม	10	100	53	100	17	100	70	100

* โรงพยาบาลปัตตานีได้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับยา MDT ที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน รวม 13 ราย (ร้อยละ 18.57) โดย 11 ราย ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ร้อยละ 15.71 และ 2 ราย ส่งกลับประเทศตนเอง คือ เขมร 1 ราย พม่า 1 ราย ตามความประสงค์

2. รูปแบบของระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อน 70 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี ปี 2542 - 2550

ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตรวจพบและลงทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี รวม 70 ราย ในปี 2542 - 2550 จัดเป็นชนิดเชื้อน้อย (PB) 20 ราย และชนิดเชื้อมาก (PB) 50 ราย (ร้อยละ 71.43) เป็นชาย 49 ราย (ร้อยละ 70.00) หญิง 21 ราย (ร้อยละ 30.0) ด้วยอัตราส่วน ชาย : หญิง 2.3 : 1 และเป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 6 ราย (ร้อยละ 8.57) เป็นเด็กชาย 3 ราย และเด็กหญิง 3 ราย และพบมีความพิการระดับ 2 21 ราย (ร้อยละ 30) กลุ่มอายุของผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอายุ 15 - 40 ปี 35 ราย (ร้อยละ 50.0) และมากกว่า 40 ปี 29 ราย (ร้อยละ 41.43) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี 19 ราย และอำเภออื่นของปัตตานี 46 ราย รวม 65 ราย (ร้อยละ 92.86) ผู้ป่วยที่เหลือ 5 ราย (ร้อยละ 7.14) มาจากจังหวัดใกล้เคียง คือ นราธิวาส 1 ราย ยะลา 2 ราย และสงขลา 2 ราย ผู้ป่วยทั้ง 70 ราย มีอาการแสดงสำคัญ และการจำแนกชนิด รวมทั้งการเกิดภาวะโรคเห่อดังแสดงในตารางดังกล่าว

ตารางที่ 3 อาการแสดงสำคัญที่ตรวจพบของผู้ป่วยโรคเรื้อน 70 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี ปี 2542 - 2550

อาการแสดงสำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรคเรื้อน	ชนิดผู้ป่วยโรคเรื้อน					
	เชื้อน้อย (PB)		เชื้อมาก[1] (MB)		ทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนร้อยโรคผิวหนัง						
1 รอยโรค	9	45.00	0	0	9	12.86
2 - 5 รอยโรค	7	35.00	5	10.00	12	17.14
มากกว่า 5 รอยโรค	3	15.00	45	90.00	48	68.57
ไม่พบรอยโรค[2]	1	10.00	0	0	1	1.43
จำนวนเส้นประสาทส่วนปลายที่โตและคลำได้						
โต 1 เส้นประสาท	8	40.00	10	20.00	18	25.71
โตมากกว่า 1 เส้นประสาท	1	10.00	13	26.00	14	20.00
รวม	9	45.00	23	46.00	32	45.71
ระดับความพิการที่ตรวจพบ						
พิการระดับ 1	2	10.00	4	8.00	6	8.57
พิการระดับ 2	4	20.00	13	26.00	17	24.28
พิการรวม (ระดับ 1 และ 2)	6	30.00	17	34.00	23	32.86
ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยทั้งหมด	20	100	50	100	70	100

(1) ผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก (MB) 50 ราย ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อน 34 ราย (ร้อยละ 68.0)

(2) ไม่พบรอยโรคผิวหนัง 1 ราย ในผู้ป่วยชนิด PB ซึ่งเป็นชนิด pure neuritic leprosy ที่พบเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลาย

3. บทบาทของแพทย์โรคผิวหนังโรงพยาบาลปัตตานี ในการสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชนหลังการก่อความไม่สงบทวีความรุนแรงมากขึ้น

3.1 การฝึกอบรม

- **ปี 2545**

- เป็นวิทยากรโครงการอบรมเรื่อง "แนวทางการจัดตั้งคลินิกโรคผิวหนัง ในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน" ในวันที่ 15 - 17 กรกฎาคม 2545 ณ โรงพยาบาลปัตตานี

- โดยผู้รับการอบรมเป็นแพทย์ในสังกัดโรงพยาบาลชุมชนจากเขตสาธารณสุขที่ 11 และ 12 รุ่นที่ 1 จำนวน 23 คน

- **ปี 2546**

1) เป็นวิทยากรโครงการอบรมเรื่อง "แนวทางการจัดตั้งคลินิกโรคผิวหนังในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน" รุ่นที่ 2 จำนวนแพทย์ 44 คน จากโรงพยาบาลชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 11 และ 12

2) เป็นวิทยากรฝึกอบรมเรื่อง "การตรวจวินิจฉัยโรคผิวหนัง" แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลปัตตานี รวม 50 คน เวลา 2 ชั่วโมง

- **ปี 2547**

- เป็นวิทยากรอบรมฟื้นฟูวิชาการโรคเรื้อนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี รวม 94 คน เวลา 2 ชั่วโมง

- **ปี 2549**

- ฝึกอบรมเทคนิคการตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยโรคเรื้อน และสาธิตอาการแสดงของผู้ป่วยโรคเรื้อน แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอต่าง ๆ 12 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 2 คน เวลา 2 ชั่วโมง รวม 12 ชั่วโมง เพื่อให้ช่วยค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอต่างๆ ของปัตตานี

3.2 การนิเทศงาน

ได้ร่วมกับผู้นิเทศงานจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา กำหนดการนิเทศงานและติดตามงานโรคเรื้อนในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ทุกปีๆ ละ 2 ครั้ง ระหว่างปี 2542 - 2550 โดยมีกิจกรรมที่ปฏิบัติคือ

- นิเทศงานแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน
- พัฒนาระบบทะเบียนและรายงาน
- สอนแนะและฝึกปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ในการตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน
- การให้สุขศึกษาและสอนแนะฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อดูแลตนเองในการป้องกันความพิการและสังเกตอาการแทรกซ้อน
- การให้การสงเคราะห์กายอุปกรณ์แก่ผู้ป่วยที่พิการ และเครื่องอุปโภคบริโภคแก่ผู้ป่วยที่ยากจน

ตารางที่ 4 การจำแนกชนิดโรคเรื้อนตามระบบของริดเล่ย์โจ๊ปปลิ้งของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบ และลงทะเบียนทั้งหมด 70 ราย ที่โรงพยาบาลปัตตานี ปี 2542 - 2550

ชนิดโรคเรื้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Indeterminate (I)	1	1.43
Tuberculoid (T)	11	15.71
Borderline Tuberculoid (BT)	13	18.57
Mid Borderline (BB)	8	11.43
Borderline Lepromatous (BL)	12	17.14
Lepromatous (LL)	25	35.71
รวม	70	100.00

ตารางที่ 5 โรคเห่อ (leprosy reaction) ที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อน 70 ราย ที่ตรวจพบ และลงทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี ในปี 2542 - 2550

ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตรวจพบและลงทะเบียนรักษา	จำนวน	เกิดโรคเห่อชนิดแรก (Reversal reaction : RR)		เกิดโรคเห่อชนิดสอง (Erythema Nodosum Leprosum : ENL		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดเชื้อน้อย (PB)	20	1	5.00	-	0	1	5.00
ชนิดเชื้อมาก (MB)	50	5	25.00	8	16.00	13	26.00
รวม	70	6	8.57	8	11.43	14*	20.00

* 1) ผลการรักษาด้วย prednizolone จนหายจากโรคเห่อและไม่เกิดซ้ำอีก 12 ราย

2) มีผู้ป่วย 2 ราย (เป็นชนิด L 1 ราย BL 1 ราย) ที่เป็นโรคเห่อ ENL เรื้อรัง (chronic continuous ENL.) ไม่สามารถหยุดยา prednizolone ได้ (steroid dependent) โดยเป็นผู้ป่วยที่รับยา MDT จากโรงพยาบาลชุมชน และได้รับการส่งต่อ มารักษาต่อที่โรงพยาบาลปัตตานี ด้วยการให้ prednizolone 30 มก. ต่อวัน ร่วมกับ clofazimine 100 มก. วันละ 3 เวลา นาน 3 เดือน จนอาการไข้ตุ่มแดงกดเจ็บที่พบตามตัวและแขนขา ยุบลงหมด หลังจากนั้นจึงได้ลด prednizolone ลงตามลำดับ จนเหลือ 5 มก. ต่อวัน ในเวลา 5 เดือน และลด clofazimine เหลือ 100 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยหายไม่มีอาการโรคเห่อชนิด ENL เกิดขึ้นอีก

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

1. ผลกระทบของการก่อความไม่สงบใน 3 จังหวัดแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) ซึ่งได้เริ่มรุนแรง นับแต่ปี 2542 บ่งชี้ชัดเจนจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานีได้ลงลงอย่างมากทันทีจาก 17 ราย ในปี 2542 เป็น 4 ราย ในปี 2543 (ลดลงร้อยละ 76.47) แต่นับจากปี 2544 ซึ่งการก่อความไม่สงบได้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นเป็นต้นมา จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี ระหว่างปี 2544 - 2550 ไม่มีแนวโน้มลดต่ำลงอีก แต่กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย คือ เพิ่มจาก 4 ราย ในปี 2543 เป็น 5 ราย ในปี 2544 แล้วเพิ่มขึ้นเป็น 8 ราย ในปี 2545 ลดลงเป็น 5 ราย ในปี 2544 แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็น 8 ราย ในปี 2546 แล้วต่อมาลดลงเป็น 4 ราย ในปี 2548 และเพิ่มเป็น 10 ราย ในปี 2549 จนกลับลดลงเป็น 7 ราย ในปี 2550 โดยจำนวนผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี แต่ละปีนับแต่ปี 2544 - 2550 อยู่ระหว่าง 4 - 10 ราย (เฉลี่ย 7 ราย) ซึ่งอธิบายได้ว่าน่าจะเป็นผลจากความพยายามในการปรับปรุงการจัดระบบสุขภาพให้เหมาะสม และรองรับกับภาวะวิกฤติจากการก่อความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้[17] และการปรับยุทธศาสตร์ทางการทหารและความมั่นคงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ [18-22] ส่วนปัจจัยสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง น่าจะเกิดจากผลของการปรับระบบบริการสุขภาพและยุทธศาสตร์ดังกล่าว โรงพยาบาลปัตตานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป จึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ โดยมีโรงพยาบาลยะลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ในระบบการส่งต่อและระบบประสานสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และสถานีอนามัยในเครือข่าย ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยในอำเภอ และตำบลซึ่งมีสถานการณ์การก่อการร้ายที่รุนแรง และไม่ปลอดภัยทั้งต่อแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะออกติดตามให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อนที่บ้าน และติดตามตรวจผู้สัมผัส หรือออกสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในหมู่บ้าน รวมทั้งการรณรงค์ให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่สู่ชุมชน เพื่อการให้ความรู้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่หลงเหลือหลบซ่อนในชุมชนให้มาตรวจรักษา[25-27] และเพิ่มศักยภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานโรคเรื้อนให้มากขึ้น[28-29] จึงได้มีการปรับยุทธศาสตร์ใหม่ โดยแนะนำและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตนเคยรับผิดชอบให้มารับบริการที่โรงพยาบาลปัตตานี ซึ่งมีคุณภาพและปลอดภัยกว่า

นอกจากนั้น เนื่องจากโรงพยาบาลปัตตานีตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองปัตตานี ซึ่งมีระบบคุ้มกันและรักษาความปลอดภัยที่เข้มแข็ง และเข้มข้นมากกว่าพื้นที่เขตอำเภอ และตำบลรอบนอก จึงน่าจะสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่จะมารับบริการตรวจรักษา รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในศักยภาพและการมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนัง และโรคเรื้อน ฯลฯ ดังจะพบว่าจากผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาทั้งหมด 70 ราย มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมืองปัตตานี 20 ราย (ร้อยละ 28.57) และมาจากอำเภออื่นๆ ในปัตตานี 45 ราย (ร้อยละ 64.28) รวมทั้งมาจากจังหวัดใกล้เคียง 5 ราย (ร้อยละ 7.14) ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวมานี้ จึงอธิบายชัดเจนว่า ทำไมจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี ในปี 2544 - 2550 จึงไม่ลดลงแต่กลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าจะมีการก่อความไม่สงบเพิ่มทวีความรุนแรงมากขึ้นก็ตาม

2. จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับการตรวจรักษา 70 ราย ระหว่างปี 2545 - 2549 ที่โรงพยาบาลปัตตานี ที่ไม่ลดต่ำลงแต่มีแนวโน้มสูงขึ้น แม้ข้อมูลจะเป็นข้อมูลจากพื้นฐานของโรงพยาบาล (hospital based) ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรพิเศษในตัวเอง (self selected group) ที่มิใช่เป็นตัวแทนประชากร

ทั้งหมดของปัตตานี แต่ผู้ป่วย 70 ราย ในรอบ 5 ปี ที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานีนี้เทียบได้เป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 80.46 ของจำนวนผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่ทั้งจังหวัด รวม 87 ราย ในช่วง 5 ปี ดังกล่าว จึงสะท้อนบทบาทความสำคัญของโรงพยาบาลปัตตานีในการสนับสนุนการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนของจังหวัดปัตตานี และการมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานีมากขึ้นที่สอดคล้องกับแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงอัตราความชุกของโรคเรื้อนจังหวัดปัตตานี ในปี 2545 - 2549 ซึ่งไม่ลดลงมากนัก โดยอยู่ระหว่างอัตรา 0.63, 0.96, 0.64, 0.62 และ 0.54 ต่อประชากร 1 หมื่น ในปี 2545 - 2549 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าอัตราความชุกของทั้งประเทศ ซึ่งพบในอัตรา 0.37, 0.46, 0.44, 062, 0.30 ต่อประชากร 1 หมื่น ตามลำดับ และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอัตราค้นพบผู้ป่วยใหม่ ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น โดยอยู่ระหว่าง 2.67, 4.76, 2.32, 3.33 และ 1.72 ต่อประชากร 1 แสน ตามลำดับ ในปี 2545 - 2549

ข้อมูลเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอัตราความชุก และอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ ในจังหวัดปัตตานี ปี 2545 - 2549 จึงสะท้อนว่าการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนในจังหวัดปัตตานี ยังไม่ลดลงมากอย่างจังหวัดอื่น แต่กลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ป่วยใหม่ที่พบเพิ่มมากขึ้นทั้งๆ ที่การดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เช่น การสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว และการติดตามตรวจผู้สัมผัสแทบ ทำไม่ได้เลย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถออกไปปฏิบัติงานดังกล่าวในพื้นที่ได้ เพราะการเสี่ยงอันตรายจากผู้ก่อการไม่สงบ รวมทั้งปัญหาการออกติดตามตรวจผู้ป่วยที่ขาดยาและที่ลงทะเบียนรักษาของผู้นิเทศงานและผู้ประสานงานโรคเรื้อน ปัจจัยดังกล่าวจึงเป็นผลให้มีผู้ป่วยหลงเหลือตกค้าง และผู้ป่วยเกิดใหม่ที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดผสมอีกมากในชุมชน ซึ่งเป็นแหล่งรังโรคที่แพร่ติดต่อโรคเรื้อนมากขึ้นต่อไปในจังหวัดปัตตานี ทำให้มีผู้ป่วยใหม่เกิดมากขึ้น และมารับการตรวจรักษาหรือถูกส่งต่อมาที่โรงพยาบาลปัตตานีเพิ่มมากขึ้น โดยจำนวนไม่ลดลงเลย ในระหว่างปี 2545 - 2549 ดังกล่าวแล้ว

นอกจากนั้นข้อมูลจากตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาอื่นๆ ของสภาวะโรคเรื้อนของจังหวัดปัตตานี ในปี 2545 - 2549 ยังพบด้วยว่า สัดส่วนความพิการเกรด 2 ในผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบในจังหวัดปัตตานี ในปี 2545 - 2549 ไม่ลดลงมากนักโดยอยู่ระหว่างร้อยละ 21.3, 14.1, 19.0, 17.6 และ 16.6 ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนดังกล่าวของผู้ป่วยใหม่ทั้งประเทศอยู่ระหว่าง 0, 14.1, 18.7, 23.8 และ 21.7 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 15) สะท้อนการมารับการตรวจวินิจฉัยที่ล่าช้าของผู้ป่วยทำให้พิการมากขึ้น และจากข้อมูลตัวชี้วัด คือ สัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กในจังหวัดปัตตานี พบยังสูงมากโดยอยู่ระหว่างร้อยละ 14.9, 25.5, 18.7, 25.5 และ 14.6 ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนดังกล่าวทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ 5 ตามเป้าหมาย รวมทั้งสัดส่วนผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานีทั้งหมด 70 ราย ก็เป็นเด็กร้อยละ 8.57 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายร้อยละ 5 สะท้อนถึงการยังมีการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนที่ยังรุนแรง (active transmission) และยังมีการแพร่ติดต่อที่เกิดขึ้นไม่นาน (recent transmission) ในจังหวัดปัตตานี

3. เมื่อพิจารณาวิธีการค้นพบผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา 70 ราย ที่โรงพยาบาลปัตตานี พบว่ามาตรวจเอง 53 ราย (ร้อยละ 75.71) และส่งต่อมาจากสถานบริการอื่น 17 ราย (ร้อยละ 24.28) จึงยืนยันชัดเจนว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนให้ความศรัทธาเชื่อมั่นสูงในการเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลปัตตานีจากความมั่นใจในคุณภาพ ประสิทธิภาพของบริการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะโรคผิวหนังและโรคเรื้อน รวมทั้งความปลอดภัยในการเดินทางไปรับบริการดังกล่าวแล้ว ดังนั้นการปรับปรุงพัฒนาบทบาทและหน้าที่ของหน่วยโรคผิวหนังกลุ่มงานอายุรกรรมของโรงพยาบาลปัตตานีให้มี

คุณภาพ และประสิทธิภาพมากขึ้นตามมาตรฐานการตรวจรับรองคุณภาพงานกำจัดโรคเรื้อนจังหวัดของสถาบันราชประชาสมาสัย จึงจำเป็นต้องเร่งรัดดำเนินการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการรองรับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่นิยมและเชื่อมั่นมาใช้บริการ รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ตลอดจนการเป็นพี่เลี้ยงที่มีคุณภาพสูงในฐานะหน่วยบริการสุขภาพ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้การประสานสนับสนุนแก่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การฝึกอบรมฟื้นฟูวิชาการ การฝึกอบรมในสนาม (on the spot training) และการนิเทศงาน เพื่อให้การดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในจังหวัดปัตตานีมีคุณภาพ และประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[26] ทั้งในด้าน 1) การตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่หลงเหลืออยู่และเกิดใหม่ 2) การมั่นใจในการจัดการเกี่ยวกับการมียาและเข้าถึงยาเคมีบำบัดผสม (MDT) ของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับทุกแห่ง 3) การติดตามผู้ป่วยที่ได้รับลงทะเบียนรักษาของโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย โดยให้ผู้ป่วยมารับการติดตามที่โรงพยาบาลปัตตานี ซึ่งมั่นใจในความปลอดภัยและคุณภาพ เพื่อช่วยให้มีอัตราการครอบคลุมด้วยยา MDT (MDT-coverage) อัตราการมารับยา MDT ครบ (MDT completion-rate) และอัตราการรักษาหาย (cure-rate) สูง ตามเกณฑ์มาตรฐานอันจะส่งผลกระทบ ให้การแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนในจังหวัด ปัตตานีสามารถลดลงได้รวดเร็วยิ่งขึ้นกว่าเดิม 4) การป้องกันและจัดการด้านความพิการและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อน 5) การส่งเสริมสนับสนุนให้โรงพยาบาลปัตตานีเป็นแหล่งสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยการให้สุขศึกษากระตุ้นประชาชนให้มั่นใจในศักยภาพและความปลอดภัยในการมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี และการส่งต่อผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลปัตตานี 6) การส่งแกนนำ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในชุมชนมารับการอบรมฟื้นฟูด้านโรคเรื้อนที่โรงพยาบาลปัตตานี เพื่อกลับไปร่วมกับแกนนำผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน ช่วยให้สุขศึกษาและให้ความรู้โรคเรื้อนแก่ประชาชน และกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชน เพิ่มความตระหนักในความสำคัญของโครงการควบคุมกำจัดโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำริ และเพิ่มการมีส่วนร่วมค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่หลงเหลือและเกิดใหม่ในชุมชน ให้ผู้ป่วยรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี รวมทั้งแนะนำผู้สัมผัสร่วมบ้าน household contacts) และครอบครัวใกล้บ้าน 10 ครอบครัวโดยรอบที่เป็นผู้สัมผัสจากเพื่อนบ้าน (neighboring contacts) ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลปัตตานีให้ทั่วถึง 7) การกำกับดูแลและประสานสนับสนุนการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในระดับอำเภอทุกอำเภอร่วมกับผู้ประสานงานโรคเรื้อนและผู้นิเทศงานโรคเรื้อน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 11 และสถาบันราชประชาสมาสัย 8) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของโรคเรื้อนใหม่ในเชิงบวกตามทัศนะและเจตคติของประชาชนและชุมชน

มาตรการเร่งรัดทั้ง 8 อย่างนี้ ซึ่งมีโรงพยาบาลปัตตานีเป็นแกนหลัก น่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการดำเนินการเร่งรัดรณรงค์พิเศษในการกำจัดโรคเรื้อน (special action programme elimination of leprosy : SAPEL)[30] และการรณรงค์เร่งรัดกำจัด โรคเรื้อน (leprosy elimination campaign : LEC)[31-32] สำหรับจังหวัดปัตตานี นราธิวาส และยะลา ซึ่งเป็นพื้นที่พิเศษสำหรับการกำจัดโรคเรื้อนภายใต้สภาวะความชุกโรคเรื้อนที่ยังสูงภายใต้ปัญหาการก่อความไม่สงบ เพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพของการกำจัดโรคเรื้อนจังหวัด และบรรลุเป้าหมายความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนสมดังพระราชปณิธานต่อไป

4. ลักษณะทางระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้ง 70 ราย อาทิ สัดส่วนเพศชาย

ต่อหญิง 2.3 ต่อ 1 กลุ่ม อายุ 15 - 40 ปี พบร้อยละ 50.0 ก็สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[33-37] แต่การพบผู้ป่วยในกลุ่มอายุเกิน 40 มากถึงร้อยละ 41.43 สะท้อนการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนได้พบติดต่อกันมานาน และผู้ป่วยยังมาตรวจรักษาล่าช้า เพราะพบอัตราการเกิดความพิการเกรด 2 สูงถึงร้อยละ 24.28 ซึ่งเกินเป้าหมายร้อยละ 15 การสามารถตรวจรอยโรคผิวหนัง 1 รอยโรค ซึ่งพบร้อยละ 12.80 และร้อยละ 77.14 พบ 2 - 5 รอยโรค และร้อยละ 68.57 พบมากกว่า 5 รอยโรค รวมทั้งการคลำพบผู้ป่วยที่มีเส้นประสาทโตได้ถึงร้อยละ 43.75 และตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเห่อร้อยละ 20.0 ตลอดจนการจำแนกชนิดโรคเรื้อน ได้ละเอียดตาม Ridley and Jopling classification[38-41] สะท้อนจุดเด่นของศักยภาพ และทักษะทางคลินิกที่ดีของแพทย์โรคผิวหนังของโรงพยาบาล ขณะเดียวกันยังสะท้อนให้เห็นว่า ถ้าความแม่นยำและเชื่อถือได้ของผู้ตรวจวินิจฉัยโรคสูง การใช้จำนวนรอยโรค 1 - 5 รอยโรค จำแนกชนิดโรคเรื้อนเป็นชนิดเชื้อน้อย (PB) และการพบรอยโรคเกิน 5 รอยโรคจำแนกชนิดเป็นชนิดเชื้อมาก สำหรับการวินิจฉัยในพื้นที่ (field diagnosis) ในสถานบริการที่ไม่มีอุปกรณ์ตรวจเชื้อ ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลกนั้นมีความเป็นไปได้สูง เพราะสัดส่วนผู้ป่วยเชื้อมากที่โรงพยาบาลปัตตานีตรวจพบสูง ร้อยละ 71.43 ใกล้เคียงกับสัดส่วน ร้อยละ 77.14 ของผู้ป่วยที่พบรอยโรคมากกว่า 5 รอยโรค ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การจะใช้จำนวนรอยโรคเป็นเกณฑ์ในการประกอบการวินิจฉัยโรคเรื้อนในสนามหรือพื้นที่ (field diagnosis) ซึ่งไม่มีอุปกรณ์ตรวจเชื้อ เช่น โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง หรือสถานีอนามัยส่วนใหญ่จะทำได้เมื่อมีการฝึกอบรมฟื้นฟูวิชาการโรคเรื้อน และฝึกอบรมในสนาม ระหว่างแพทย์โรคผิวหนังของโรงพยาบาลปัตตานี และผู้ประสานงานและนิเทศงานโรคเรื้อน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ที่ฝึกอบรมเสริมทักษะทางคลินิกแก่แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปด้วย (on the spot training) แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการวินิจฉัยโรคเรื้อนในสนามโดยใช้จำนวนรอยโรคโดยไม่ตรวจเชื้อจะทำได้โดยใช้การยืนยันผลการตรวจและวินิจฉัยดังกล่าวโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คนขึ้นไป (inter-observer)[38-41] การฝึกอบรมดังกล่าวจึงควรเร่งรัดดำเนินการในจังหวัดปัตตานีตามโอกาสอย่างต่อเนื่อง เพื่อเร่งรัดพัฒนาคุณภาพของการกำจัดโรคเรื้อนจังหวัดปัตตานี ให้ได้ตามมาตรฐานการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัยต่อไป

5. จากปัญหาการก่อความไม่สงบได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น นับแต่ปี 2544 โรงพยาบาลปัตตานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีแพทย์โรคผิวหนังประจำ จึงมีบทบาทและความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความเชื่อมั่น ศรัทธา แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนในอำเภอต่างๆ ของจังหวัดปัตตานี และจังหวัดใกล้เคียงเพื่อมารับการตรวจรักษาอย่างปลอดภัยและมั่นใจในคุณภาพ รวมทั้งการเป็นพี่เลี้ยงที่พึ่งพาของโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ในอำเภอและตำบลต่างๆ ที่จะส่งต่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ ตลอดจนการให้การฝึกอบรม และนิเทศงานร่วมกับผู้นิเทศงานและผู้ประสานงานโรคเรื้อนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ดังนั้นการเพิ่มบุคลากร อุปกรณ์และยานพาหนะให้แก่หน่วยโรคผิวหนังโรงพยาบาลปัตตานีจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยเร่งรัดสนับสนุนงานควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนในจังหวัดปัตตานีให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

1. เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นข้อมูลที่ใช้ประชากรจากโรงพยาบาลเป็นหลัก (hospital based) ซึ่งมิใช่ตัวแทนของประชากรทั้งจังหวัดชัยภูมิ การศึกษาผลกระทบการก่อความไม่สงบต่อการมาตรวจรักษา และระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโอกาสต่อไป จึงควรแยกรายละเอียดผู้ป่วยที่

ลงทะเบียนรักษามาก่อน กับผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่และลงทะเบียนครั้งแรก ผู้ป่วยที่ได้รับยา MDT ครอบคลุมถึง และที่ได้รับยาสม่ำเสมอและครบตามเกณฑ์และรักษาหาย ผู้ป่วยที่ขาดยาและกลับมารับยา MDT ใหม่ ผู้ป่วยที่หยุดยา และอยู่ในระหว่างการติดตามตรวจเฝ้าระวังตามกำหนดระยะเวลาและผู้ป่วยที่รักษาหายเกิดเป็นโรคซ้ำใหม่ (relapse) ฯลฯ เป็นต้น รวมทั้งการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะและรูปแบบ รวมทั้งระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยดังกล่าวข้างบนที่ค้นพบ และรักษาโดยโรงพยาบาลปัตตานีกับผู้ป่วยที่ค้นพบ และรักษาโดยโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ๆ และนำผลการวิจัยไปปรับพัฒนาระบบการจัดการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน และโครงการกำจัดโรคเรื้อนในจังหวัดปัตตานี ซึ่งต้องการนวัตกรรมและการปรับปรุงพัฒนายุทธศาสตร์ และวิธีการกำจัดโรคเรื้อนที่เป็นโครงการปฏิบัติการพิเศษในการเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน (special action programme for elimination of leprosy : SAPEL) และโครงการรณรงค์เร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน (leprosy elimination campaign) เสริมในวาระและโอกาสสำคัญ เช่น สัปดาห์ราชประชาสมาสัย วันเฉลิมพระชนมพรรษา โครงการรณรงค์ประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนถวายเป็นพระราชกุศล (โครงการ ปรร.) ซึ่งควรรณรงค์ต่อไป ดังเช่นที่เคยดำเนินการมาแล้วในอดีต เช่น โครงการ ปรร.60 ในวโรกาสทรงครองราชย์ครบ 60 ปี ในปี 2549 - 2550 โครงการ ปรร.84 ในวโรกาสเจริญพระชนมายุครบ 86 พรรษา ฯลฯ เป็นต้น เพื่อเร่งรัดทุกรูปแบบ ให้สามารถกำจัดโรคเรื้อนในจังหวัดปัตตานี นราธิวาส และยะลา ซึ่งเป็นจังหวัดพิเศษที่มีปัญหา ได้รับผลกระทบจากการก่อความไม่สงบให้ประสบความสำเร็จ สามารถกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จอย่างยิ่งสมดังพระราชปณิธานต่อไป

2. ควรที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้นำผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ จากการศึกษาครั้งนี้ไปพิจารณาใช้ประโยชน์ร่วมกับข้อมูลตามตัวชี้วัดต่างๆ และรายงานประเมินผลของการกำจัดโรคเรื้อนของจังหวัดปัตตานี นราธิวาส และยะลา และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันเพื่อระดมสมองวางยุทธศาสตร์/พัฒนาบุคลากรเพื่อปฏิบัติการเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อนในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคใต้ ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ส่งผลสู่ความสำเร็จการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนได้สมดังพระราชปณิธานต่อไป

3. จากประสิทธิผลของรูปแบบและบทบาทเป็นโรงพยาบาลต้นแบบและนำร่องของโรงพยาบาลปัตตานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีแพทย์โรคผิวหนังประจำ ในการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนในเขตเมือง (urban leprosy control) และเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่เป็นแกนกลางในการประสานสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยต่างๆ รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานและนิเทศงานโรคเรื้อนที่จะต้องเชื่อมโยงบูรณาการกับผู้ประสานงานและนิเทศงานจากสำนักตรวจราชการ สถาบันราชประชาสมาสัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ จึงควรขยายผลเพื่อการปรับพัฒนาการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนในเขตเมืองใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และจังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศ ซึ่งล้วนประสบปัญหาการควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมือง โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนารูปแบบและยุทธศาสตร์การควบคุม และกำจัดโรคเรื้อนในเขตเมืองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. เวชปฏิบัติทางโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิวธรรมดาการพิมพ์ ; 2525.
2. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิวธรรมดาการพิมพ์ ; 2535.

3. World Health Organization. A guide to leprosy control. Geneva: WHO; 1980.
4. จรูญ ปิรยะวราภรณ์. วิวัฒนาการงานควบคุมโรคเรื้อน. ใน : กรมควบคุมโรคติดต่อ, บรรณาธิการ. รายงานครบรอบ 15 ปี กรมควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก ; 2533 : น. 306-11.
5. Ramasoota T, Kettanurak C, Kongsoebchart K, Sampattavanich S. Two years experience of partial interation of leprosy control into local health service in Thailand. Int J lepr 1973 ; 41 (4) : 623 - 4.
6. ธีระ รามสูต. 40 ปีของการบุกเบิกพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์ ; 2546.
7. ธีระ รามสูต, ประจักษ์ โล่ห์สุวรรณ, สมบูรณ์ ชุณหประเสริฐ, เสรีรุ่งเรือง. รายงานการประเมินผลการอบรมปฐมนิเทศก่อนโอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อนระยะถาวรให้แก่จังหวัด. วารสารกรมการแพทย์ และอนามัย 2510 ; (11) : 54 - 72.
8. Ramasoota T, Rungruag S, Sampatavanich S etal. Preliminary study on dapsone resiotant leprosy in Thaillad. Journal of Public HEALTH 1983 ; 2 : 115 -7.
9. ธีระ รามสูต. แนวคิดการเกิดเชื้อดื้อยาแด็ปโซนของเชื้อโรคเรื้อนและวิธีป้องกันแก้ไข. วารสารโรคติดต่อ 2532 ; (4) : 256 - 71.
10. World Health Organization. Study group on chemotherapy of leprosy for leprosy control programme. World Health Organization Technical Report Series No. 675, 1982.
11. ธีระ รามสูต. ความก้าวหน้าและข้อควรปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลก. แพทยสภาสาร 2530 ; 10 : 5 - 13
12. ปิยะ ปิยะศิลป, กรองกาญจน์ ทัศนาญชลี, จรูญ ปิรยะวราภรณ์, การศึกษาประสิทธิผลของการรักษาโรคเรื้อนระยะสั้นด้วยยาผสม (MDT) จังหวัดมหาสารคาม กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด พ.ศ. 2527 - 2532. วารสารโรคติดต่อ 2532 ; 15 : 39 - 58.
13. กรองกาญจน์ ทัศนาญชลี, ประสิทธิผลของการรักษาโรคเรื้อนระยะสั้นโดยใช้ยาผสม (MDT). วารสารโรคติดต่อ 2532 ; 15 : 39 - 58.
14. World Health Organization. Elimination of leprosy as a public health problem. Lepr Rev 1992; 20 : 1 - 4.
15. World Health Organization. Report on the first meeting of the WHO technical advisory group on elimination of leprosy. World Health Organization, WHO/CDS/OPE, 2001.1.2000 ; 1 - 9.
16. อมร รอดคล้าย, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, สุภัทะ ยังสุวรรรกิจ. การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. เอกสารรายงานวิจัยซึ่งได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. มิถุนายน 2548 (เอกสารอัดสำเนาเย็บเล่ม 71 หน้า).
17. สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส) และหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ข้อเท็จจริงและสถิติ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2547.
18. หนังสือพิมพ์คมชัดลึก ฉบับวันพุธที่ 10 ตุลาคม 2550 หน้า 13.
19. สำนักตรวจราชการและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 พ.ศ.2549 เขตตรวจราชการ 18 และ 19.
20. สำนักตรวจราชการและประเมินผล กระทรวง

สาธารณสุข สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ประจำปี พ.ศ. 2549. เขตตรวจราชการ 18 และ 19.

21. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. เอกสารประกอบการบรรยายสรุปการตรวจและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2549 (มีนาคม 2549).
22. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. เอกสารประกอบการบรรยายสรุปการตรวจและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2549 (กรกฎาคม 2549).
23. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา, 2550.
24. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการตรวจรับรองคุณภาพกำจัดโรคเรื้อนของจังหวัด. กรุงเทพมหานคร : องค์การขนส่งสินค้าและครุภัณฑ์ (ร.ส.พ.); 2547.
25. ธีระ รามสูต. การพัฒนากลวิธีการดำเนินควบคุมโรคเรื้อนในสภาวะความชุกของโรคเรื้อนลดลง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2539 ; 5 (2) : 275 - 95.
26. World Health Organization. The final push towards elimination of leprosy. World Health Organization, WHO/CDS/OPE/GEE, 2001.1 2000 ; 1 - 13.
27. โฉมสุดา สังขมณี. รายงานการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเรื่องการประเมินประสิทธิผลของการกำจัดโรคเรื้อนใน 14 จังหวัดภาคใต้ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ปี 2545 - 2549. (เอกสารอัดสำเนา)
28. ธีระ รามสูต. แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานควบคุมโรคเรื้อน. วารสารกระทรวงสาธารณสุข 2531 ; 20 (6) : 75 - 97.
29. ธีระ รามสูต, ชัยวุฒิ บัณฑิต, โกวิท คัมภีรภาพ, จินตนา วรสายัณห์, สงกรานต์ ภู่พุกก์, ทิวา สมหวัง, ประทุม สอนสพทอง. การพัฒนาการมีส่วนร่วมชุมชนในงานโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร : การศาสนา; 2549.
30. World Health Organization. Action programme for the elimination of leprosy. WHO/LEP/98.2. WHO, GENEVA, 1998.
31. World Health Organization. A guide to elimination of leprosy as a public health problem. DISTR. : Generale (E), WHO/LEP/95.1 WHO, Geneva, 1995.
32. World Health Organization. Report of the first meeting of the WHO technical advisory group on elimination of leprosy. WHO/GDS/CPE/CEE/2000.4. WHO, Geneva, 2000.
33. ทวีฤทธิ สิทธิเวคิน. ระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย ปี พ.ศ. 2541 - 2545. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย 2546 ; 1 (3) : 99 - 111.
34. วีนัส วนอนันต์เดโช. ประสิทธิผลของสถานบำบัดโรคผิวหนังในการควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมือง (เอกสารรายงานพิมพ์เย็บเล่ม) 2546.
35. AD Salodkar.and G Kalla. A clinico - epidemiological study of leprosy in ARID north - west Rajasthan, Jodihpur, Indian J Lepr 1998 ; 67 (2) : 161 - 6.
36. Mathur N K, Kanwar AJ, Kalla G, Ujjawal JS. Leprosy in Jaipur, Rajasthan : Clinical and epidemiological study of leprosy. Lepr India 1978 ; 50 : 204 - 99.
37. Mathur N K, Bhargava R K< Gupta B K, Zai Muo Leprosy in Jaipur, Rajasthan : a clinical and epidemiolocical study of

leprosy. Lepr India 1981 ; 53 : 406 - 12.

38. Gupts M D, Vallisahayee R S ; Nagaraju B et al. Inter observer agreement and clinical diagnosis of leprosy for prophylaxis studies. of lerpsoy. India J Lepr 1990 ; 62 : 281 - 95.
39. Noordeen P N, Noordeen S K, Ramu G et al. Inter-observer variations in diagnosis and classification of early lesions of leprosy. Lepr India 1982 ; 54 : 485 - 8.
40. Gupta M D. Early diagnosis of leprosy under field conditions. Indian J Lepr 1993 ; 65 : 3 - 12.
41. Ridley DS and Jopling WH. A classification of leprosy according to immunity. A five group system. Int J Lepr 1968 ; 34 : 255 - 73.

นิพนธ์ต้นฉบับ Original article

สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในสถาบันราชประชาสมาสัย ปี 2550

Oral Health Status in Leprosy Patients of Raj Pracha Samasai Institute in 2008

ภัสรา เอกสกุลกล้า ทบ.
อุรัตน์ คลังทอง ทบ.
ฐิติกาญจน์ ทองคำ สศ.บ.
สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค

Passara Eksakulkla D.D.S.
Urat Klungthong D.D.S.
Thitikan Thongkum B.PH.
Raj Pracha Samasai Institute
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อยู่ในสถาบันราชประชาสมาสัย 100 คน โดยการสำรวจระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2550 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 8 - 81 ปี (เฉลี่ย 64 ปี) ด้วย S.D. 11.84 เป็นเพศชาย ร้อยละ 40 หญิง ร้อยละ 60 โดยมีภูมิลำเนาเดิมจากทุกภาคและอยู่ใน กทม. และภาคกลางมากที่สุด การศึกษา ร้อยละ 44 จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 39 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 79 มีรายได้เฉพาะจากการรับเบี้ยเลี้ยง จัดเป็นโรคเรื้อนชนิดเชื้อน้อย (PB) ร้อยละ 36 และชนิดเชื้อมาก (MB) ร้อยละ 64 มีความพิการเกรด 1 ร้อยละ 17 พิการเกรด 2 ที่ยังจับแปรงสีฟันได้ ร้อยละ 81 มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด (DMFT) 21.75 ซี่ต่อคน และกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีฟันเหลือใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 23 มีสภาวะเหงือกปกติ ร้อยละ 11 มีภาวะเลือดออก ร้อยละ 8 มีหินน้ำลาย ร้อยละ 50 มีร่องลึกปริทันต์ 4 - 5 มิลลิเมตร นอกจากนั้นพบว่า ร้อยละ 11 มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า และเท่ากับ 6 มิลลิเมตร และร้อยละ 2 พบว่า ไม่มีฟันเหลืออยู่เลย กลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นต้องใส่เฉพาะฟันเทียมบน 2 คน ใส่เฉพาะฟันเทียมล่าง 16 คน และต้องใส่ฟันเทียมทั้นบนและล่างจำนวน 57 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก แต่มากกว่าร้อยละ 50 จะมาพบทันตแพทย์ต่อเมื่อมีอาการปวดฟัน คณะผู้วิจัยได้วิจารณ์ผลและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อน และการวิจัย ครั้งต่อไปให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

Abstract

Authors have conducted the study to assess oral health status of 100 leprosy patients in the Raj Pracha Samasai Institute by making survey from January to February 2007. Overall results revealed age-group of 8 - 81 years (average 64 years) with standard deviation of 11.84 and the most common age-group of 50 - 79 years (89 percent). They were from all regions but majority of them were from Bangkok (33 percent) and central region (32 percent). Fourty four percent finished primary school and secondary school (5 percent) and no education (30 percent). They were classified as paucibacillary leprosy (PB) 36 percent and multibacillary leprosy (MB) 64 percent. Grade-1 deformity were 17 percent while 81 percent were deformity grade-2 who could handle tooth-brush. Assesment on oral health status revealed the DMFT index (decay, missed and filled Teeth) of 21.75 teeth per patient and number of teeth available atleast 20 teeth were found among patients with age-group of more than 60 years. There were 11 percent of patients with normal gum, 8 percent showed bleeding gum, calculus (50 percent, periodontal pockets of 4 - 5 millimeters (11 percent), periodontal pockets of 6 millimeters (2 percent) and no more teeth (18 percent). Those who needed upper dentures were found among 3 patients, lower dentures in 16 patients and both upper and lower dentures (U/L dentures) in 57 patients. Majority of patients showed good knowledges and attitudes toward oral health care. More than so percent preferred to see dentists when suffering from toothache. Authors have discussed on results of the study and made recommendations for further improvement of oral health care together with future researches.

คำสำคัญ : สภาวะสุขภาพของปาก, ผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

Key Words : Oral health status, Leprosy patients, Raj Pracha Samasai Institute

บทนำ

โรคเรื้อนจัดเป็นโรคติดต่อเรื้อรังซึ่งทำให้เกิดปัญหาทั้งทางสาธารณสุขและสังคม[1] จากความพิการและความรังเกียจเดียดฉันท์ และประทับตราบาปของสังคม (social prejudice[2] and stigma) สมาคมทันตสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกาได้นิยามสุขภาพช่องปากว่าเป็นศาสตร์และศิลปในการป้องกันและควบคุมโรคในช่องปาก[3] แต่ความเป็นจริงแล้วสุขภาพช่องปากมิได้หมายถึงการมีฟันดีอย่างเดียว ดังที่องค์การอนามัยโลกได้ถือว่าสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งที่บูรณาการอยู่ในสภาวะสุขภาพที่ดี และจัดเป็นสิ่งสำคัญมากต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของคน ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดต่อการพูด, การเคี้ยว, การกลืน และการสัมผัสในสังคม (social contact)[4]

การสำรวจสุขภาพช่องปากเพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากของประชากรเป็นสิ่งสำคัญต่อการวางมาตรการในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน ตลอดจนการกำกับดูแลการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบ (patterns) ของโรคในช่องปาก (oral diseases)[5] แต่มีปัญหายังขาดการศึกษาสภาวะสุขภาพ ช่องปากของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน (leprosy-affected persons)[6-10]

Arestrup และคณะได้ศึกษาพบว่ามีปัญหา

ด้านกายวิภาคศาสตร์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่บริเวณใบหน้ารอบขากรรไก โดยเฉพาะบริเวณ oral-maxilla-facial region ซึ่งพบมีลักษณะทางพยาธิวิทยาเกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินโรคของโรคเรื้อน โดยบริเวณของช่องว่างในปาก (oral cavity) พยาธิสภาพของโรคเรื้อนจะพบได้บริเวณ hard และ soft palate, uvula, ริมฝีปาก, ลิ้น และเหงือก [6,10-12] การปรับตัวของ alveolar process ของขากรรไกส่วนบน (maxilla) มีผลทำให้เกิดการกัดเซาะของกระดูก (bone erosion) ซึ่งเป็นผลให้ฟันหลุดไปในบริเวณดังกล่าว การเกิดพยาธิสภาพของขากรรไกส่วนบน (maxilla) ดังกล่าวในเด็กย่อมมีผลเสียต่อการเจริญเติบโตของฟันอันนำไปสู่การเกิด enamel hypoplasia และรากฟันที่สั้นลง (root shortening)[13] รอยโรคในช่องปาก (oral lesions) มีโอกาสพบได้สูงในผู้ป่วยโรคเรื้อน ชนิดเลโปรมาตัส[14] และเกือบจะไม่พบเลยในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์และอินดีเทอร์มิเนต[15]

ในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัสมักมีโอกาสบ่อยที่จะเกิดโรคฟันผุ (caries) สภาวะปริทันต์อักเสบ (gingivitis) และโรคปริทันต์ (periodontitis) ทำให้เกิด alveolar bone loss และเกิดภาวะการสูญเสียฟันตามมา โดยเริ่มจากการเกิด maxillar interincial bone crest การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้โดยปกติจะเกิดขึ้นภายใน 6 ถึง 7 ปี หลังจากการดำเนินของโรคครั้งแรกของโรคเรื้อน นอกจากนั้นยังพบด้วยว่ามีการเกิด antero-posterior flattening ของ upper arch ก่อน ระยะต่อมาจึงเกิด destruction ของ anterior nasal spine, กระดูก nasal bones และ palates[16]

โรคฟันผุและโรคปริทันต์จะเกิดขึ้นและลุกลามไปตามช่วงอายุ จนอาจทำให้เกิดภาวะการสูญเสียฟันได้เมื่ออายุมากขึ้น ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 รายงานว่าอุบัติการณ์การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุไทยพบสูงถึง ร้อยละ 92 และมีผู้สูงอายุจำนวนมากถึง 4 ล้านคนที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม[17] โดยเป้าหมายชาติได้ตั้งไว้ว่าในปี 2543 ประชากรไทยกลุ่มอายุ 35 - 40 ปี ควรมีฟันไว้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปควรมีฟันไว้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 [18]

สุดาดวง เกริ่นพงษ์ และคณะ[19] ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่งที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 46.9 รู้สึกว่าตนไม่มีปัญหาใดๆ เพราะสามารถปรับตัวได้ และรู้สึกว่าปัญหาในการดำรงชีวิตไม่ได้มาจากเรื่องของปากและฟัน ร้อยละ 28.1 มีปัญหาเล็กน้อย และร้อยละ 25 พบมีปัญหามาก โดยปัญหาส่วนใหญ่มาจากเรื่องการรับประทานอาหาร

จากผลการสำรวจสภาวะปริทันต์ในคนกรุงเทพฯ ในปี 2543 ของชื่นตา วิชชาวุธ[20] พบว่ามีสภาวะดังกล่าวดีขึ้นเมื่อเทียบกับผลการสำรวจที่ผ่านมา ในปี 2532 และ 2537 โดยพบว่ากลุ่มอายุ 12 ปี มีเหงือกปกติเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 21.4 และ 7.7 เป็น 36.6 ในกลุ่มอายุ 18 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.3 และ 8.8 เป็น 23.5 โดยไม่พบสภาวะปริทันต์อักเสบ ส่วนในกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี พบมีเหงือกปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.5, 3.8 เป็นร้อยละ 5.7 และในกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี และอายุมากกว่า 64 ปี พบมีสภาวะปริทันต์อักเสบลดลง เนื่องจากสาเหตุการมีพฤติกรรมการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และมีการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจและขูดหินน้ำลายมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันที่เหลือในช่องปากของกลุ่มผู้สูงอายุเท่ากับ 15.3 ซี่ต่อคน ซึ่งสูงกว่าปี 2532 และในปี 2537 แต่สัดส่วนร้อยละของผู้มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ ยังต่ำกว่าเป้าหมายชาติที่กำหนดไว้

งานทันตกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบงานด้านทันตกรรมทั้งในผู้ป่วยทั่วไปที่มาขอรับบริการ และกลุ่มผู้ป่วย

โรคเรื้อน โดยจากสัดส่วนของงานบริการที่ให้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนพบว่า มีสัดส่วนบริเวณร้อยละของงานทันตกรรม ศัลยกรรม ทันตกรรมหัตถการ งานรักษาโรคปริทันต์ งานรักษาครองรากฟัน ร้อยละ 21, 15, 24 และ 2 ตามลำดับ รวมทั้งมีกิจกรรมการให้ทันตสุขศึกษาแก่กลุ่มผู้สูงอายุขององค์การฉันทมิตร จำนวนประมาณ 30 คน แต่ทั้งนี้ยังไม่เคยดำเนินการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนมาก่อน จึงทำให้ไม่ทราบปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อน คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาให้ได้ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัย ในปี 2551
2. เพื่อศึกษาประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัยเกี่ยวกับทันตสุขภาพ
3. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนปรับปรุงการป้องกันและรักษา เพื่อดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัย ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีสำรวจแบบ cross sectional survey ด้วยการดำเนินการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัย และจัดทำแบบสอบถามเพื่อศึกษาประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อนดังกล่าว โดยประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนภายในของสถาบันราชประชาสมาสัยที่มารับบริการตรวจรักษาด้านทันตกรรมที่งานทันตกรรมสถาบันราชประชาสมาสัยด้วยขนาดตัวอย่าง รวม 100 คน ที่เลือกสุ่มโดยวิธีจำแนกเจาะจง (purposive random sampling)

นิยามศัพท์

ผลการสำรวจที่เป็นค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน) หรือ decayed missing and filled permanent teeth (DMFT) เป็นดัชนีที่บอกถึงประสบการณ์ของโรคฟันผุของฟันแท้ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

decayed teeth (D) คือ ฟันผุเป็นรู ฟันที่อุดแล้วมีรูผุต่อ หรือฟันที่พิจารณาแล้วเห็นว่าควรต้องได้รับการรักษา

missing teeth (M) คือ ฟันที่ถูกถอนไป ไม่มีปรากฏในช่องปาก

filled permanent teeth (F) คือ ฟันที่ได้รับการอุดแล้วและไม่มีการอุดต่อ

CPTTN (the community periodontal Index of treatment needs) หมายถึง ดัชนีที่ใช้หาสภาวะของโรคปริทันต์และความจำเป็นในการรักษาของชุมชน และของแต่ละคนโดยแบ่งช่องปากออกเป็น 6 ส่วน (sextant) กำหนดการให้คะแนนโดยยึดฟันที่มีสุขภาพปัญหามากที่สุดในแต่ละส่วน และสรุปภาพรวมของช่องปาก โดยดูที่ส่วนที่มีคะแนนมากที่สุด การให้คะแนนมี 5 ระดับ คือ

0 คือ สุขภาพเหงือปกติ
1 คือ มีภาวะเลือดออก
2 คือ มีหินน้ำลาย
3 คือ มีร่องลึกปริทันต์ 4 5 มิลลิเมตร
4 คือ มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า/เท่ากับ 6 มิลลิเมตร
X คือ ไม่มีฟันเหลือในส่วนนั้น หรือมีฟันเหลือน้อยกว่า 1 ซี่

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

โรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ศึกษาด้วยการสำรวจสภาวะช่องปากรวม 100 คน

เป็นเพศชาย 40 คน (ร้อยละ 40) หญิง 60 คน ด้วยสัดส่วนชายต่อหญิง 1 : 1.5 มีอายุ 8 - 81 ปี เฉลี่ย 64 ปี ด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.84 โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 50 - 79 ปี (ร้อยละ 89) และมีภูมิลำเนากระจายในกรุงเทพร้อยละ 33 ภาคเหนือร้อยละ 7 ภาคกลางร้อยละ 32 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 12 ภาคตะวันออกร้อยละ 13 และภาคใต้ร้อยละ 3 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุดคือร้อยละ 44 ต่ำกว่า ป.4 ร้อยละ 14 มัธยมศึกษาร้อยละ 5 และไม่ได้ศึกษาร้อยละ 30 ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัวร้อยละ 61 มากน้อยตามลำดับ คือ 1) ความดันโลหิตสูงร้อยละ 25 2) ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 11 3) เบาหวาน ร้อยละ 4 4) โรคอื่นๆ ร้อยละ 21 เช่น โรคภูมิแพ้ ความดันโลหิตต่ำ ปวดข้อ

สถานภาพสมรสพบว่าโสดร้อยละ 23 สมรสร้อยละ 54 หย่าร้อยละ 23 ด้านสถานะการเงินร้อยละ 79 มีรายได้เฉพาะจากเบี้ยเลี้ยงที่ได้รับการสนับสนุน ร้อยละ 20 ได้รับเบี้ยเลี้ยงและประกอบอาชีพเสริมด้วยเพื่อหารายได้ เช่น เย็บผ้า ขายล็อตเตอรี่ ขับสามล้อ ขับแท็กซี่ ขายดอกไม้ ขายของชำ และเป็นผู้ป่วยหรือคนไข้ของสถาบันราชประชาสมาสัย มีเพียง 1 ราย ที่อยู่ระหว่างศึกษาโดยมีบิดามารดา เป็นผู้เลี้ยงดู และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9 ที่สูบบุหรี่

2. ข้อมูลด้านโรคเรื้อนของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

2.1 **ชนิดโรค** จากการจำแนกชนิดโรคเรื้อนตาม Ridley and Jopling classification[21-24]

1) จำแนกเป็นชนิด tuberouloid (TT) 28 ราย (ร้อยละ 28) ซึ่งพบมากในกลุ่มอายุ 60 - 79 ปี 23 ราย (ร้อยละ 82.14)

2) ชนิด borderline tuberculoid (BT) พบ 8 ราย (ร้อยละ 8) ซึ่งพบมากในกลุ่มอายุ 60 - 79 ปี 5 ราย (ร้อยละ 62.5)

3) ชนิด mid-borderline (BB) พบ 2 ราย (ร้อยละ 2) โดยพบในกลุ่มอายุ 30 - 39 ปี 1 ราย และ 70 - 79 ปี 1 ราย

4) ชนิด borderline lepromatous (BL) 28 ราย (ร้อยละ 28) อยู่ในกลุ่มอายุ 50 - 79 ปี 25 ราย (ร้อยละ 89.28)

5) ชนิด lepromatous (LL) 34 ราย (ร้อยละ 34) โดยอยู่ในกลุ่มอายุ 50 - 79 ปี 31 ราย (ร้อยละ 91.17)

2.2 **ความพิการ**

พบว่า ไม่มีความพิการ 1 ราย (ร้อยละ 1), พิการเกรด 1 17 ราย (ร้อยละ 17) และพิการเกรด 2 รวม 82 ราย (ร้อยละ 82) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกส่วนใหญ่ 81 ราย (ร้อยละ 98.78) พิการ แต่ยังใช้มือจับแปรงสีฟันได้ โดยมีกลุ่มที่สองเพียง 1 ราย (ร้อยละ 1.22) ที่พิการและใช้มือจับแปรงสีฟันไม่ได้

กลุ่มไม่พิการ 1 ราย ในกลุ่มอายุ 8 ปี กลุ่มพิการเกรด 1 รวม 17 ราย อยู่ในกลุ่มอายุ 50 - 79 ปี ส่วนใหญ่ 14 ราย (ร้อยละ 82.35) และอายุ 30 - 49 ปี 3 ราย (ร้อยละ 17.65)

กลุ่มพิการเกรด 2 รวม 81 ราย (ร้อยละ 81) ที่ยังใช้มือจับแปรงสีฟันได้ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอาย 50 - 79 ปี 74 ราย (ร้อยละ 91.36) และอายุ 80 - 89 ปี 3 ราย (ร้อยละ 3.70) 30 - 49 ปี 4 ราย (ร้อยละ 4.94)

กลุ่มพิการเกรด 2 ที่ใช้มือจับแปรงสีฟันไม่ได้ 1 ราย อยู่ในกลุ่มอายุ 70 - 79 ปี

2.3 **การจำแนกชนิดความพิการตามชนิดผู้ป่วยและความสามารถใช้มือจับแปรงสีฟันได้ในผู้พิการเกรด 2**

1) ผู้ป่วยชนิด TT 28 ราย พิการเกรด 1 มี 2 ราย (ร้อยละ 7.14) พิการเกรด 2 รวม 26 ราย (ร้อยละ 92.86) จัดเป็นกลุ่มที่ใช้มือจับ

แปรงสีฟันได้ทั้ง 26 ราย (ร้อยละ 100)

2) ผู้ป่วยชนิด BT 8 ราย ไม่พิการ 1 ราย (ร้อยละ 12.50) พิการเกรด 1 ไม่มีเลย พิการเกรด 2 มี 7 ราย (ร้อยละ 87.50) จัดเป็นกลุ่มที่ใช้มือจับแปรงสีฟันได้ 6 ราย (ร้อยละ 85.71) และจับแปรงสีฟันไม่ได้ 1 ราย (ร้อยละ 14.28)

3) ผู้ป่วยชนิด BB 2 ราย พิการเกรด 1 ทั้ง 2 ราย (ร้อยละ 100)

4) ผู้ป่วยชนิด BL 28 ราย พิการเกรด 1 มี 8 ราย (ร้อยละ 28.57) และพิการเกรด 2 มี 20 ราย (ร้อยละ 71.43) และจับแปรงได้ทั้ง 20 ราย (ร้อยละ 100)

5) ผู้ป่วยชนิด LL 34 ราย พิการเกรด 1 มี 5 ราย (ร้อยละ 14.71) พิการเกรด 2 มี 29 ราย (ร้อยละ 85.29) และจับแปรงได้ทั้งหมด (ร้อยละ 100)

3. ผลการศึกษาจาการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก (oral health status)

3.1 โรคฟันผุ

โรคฟันผุวัดด้วยดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ข้อมูลแสดงร้อยละของคนเป็นโรคฟันผุ ซึ่งหมายถึงผุเฉลี่ยคนละกี่ซี่(D) ถอนเฉลี่ยคนละกี่ซี่(M) ได้รับการอุดฟันแล้วเฉลี่ยคนละกี่ซี่(F) จากผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด(DMFT) คือ 21.75 ซี่/คน ฟันผุเฉลี่ย 4.51 ซี่/คน ฟันที่ถูกถอนเฉลี่ย 15.91ซี่/คน ฟันที่ได้รับการอุดฟันแล้วเฉลี่ย 1.33 ซี่/คน และพบว่าผู้เป็นโรคฟันผุที่ต้องได้รับการรักษามีถึงร้อยละ 74 ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่มีฟันเหลือใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่มีร้อยละ 23 ส่วนกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี มีฟันเหลือใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่มีร้อยละ 15 (ตารางที่8) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการระดับ 0 มีค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด(DMFT) คือ 3 ซี่/คน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการระดับ 1 มีค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด(DMFT) คือ 17.65 ซี่/คน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการระดับ 2 ที่สามารถจับแปรงสีฟันได้ มีค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFT) คือ 22.72 ซี่/คน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการระดับ 2 ที่ไม่สามารถจับแปรงสีฟันได้ มีค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด(DMFT) คือ 32 ซี่/คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัยจำแนกตามค่า DMFT จำนวนฟันที่เหลือใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ และกลุ่มอายุ

DMFT	D		M		F		T		มีฟันเหลือใช้งาน
อายุ	(ซี่)	(ซี่/คน)	(ซี่)	(ซี่/คน)	(ซี่)	(ซี่/คน)	(ซี่)	(ซี่/คน)	อย่างน้อย20ซี่
8	3	3	0	0	0	0	3	3	1
30-39	6	1.5	14	3.5	0	0	20	5	4
40-49	13	4.3	20	6.7	4	1.3	37	12.3	2
50-59	82	4.6	219	12.2	41	2.3	342	19	8
60-69	159	4.3	568	15.3	70	1.9	797	21.5	13
70-79	180	5.3	685	20.1	18	0.5	883	25.9	10
80-89	8	2.7	85	28.3	0	0	93	31	0
รวม	451	4.51	1591	15.91	133	1.33	2175	21.75	38

ตารางที่ 2 จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัยจำแนกตามค่า DMFT และระดับความพิการ

DMFT ระดับความพิการ	D (ซี่/คน)	M (ซี่/คน)	F (ซี่/คน)	T (ซี่/คน)
ระดับ 0	3	0	0	3
ระดับ 1	4.18	12.94	0.53	17.65
ระดับ 2 สามารถจับแปรงได้	4.59	16.59	1.53	22.72
ระดับ 2 ไม่สามารถจับแปรงได้	5	27	0	32

3.2 โรคปริทันต์

กลุ่มตัวอย่างมีสภาพเหงือกปกติ ร้อยละ 11 มีภาวะเลือดออก ร้อยละ 8 มีหินน้ำลาย ร้อยละ 50 มีร่องลึกปริทันต์ 4 - 5 มิลลิเมตร ร้อยละ 11 มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า/เท่ากับ 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 2 ไม่มีฟันเหลือเลย ร้อยละ 18 และหากคิดเป็นค่าเฉลี่ยต่อคนจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเหงือกปกติ 0.81 ส่วน มีภาวะเลือดออก 0.23 ส่วน มีหินน้ำลาย 4.17 ส่วน มีร่องลึกปริทันต์ 4 - 5 มิลลิเมตร 0.73 ส่วน มีร่องลึกปริทันต์มากกว่าเท่ากับ 6 มิลลิเมตร 0.06 ส่วน (แบ่งการวัดสภาวะปริทันต์ในช่องปากออกเป็น 6 ส่วน) (ตารางที่ 3)

เมื่อแยกตามระดับความพิการกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการ 0 มีภาวะเลือดออก ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการ 1 มีภาวะเลือดออก ร้อยละ 17 มีหินน้ำลายร้อยละ 59 มีร่องลึกปริทันต์ 4 - 5 มิลลิเมตร ร้อยละ 12 มีร่องลึกปริทันต์มากกว่าเท่ากับ 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 6 ไม่มีฟันเหลือเลย ร้อยละ 6 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการ 2 แต่ยังสามารถจับแปรงสีฟันได้ มีสภาพเหงือกปกติ ร้อยละ 9.9 มีภาวะเลือดออก ร้อยละ 8.6 มีหินน้ำลาย ร้อยละ 48.1 มีร่องลึกปริทันต์ 4 - 5 มิลลิเมตร ร้อยละ 11.2 มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า/เท่ากับ 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 1.2 ไม่มีฟันเหลือเลย ร้อยละ 21 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการ 2 แต่ไม่สมามรถจับแปรงสีฟันได้ มีหินน้ำลาย ร้อยละ 100 และหากคิดเป็นค่าเฉลี่ยส่วนต่อคนจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการ 1 และ 2 มีหินน้ำลายประมาณ 4.11 ส่วน/คน (แบ่งการวัดสภาวะปริทันต์ในช่องปากออกเป็น 6 ส่วน) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัยจำแนกตามค่า CPITN และกลุ่มอายุ

CPITN อายุ	0 (ส่วน/คน)	1 (ส่วน/คน)	2 (ส่วน/คน)	3 (ส่วน/คน)	4 (ส่วน/คน)	x (คน)
8	0	0	6	0	0	0
30-39	0	4.5	1.5	0	0	0
40-49	0	2.25	2.62	1.13	0	0
50-59	0.31	0.23	5.15	0.31	0	0
60-69	0.99	0.41	3.78	0.82	0	3
70-79	1.35	0.06	4.04	0.49	0.06	13
80-89	0	0	3	0	0	2
รวม	0.81	0.23	4.17	0.73	0.06	18

ตารางที่ 4 จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัยจำแนกตามค่า CPITN และระดับความพิการ

CPITN ระดับความพิการ	0 (ส่วน/คน)	1 (ส่วน/คน)	2 (ส่วน/คน)	3 (ส่วน/คน)	4 (ส่วน/คน)	x (คน)
ระดับ 0	0	6	0	0	0	0
ระดับ 1	1.11	0	4.11	0.51	0.26	1
ระดับ 2 สามารถจับแปรงได้	0.77	0.29	4.1	0.81	0.02	17
ระดับ 2 ไม่สามารถจับแปรงได้	0	0	4	0	0	0

3.3 ฟันเทียม

กลุ่มตัวอย่างใส่เฉพาะฟันเทียมบนจำนวน 7 คน ใส่เฉพาะฟันเทียมล่างจำนวน 3 คน ใส่ฟันเทียมทั้งบน และล่างจำนวน 19 คน ทั้งหมดจำนวน 29 คน มีฟันเทียมที่ยังมีสภาพใช้งานได้จำนวน 11 คน อีก 18 คนควรทำฟันเทียมใหม่

กลุ่มตัวอย่างที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม เฉพาะฟันเทียมบนจำนวน 3 คน เฉพาะฟันเทียมล่างจำนวน 16 คน จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งบนและล่างจำนวน 57 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมมีจำนวน 7 คน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัยจำแนกตามกลุ่มอายุและการใส่ฟันเทียม

อายุ	มีฟันเทียม ชิ้นบน	ชิ้นล่าง	บนและล่าง	มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม ชิ้นบน	ชิ้นล่าง	บนและล่าง	ไม่จำเป็นต้องใส่ฟัน
8	0	0	0	0	0	0	1
30-39	0	0	0	0	1	0	3
40-49	0	0	0	0	2	1	0
50-59	1	2	4	3	2	7	2
60-69	4	0	4	0	8	25	1
70-79	2	1	11	0	3	21	0
80-89	0	0	0	0	0	3	0
รวม	7	3	19	3	16	57	7

4. ผลการประเมินเรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับทันตสุขภาพ

4.1 การประเมินเรื่องความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ตารางที่ 6 ผลการประเมินเรื่องความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้เป็นโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัย 100 ราย

คำถาม	คำตอบ ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ทราบ (ร้อยละ)
ฟันตามธรรมชาติของคนเรามีกี่ชุด	55	8	37
วิธีกำจัดคราบจุลินทรีย์หรือขี้ฟันที่ดีที่สุด	9	83	8
อาหารประเภทใดทำให้ฟันผุได้ง่าย	77	3	20
ข้อใดไม่ใช่หน้าที่ของฟันที่ถูกต้อง	87	12	1
สาเหตุของการเกิดกลิ่นปากคือข้อใด	47	50	3

4.2 การประเมินทัศนคติในเรื่องทันตสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าจะมาพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการปวดฟันร้อยละ 52 มาเมื่อไรก็ได้ แล้วแต่สะดวกร้อยละ 15 ควรมาทุกๆ 6 เดือนหรือตามทันตแพทย์นัดร้อยละ 24 และไม่ทราบว่าควรมาพบทันตแพทย์เมื่อใดร้อยละ 9

กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าสุขภาพฟันเป็นปัญหาที่สำคัญมากสำหรับตนเองสูงถึงร้อยละ 88 ส่วนร้อยละ 3 บอกว่าเป็นปัญหาสำคัญแต่มีปัญหาอื่นที่สำคัญกว่าเช่นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ปัญหาเรื่องการเดินทางมารับบริการไม่สะดวกต้องมีผู้พามาทำให้ไม่อยากมาเป็นต้น ร้อยละ 4 บอกว่าไม่มีปัญหาใดเลย ร้อยละ 5 บอกมีปัญหาแต่พยายามปรับตัวไปตามวัยโดยการเลือกทานอาหารอ่อนๆ หลีกเลี่ยงอาหารแข็งๆ ต้มผักให้นานๆ หั่นอาหารให้ชิ้นเล็กลง

กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับคำกล่าวที่ว่าสุขภาพช่องปากที่ดี จะทำให้สุขภาพกาย และสุขภาพใจดีด้วยถึงร้อยละ 98 ส่วนที่เหลือร้อยละ 2 เห็นด้วยกับคำกล่าวนี้แต่ไม่ทั้งหมดเพราะคิดว่าสุขภาพกายต้องมาก่อน

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95 คิดว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการได้รับการรักษา ร้อยละ 3 คิดว่าตนมีปัญหาแต่ไม่ต้องการรับการรักษาเพราะอายุมากแล้ว กลัวการทำฟัน ร้อยละ 2 คิดว่าตนไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากใดๆ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98 บอกว่าการดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีอยู่สม่ำเสมอเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะจะได้มีความมั่นใจ กล้าพูดคุยยิ้มแย้ม รับประทานอาหารได้ ไม่ปวดท้องเพราะอาหารไม่ย่อย ร้อยละ 1 บอกเป็นเรื่องสำคัญแต่มีเรื่องอื่นสำคัญกว่าคือเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกาย ร้อยละ 1 บอกไม่สำคัญเพราะไม่มีฟันที่ต้องดูแลรักษา

4.3 การประเมินเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ร้อยละ 75 แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 8 แปรงฟันวันละครั้ง ร้อยละ 8 แปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้ง และร้อยละ 9 ไม่แปรงฟันเลยเพราะไม่มีฟัน แปรงแล้วเจ็บเหงือก ฟันเหลือน้อยแล้วคิดว่าไม่ต้องแปรงก็ได้

ร้อยละ 47 ใช้วิธีแปรงฟันแบบถูไปถูมา ร้อยละ 26 ใช้วิธีแปรงฟันแบบปัดขึ้น ปัดลง และร้อยละ 18 ใช้ทั้ง 2 วิธีที่กล่าวมาร่วมกัน

ร้อยละ 76 บอกเคยมารับการตรวจฟันและรักษาทางทันตกรรม ในขณะที่ร้อยละ 24 บอกไม่เคยมาทำฟันเลย

กลุ่มตัวอย่างที่ใส่ฟันเทียมจำนวน 29 คน มีจำนวน 28 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 96 ที่ถอดฟันเทียมตอนนอน และมีจำนวน 1 คนหรือร้อยละ 4 ที่ไม่ถอดฟันเทียมตอนนอน แต่ทั้ง 29 คนมีการถอดฟันเทียมมาแปรงล้างทำความสะอาดหลังใช้งาน

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 บอกว่าเคยมาทำฟันในรอบปีที่ผ่านมา ในขณะที่ร้อยละ 56 ไม่ได้มารับการทำฟันในรอบปีที่ผ่านมา

ร้อยละ 74 มาพบหมอฟันด้วยสาเหตุปวดฟัน ร้อยละ 2 เนื่องจากเสียวฟัน ร้อยละ 6 ฟันเป็นรู และร้อยละ 18 มาด้วยสาเหตุอื่นๆ คือตรวจฟัน ไม่มีฟันเคี้ยวอาหารต้องการใส่ฟันปลอมมาแก้ไขฟันปลอม ขูดหินปูน หมอนัด

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน อายุเฉลี่ย 64 ปี กลุ่มอายุที่มีมากที่สุดคือกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี คือร้อยละ 37 เป็นเพศชาย ร้อยละ 40 เพศหญิงร้อยละ 60 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด คือร้อยละ 33 ระดับการศึกษาจบชั้น ป.4 มากที่สุดคือร้อยละ 44 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มี

ห้องสมุด สถาบันราชประชาสมาสัย

โรคประจำตัวใดๆ (ร้อยละ 39) ร้อยละ 54 สถานภาพสมรส ร้อยละ 79 มีรายได้เฉพาะจากการรับเบี้ยเลี้ยง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อนชนิด LL (ร้อยละ 34) และมีระดับความพิการ ระดับ 2 (ร้อยละ 82)

2. สภาวะสุขภาพช่องปาก

โรคฟันผุ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFT) คือ 21.75 ซี่/คน ฟันผุเฉลี่ย 4.51 ซี่/ต่อคน ฟันที่ถูกถอนเฉลี่ย 15.91 ซี่/คน ฟันที่ได้รับการอุดแล้วเฉลี่ย 1.33 ซี่/คน และพบว่าผู้เป็นโรคฟันผุที่ต้องได้รับการรักษามีร้อยละ 74

กลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีฟันเหลือใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 23

กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 60 ปีมีฟันเหลือใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 15

โรคปริทันต์

กลุ่มตัวอย่างมีสภาวะเหงือกปกติ ร้อยละ 11 มีภาวะเลือดออกร้อยละ 8 มีหินน้ำลาย ร้อยละ 50 มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร ร้อยละ 11 มีร่องลึกปริทันต์ มากกว่า เท่ากับ 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 2 ไม่มีฟันเหลือเลยร้อยละ 18

ฟันเทียม

กลุ่มตัวอย่างที่มีความจำเป็นต้องใส่เฉพาะฟันเทียมบนมีจำนวน 3 คน ใส่เฉพาะฟันเทียมล่างจำนวน 16 คน และต้องใส่ฟันเทียมทั้งบนและล่างจำนวน 57 คน

3. การประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ความรู้

ร้อยละ 55 มีความรู้เกี่ยวกับจำนวนชุดของฟันธรรมชาติถูกต้อง มีเพียงร้อยละ 9 ที่มีความรู้เกี่ยวกับการกำจัดคราบจุลินทรีย์หรือขี้ฟันที่ดีที่สุด ร้อยละ 77 ทราบว่าอาหารประเภทใดที่ทำให้ฟันผุได้ง่าย ร้อยละ 87 รู้จักการใช้หน้าที่ของฟันที่ถูกต้อง ร้อยละ 50 ไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดกลิ่นปาก

ทัศนคติ

ร้อยละ 52 จะมาพบทันตแพทย์ต่อเมื่อปวดฟัน ร้อยละ 88 ให้ความเห็นว่าสุขภาพฟันเป็นปัญหาที่สำคัญมากสำหรับตนเอง ร้อยละ 98 เห็นว่าสุขภาพช่องปากที่ดีจะทำให้สุขภาพกาย และสุขภาพใจดีด้วย และทั้งนี้ควรดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีอยู่สม่ำเสมอ ส่วนร้อยละ 95 คิดว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการได้รับการรักษา

การปฏิบัติตัว

ร้อยละ 75 แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 47 ใช้วิธีแปรงฟันแบบถูไปถูมา ร้อยละ 76 เคยมารับการตรวจฟันและรักษาทางทันตกรรม แต่มีเพียงร้อยละ 49 ที่เคยมารับการรักษาในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 96 ของกลุ่มตัวอย่างที่ใส่ฟันเทียมจะถอดฟันเทียมแช่น้ำก่อนนอน ร้อยละ 74 มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการปวดฟัน

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจและตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอ่านหนังสือไม่ค่อยได้ หรือบางท่านอ่านได้แต่สายตาไม่ดีก็ต้องอ่านแบบสอบถามให้ฟัง ซึ่งก็จะพบกับอุปสรรคอีกประการคือการได้ยิน จึงทำให้การทำแบบสอบถามเป็นไปด้วยความลำบาก จนบางครั้งไม่สามารถทำแบบสอบถามได้เลย เพราะอ่านไม่ได้ ฟังไม่ได้ยิน จึงจำเป็นต้องคัดออก ในเรื่องแบบสอบถามขนาดตัวอักษรอาจเล็กเกินไปในกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้อ่านลำบาก ซึ่งครั้งต่อไปถ้ามีการทำแบบประเมินอีกอาจต้องเพิ่มขนาดของตัวอักษรเพื่อให้ง่ายต่อการอ่าน

จากการตรวจสุขภาพช่องปากพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่ต้องได้รับการรักษาแต่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนเห็นว่าสุขภาพช่องปากที่ดีเป็นสิ่งสำคัญแต่ยังไม่ต้องการรับการรักษาเพราะเห็นว่าอายุมากแล้ว ใช้ฟันได้เท่าที่มีอยู่ เลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมแทน เช่น ทาน

อาหารอ่อน ต้มให้นานๆ หั่นอาหารให้ชิ้นเล็กๆ บางส่วนไม่มีฟันในการบดเคี้ยวอาหารเลย ซึ่งจากการสำรวจพบว่ามีผู้มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถึงร้อยละ 76 และจำนวนฟันที่เหลือใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ทั้งในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี และน้อยกว่า 60 ปี ต่ำกว่าเป้าหมายชาติที่กำหนดไว้ว่าในปี 2543 กลุ่มอายุ 35-40 ปีควรมีฟันไว้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีฟันไว้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

จากการทำแบบสอบถามเรื่องความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับทันตสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพช่องปาก แต่บางเรื่องก็ไม่ทราบ หรือทราบแต่ไม่ถูกต้อง จึงคิดว่าควรมีการเพิ่มกลุ่มในการสอนทันตสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย เนื่องจากปัจจุบันมีสอนเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนของมูลนิธิฉันทมิตรเท่านั้น ส่วนเรื่องทัศนคตินั้นพบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก แต่ยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเช่นวิธีการแปรงฟัน การทำความสะอาดช่องปาก และการพบทันตแพทย์เป็นประจำสม่ำเสมอเป็นเรื่องจำเป็นไม่ใช่มาพบต่อเมื่อมีอาการปวดฟันเพราะจะทำให้โอกาสที่จะเก็บรักษาฟันซี่นั้นไว้ได้ต่ำลงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการตรวจส่วนใหญ่มีความพิการระดับ 2 แม้จะสามารถจับแปรงสีฟันได้ แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ไหมขัดฟันได้ อันเนื่องมาจากความพิการของนิ้ว ทำให้การทำความสะอาดช่องปากไม่ได้ดีเพียงพอ และเมื่อลองจับแปรงสีฟันในลักษณะที่ผู้ป่วยจับให้ดูแล้วลองแปรงฟันจะพบว่าในบางตำแหน่งของช่องปากไม่สามารถแปรงได้ถนัด ดังนั้นหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ครบถ้วนสมบูรณ์แล้วควรนัดกลับมาตรวจซ้ำอย่างน้อยทุก 3 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ผลการศึกษาจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเรื้อนภายในสถาบันราชประชาสมาสัยตามรายละเอียดที่ปรากฏในงานวิจัยเรื่องการศึกษาได้รับความร่วมมือและความช่วยเหลือจากหลายท่าน และบุคลากรจากหลายหน่วยงานด้วยกัน อันได้แก่ ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ งานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อน งานพัฒนาสุขภาพชุมชน ผู้ป่วยที่เป็นอาสาสมัคร และทันตบุคลากรงานทันตกรรม สถาบันราชประชาสมาสัยทุกท่าน

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนร่วมดังกล่าวไว้ ณ โอกาสนี้ และคาดว่ารายงานนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ประยุกต์ในงานทันตกรรมและการวิจัยเพิ่มเติมในโอกาสต่อไป เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัย ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิวธรรมดาการพิมพ์ ; 2535.
2. ธีระ รามสูต. ปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน. วารสารสังคมสงเคราะห์การแพทย์ 2525 ; 3 : 9 - 81.
3. American Association of Public Health Dentistry. Available from : URL : http://www, xxphd.org/docs2whydentalpublichealth 2.pdf/.Accssed on 29 December, 2006.
4. World Health Organization. Policy basis. Available from : URL : www.who.int/oral-health/policy/en. Accessed on 28 December 2006.
5. OM5-Organizacxo Mundial de Sxude. Levxtxmentos bxsiceos em saude bucal. (4 ed.)
6. Bechelli LM, Berti A. Lesoes leproicxs dx mucosa bucal : estudo clinico. Rev Bras

Leprol 1939 ; 7 : 187 - 99.

7. Scheepers A, Lemmer J, Lownie JF. Oral manifestations of leprosy. Lepr Rev 1993 ; 64 : 37 - 43.
8. Arestrup FM, Aquino MA, Castro JM. Doenca periodontal em hxnsenixnos. Rev Periodontix 1995 ; 4 : 191 - 3.
9. Reis SRA, Viana LC, Souza VF. Manifestacoes orais dx hansenixse. Rev Fxculdxde de Odontol alx UFBA 1996/ 1997 ; 16 - 17 : 53 - 58.
10. Nunez JM. Lesions between bucxles em pxcientes com leprx. Rev Leprol. Fontilles 1998 ; 20 : 665 - 73.
11. Kumar B, Hande R, Kaur I, et al. Involvement of palate and cheek in lerpsoy. Indian J Lepr 1988 ; 60 : 280 - 4.
12. Sharma VK, Kaur S, Radotra BD. Tongue in volvement in lepromatous lerpsoy. Int J Dermatol 1993 ; 32 : 27 - 29.
13. Neville BW, Damm DD,m Allen CM. Infeccooes bacterianas - Lepra. In : Patologia oral & maxillofacial. Rio de Joneiro : Guanabara 1998 ; pp 148 - 50
14. Scheepers A, Lemmer J. Erythema Nodosum : A possible cause of oral destruction in leprosy. Int J Lepr Other Mycobact Dis 1992 ; 60 : 641 - 3.
15. Brasil. Ministerio dx sxude. Divisxo Nxcionxl de Saude. Departamento ale Atencao Bxsica. Coosdenacxo Nolcionxl de sxude Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condixoes de saude Bucal alx populacal brasileira 2002 - 2003 : resultados principais. 2004 p 51.
16. Bryceson A, Pfattzgrapff RE. Leprosy. 2rd ed; Churchill Livingstone; 1990.
17. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5. นนทบุรี : กรมอนามัย กทสช ; 2544.
18. กองทันตสาธารณศุข กรมอนามัย กทสช. รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2532 พิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534.
19. สุดาดวง เกรินพงษ์, ญาดา พวงสอาด, พรรณปพร นิมศรีสุขกุล, พัชชา วรรณจารุรัตน์, ศิวิณา พฤติวรวงศ์, สุปรีดา สุภนันตชาติ. วารสารทันตสุขภาพ 2550 ; 57 : 13 - 21.
20. ชื่นตา วิชชาวุธ. วารสารทันตสุขภาพ. มหิดล 2546 ; 23 : 19 - 29.
21. Ridley DS, Jopling WH. Classification of leprosy according to immunity ; a five group system. Int J Lepr 1966 ; 34 : 255 - 73.

นิพนธ์ต้นฉบับ Original article

ผลการพัฒนาหมู่บ้านอย่างมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วย : กรณีศึกษาบ้านหมื่นศรีใหญ่ ตำบลหมื่นศรี อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

The Contribution of Participatory Village Development towards the Preventive Behavior Adjustment of Souy Origin Village : Case study of Ban Meun Sri Yai, Tambon Meun Sri, Amphur Samrong Tab, Surin Province

นิยม ไกรปุย สส.ม.
ธัญพร ลิ้มจิตกร วท.บ.
โกเมศ อุนรัตน์ ส.ม.
ญาดา โตอุดชนม์ ส.ม.
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา กรมควบคุมโรค

Niyom Kraipui M.Sw.
Thanyaporn Limjittrakon B.Sc.
Gomes Unarat M.P.H
Yada Toutachon M.P.H.
Office of Prevention and Control of Disease, Region 5, Nakornrajsrima Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาหมู่บ้านอย่างมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วย มุ่งเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านแบบมีส่วนร่วมและพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนในชุมชน และพัฒนารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนในชุมชนโดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พื้นที่การศึกษาวิจัย บ้านหมื่นศรีใหญ่ ตำบลหมื่นศรี อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ประชากรศึกษา ผู้ป่วยโรคเรื้อน สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ ผู้นำที่ไม่เป็นทางการ รวมประชากรศึกษาทั้งหมด 40 คน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ การทำประชาคม การประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการร่วมพัฒนาหมู่บ้าน

การศึกษา การพัฒนาหมู่บ้านอย่างมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของหมู่บ้านชาติพันธุ์ โดยให้กลุ่มประชากรศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการประชุม และทำกิจกรรมระดมความคิดในการวางแผนร่วมกันคิดหากลยุทธ์เพื่อใช้แก้ไขปัญหาดำเนินงานและสร้างการให้ความรู้ที่ถูกต้อง โดยใช้ภาษาส่วย ให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิดวิเคราะห์ชุมชน ภาพฝันพบว่าชุมชนมีความต้องการพัฒนาหมู่บ้านของตน และมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการกำหนดแผนพัฒนาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว การนำแผนชุมชนสู่แนวทางปฏิบัติ การติดตามก้าวหน้าเพื่อสรุป

บทเรียนจากการดำเนินการ พบว่ามีการใช้หอกระจายข่าวในการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนที่เป็นภาษาส่วย การติดโปสเตอร์ตามร้านค้าในหมู่บ้าน และตู้โทรศัพท์ชาวบ้านเริ่มสนใจตรวจผิวหนังตนเอง ในรายสงสัยว่าตนเองจะเป็นโรคเรื้อน ในส่วนเจ้าหน้าที่พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้ความสนใจมากขึ้นจากการขอข้อมูลการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน การประเมินผลการสัมภาษณ์ พบว่าแกนนำสุขภาพในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อนดีขึ้นสามารถบอกอาการ การรักษาและการป้องกันได้ถูกต้อง ประชาชนสามารถคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนตนเองมารับบริการที่ศูนย์บริการได้ โดยการตรวจหาคนในครัวเรือน ประชาชนมีความรู้ และตระหนักในการป้องกันรวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน เกิดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาชุมชน ในการดูแลสุขภาพของประชาชน แบบมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This study was aimed to identify the model of participatory village preventive behavior development , and to develop the model to change the leprosy preventive behavior of community. It was qualitative study which using participatory action method. The study area was Ban Meun Sri Yai, Tambon Meun Sri, Amphur Samrong Tab, Surin province. Study population were leprosy patients, their family members, formal and informal community leaders. The number of study units was 40. Data collection was done by qualitative methods which were, performance of civil society , participatory group discussion, and participation on observation.

The study units were invited to attend the meeting, to participate in the activity, and to exchange the idea in order to participate in making a plan of action to deal with the operational problems and to disseminate correct information. Dialect or Suoy language was used throughout the data collecting process. Overall results revealed that the community's members desired by themself to develop their own village, and to establish nursery for their children. The plan was set into 3 phases which were short, medium, and long phases. After implementing and monitoring the plan, it was shown that information disseminating posts were used to disseminate leprosy information through Souy language, leprosy poster was shown at village grocery and telephone booth. Villagers began to check their own body when they were in doubt whether they had leprosy or not. Health workers paid more attention on leprosy knowledge which was shown by their requests for related leprosy guideline. Information gained by interviewing showed that health leaders and health volunteers had better knowledge and better understanding of leprosy. They were able to correctly identify the signs, treatment and prevention of leprosy. Community members were able to screen suspected cases by examining family members. Moreover, they had better knowledge and positive attitude towards leprosy patients leading to their more effective participation in community health promotion.

1. บทนำ

นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันประเทศไทยมีความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรมอย่างมาก ประกอบกับมีนโยบายการปฏิรูประบบราชการไปพร้อมๆ กับปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2540 ที่กำหนดให้มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) กำหนดให้คนไทยทุกคนต้องมีหลักประกันดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค[1] จากความพยายามของรัฐบาลที่จะพัฒนาวิถีความเป็นอยู่ของประชาชนในสังคมชนบทและหมู่บ้านต่างๆ ให้ดีขึ้นกว่าเดิม โดยนำเอาเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาเผยแพร่เกิดการแพร่กระจายจากสังคมเมืองสู่สังคมชนบทและชาวบ้านมีโอกาสติดต่อกับโลกภายนอกมากขึ้นส่งผลต่อการดำรงชีวิตของชาวบ้านในด้านต่างๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรมขึ้นในสังคมชนบท[2] อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงผลจากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา บางชุมชนประสบความสำเร็จในการพัฒนาแต่บางชุมชนประสบปัญหาจากความไม่สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนความคิดต่างๆ ของประชาชนนั้นโดยทั่วไปพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้น้อยที่สุดสาเหตุอาจเนื่องมาจากกลุ่มชาติพันธุ์[3-4] โดยเฉพาะกลุ่มส่วยเป็นชนกลุ่มน้อยที่อยู่ในชนบท ที่เปรียบเหมือนคนชั้นล่างของสังคม ที่ถูกมองว่าล้าหลัง ไร้การศึกษา ยากจน ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่รัฐจัดไว้ และแม้ว่าระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันจะเอื้อต่อผู้มีรายได้น้อยเต็มที่แล้วก็ตาม ชาวชนบทส่วนใหญ่ก็ยังมีอุปสรรคเรื่องภาระการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว[3] ทำให้ปัญหาที่มีอยู่แม้จะเล็กน้อยกลายเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยากที่จะแก้ไข จากการศึกษาเรื่องแบบแผนความคิดของประชาชนเกี่ยวกับโรคเรื้อนในหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วย) พบว่า แบบแผนความคิดเรื่องโรคเรื้อนของประชาชนในหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วย มีอิทธิพลความเชื่อมาจากแบบแผนความคิดพื้นบ้านที่เชื่อว่า เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ ความเชื่อ พิธีกรรมที่มีความเชื่อเรื่องผี แต่ในผู้ป่วยที่พิการจากโรคเรื้อนจะไม่ใช้พิธีกรรมดังกล่าว เชื่อว่าอิทธิพลที่ได้รับมาจากคนในครอบครัว และพบว่าประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านและการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค โรคเรื้อน เห็นความสำคัญของปัญหา และแบบแผนความคิดของผู้ป่วยและคนในชุมชนจึงนำผลการศึกษามาจัดรูปแบบการวิจัยการพัฒนาหมู่บ้านให้เป็นชุมชนน่าอยู่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วย ในการป้องกันควบคุมโรคต่างๆ ในชุมชน และส่งเสริมทุกวิถีทางให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เข้าใจเรื่องการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนในชุมชนทุกมิติ จึงจัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบ้านหนึ่งศรีใหญ่ให้เป็นชุมชนน่าอยู่ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนแบบมีส่วนร่วม

2. วัตถุประสงค์

1. ศึกษารูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านแบบมีส่วนร่วม
2. ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนในชุมชน
3. พัฒนารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนในชุมชน

3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

แกนนำสุขภาพในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อน สามารถคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนตนเองมารับบริการ

ที่ศูนย์บริการได้ และตรวจสุขภาพผิวหนังเบื้องต้น ความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน เกิดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาชุมชน ในการดูแลสุขภาพของประชาชน แบบมีส่วนร่วมและส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนหรือโรคอื่นๆ ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนดังกล่าว และเกิดความยั่งยืน

4. ขอบเขตของการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้เลือกหมู่บ้าน ที่เคยศึกษาแบบแผนความคิดของประชาชนเกี่ยวกับโรคเรื้อนในหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วย ในปี 2549 โดยมีขอบเขตของการวิจัยคือ ลักษณะทั่วไปของหมู่บ้าน ประวัติความเป็นมาของหมู่บ้าน ใช้วิธีการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography research) รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

ส่วย หรือ กูย (Kui) หรือ กวย (Kouy) หมายถึง ชื่อที่ใช้เรียกคนในกลุ่มชาติพันธุ์ที่พูดภาษาในตระกูลมอญ-เขมร พบมากในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ศรีสะเกษ บุรีรัมย์ อุบลราชธานี

การพัฒนาหมู่บ้าน หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม โครงสร้างทางสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการตรวจผิวหนังว่ามีอาการเบื้องต้นของการเป็นโรคเรื้อนในการป้องกันการเกิดความพิการในโรคเรื้อนด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งรวมถึงแกนนำสุขภาพ อสม. ผู้นำที่เป็นทางการ ผู้นำที่ไม่เป็นทางการ ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อน และผู้ป่วยโรคเรื้อน ในการวางแผนโครงการและการดำเนินงาน เพื่อประโยชน์แก่คนในหมู่บ้านของตนเอง

6. วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมจัดประชุมทำแผนชุมชนและดำเนินการตามแผนกระบวนการทำงานกับชุมชนแบบมีส่วนร่วม การค้นหาศักยภาพของชุมชน การแสวงหาทุนทางสังคมการแสวงหาความร่วมมือร่วมกับหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาขั้นตอนการทำงานกับชุมชน ศึกษาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนการให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิดในการวางแผน การวางแผนชุมชนและการประสานแผนการแก้ไขปัญหา (ใช้เทคนิค SWOT หรือ A-I-C หรือ การสนทนากลุ่มมาใช้) ติดตามความก้าวหน้าเพื่อสรุปบทเรียนจากการดำเนินการและการประเมินผลโครงการ และสรุปผลการดำเนินงาน

7. ผลการศึกษา

7.1 บริบททางสังคมและวัฒนธรรม

ประชาชนบ้านหมื่นศรีใหญ่พูดได้ทั้งภาษาส่วย และภาษาไทยกลางสร้างบ้านที่ชายคาติดกันเป็นส่วนใหญ่ อากาศภายในหมู่บ้านไม่ค่อยดี ชอบเผาเศษหญ้าที่ยังไม่แห้งและเผาแกลบเพื่อไล่ยุงให้วัวควาย ประชากรที่อาศัยอยู่ประจำในหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่พูดภาษาไทยหรือพูดได้น้อย ทำให้การติดต่อขอความร่วมมือจากทางราชการไม่สะดวกเท่าที่ควร สภาพทางเศรษฐกิจ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม วัฒนธรรม ความเชื่อเป็นสิ่งที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ความเชื่อส่งผลให้เกิดประเพณี พิธีกรรมต่างๆ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับภูตผีวิญญาณ ความเชื่อในเรื่องโชคลาง และความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจลึกลับต่างๆ สถานภาพในชุมชน ความเชื่อในเรื่องผีของชาวกูยจะแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ ยะจ๊ฮเพรียม (ปู่ตา), ยะจ๊ฮดุง (ผีบรรพบุรุษ), ผีออ, ผีมอ คนในหมู่บ้านนับถือศาสนาพุทธทั้งหมดและมีการเข้าร่วมกิจกรรมตามความเชื่อพิธีแก็ลมอ แก็ลออ เชื่อว่าพิธีกรรมดังกล่าวช่วยให้หายจากโรคภัยไข้เจ็บ เมื่อเจ็บป่วยโดยทั่วไป

ประกอบด้วยพิธีกรรม เช่น อึมโปล (เสี่ยงทาย) เป็นการหาสาเหตุการเกิดโรค ส่วนพิธีคับแม (ลำส่อง) เป็นการวินิจฉัยโรค และพิธีแกลมอ แกลออเป็นการรักษาโรค

7.2 ผลการพัฒนาหมู่บ้านให้เป็นชุมชนน่าอยู่ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อน

เมื่อคณะผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานแกนนำสุขภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมการประชุมและกิจกรรมโดยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนในหมู่บ้านที่พิการ และเปิดเผยตนเอง สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ ประกอบด้วย รองนายก อบต. สอบต. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้นำที่ไม่เป็นทางการ อดีตผู้อำนวยการ โรงเรียน ครู พระ หมอพื้นบ้าน อดีตผู้ใหญ่บ้าน หัวหน้าทีมประกอบพิธีกรรม แก็ลมอ แก็ลออ ตัวแทน เยาวชน และตัวแทนคุ้ม จัดประชุมใช้กระบวนการ AIC

ผลการจัดประชุมทำแผนชุมชนและดำเนินการตามแผน ผู้วิจัยได้จัดประชุมนำเสนอผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าแบบแผนความคิดเรื่องโรคเรื้อนของประชาชนในหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วย (กูย) มีอิทธิพลจากความเชื่อมาจากแบบแผนความคิดพื้นบ้านที่เชื่อว่า เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ ความเชื่อ พิธีกรรมที่มีความเชื่อเรื่องผีในผู้ป่วยที่พิการจากโรคเรื้อนจะไม่ใช้พิธีกรรมดังกล่าว เพราะเชื่อว่าเป็นโรคเรื้อนน่ารังเกียจ และเป็นโรคที่เกิดจากกรรมพันธุ์ หรือมลพิษทางน้ำสิ่งแวดล้อมไม่ดี นอกจากนี้พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ได้รับรู้ประสบการณ์ จากสื่อต่างๆ เมื่อมีการเจ็บป่วยจะไปโรงพยาบาล คลินิกเนื่องจากไม่มีความเชื่อมั่นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อันเป็นอิทธิพลที่ได้รับมาจากคนในครอบครัว และพบว่าประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านและการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจึงแก้ไขด้วยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง เป็นภาษาไทยและภาษาส่วยโดยล่ามที่เป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหมื่นศรี ดังนี้

ภาษาไทย	ภาษาส่วย
โรคเรื้อนเป็นโรคผิวหนังเนื้อชา เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียทำให้เกิดอาการทางผิวหนัง เส้นประสาทส่วนปลาย และเยื่อบุท่อทางเดินหายใจส่วนบนหากไม่รักษาอาจทำให้เกิดความพิการได้	**โรคทูด**เป็นโรคสะแบะ สะเบิน เป็นโรคติดต่อเรื้อรังเจาเชื้อแบคทีเรีย ซุ๊วัวอ่อนเก๊ด ทางสะแบะ เส้นประสาทนาโก๊ะ และตะนาฮุ๊ เยื่อบุท่อทางเด๊นหายใจ เนาป้องคั่นปุ๊ปัวแอจึงอรเก๊ดพิการ
อาการระยะเริ่มแรก ผิวหนังเป็นวงด่างสีจาง หรือแดงมีอาการชาผิวหนังแห้งเหงื่อไม่ออกขนร่วง	**การเก๊ดใหม่ ๆ** สะแบะเก๊ดด่างๆ หรือ กะเชาเก๊ด การสะเบิน สะแบะแบง ประรอประอูน กะเชาจอย
อาการระยะติดต่อ ผิวหนังเป็นผื่นนูนหนาหรือตุ่มไม่คันการติดต่อ สามารถติดต่อกันโดยการสัมผัสคลุกคลีกับผู้ป่วยระยะติดต่อเป็นเวลานาน ผู้ไม่มีภูมิต้านทานต่อเชื้อโรคเรื้อนมีโอกาสติด	**การติ๊ดตั๋ว** สะแบะเป็นเชากะเบินหรือตุ่มปุ๊ดฉอด ติ๊ดตั๋ว สามารถติ๊ดตั๋ว ปิ้น โด้ยการต่อตั๋ว กูลึงตั๋ว กูยทีปะเก๊ดภูมิคุ้มกั๊นโรคทูดเก๊ดโอกาสติ๊ดขึ่น
โรคเรื้อนรักษาให้หายขาดได้ แต่หากมีอาการระยะเริ่มแรก แต่ถ้าไม่รีบออกมารักษา ความพิการอาจเกิดขึ้นได้คือกล้ามเนื้อลีบ มือ-เท้าอ่อนกำลัง นิ้วงอข้อติดแข็ง ผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือโรคผิวหนังเนื้อชาเมื่อรักษาหายแล้วถึงแม้จะมีความพิการก็ไม่แพร่โรคอีก	โรคทูด ปัว ออน ออ บิ๊น แต่หากมีอการเก๊ดใหม่ๆ แต่ถ้า ไม่ปั๊ว ความพิการอาจเก๊ดขึ้นได้ คือ สะแว๊บ เต ยึง จึงกำลังเตโกะ ตะกรองแบร๊ง ขั่นโป๊ย ออแล้ว โรคไอปู๊โม ไม่สามารถติ๊ดตั๋ว แม้จะพิการเรื้อนหรือโรคผิวหนังเนื้อชาเมื่อรักษาหายก็ไมแพ๊ะโรค
อาการน่าสงสัย ผิวหนังเป็นวงด่าง ผิวหนังเป็นผื่นแดงหรือตุ่มไม่คันมือเท้าชาลีบอ่อนแรง ให้รีบออกมาตรวจรักษา	**การทีกูยแนงแลงเก๊ด** สะแป๊ะสะเบินสักกะเบินตุ่มปุ๊ดฉอด เตยึดสะเบิน ซึมกำลัง ให้รีบออกมาปัว

ค้นหาศักยภาพของชุมชน พบว่าเป็นชุมชนใหญ่มีศักยภาพในการระดมทุน เช่นทำผ้าป่า มีโบราณสถาน และแล่งน้ำ คนในชุมชนมีลักษณะความเชื่อแบบลึกซึ้ง มีความชำนาญในการทอผ้าพื้นบ้าน มีสถานบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน ศักยภาพของผู้นำหมู่บ้านเป็นตัวแทนในผู้บริหารระดับสูงของอบต.อยู่ในหมู่บ้าน

แสวงหาทุนทางสังคม มีปราชญ์ชาวบ้าน 2 คน ประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นตามแบบชาวกูย (ส่วย) และกลุ่มทำพิธีกรรมแกลมอ-แกลออที่มีชื่อเสียง คนส่วนใหญ่ในหมู่บ้านมีความเป็นอยู่แบบพอเพียง มีภาษาส่วย และความเป็นชาตินิยมที่เป็นเอกลักษณ์ มีความผูกพันทางสายโลหิตที่เหนียวแน่น

ให้ชาวบ้านเข้าใจอดีต เสนอผลการศึกษาประวัติความเป็นมาของชุมชน คือ การตั้งชื่อหมู่บ้านตามชื่อบุคคลสำคัญมียศหมื่นจากหลักฐานศาลเจ้าพ่อหมื่นศรี ที่มีหินศิลาแลงและเสาเสมา ใต้ต้นโพธิ์ใหญ่ ที่บ้านหมื่นศรีน้อยที่ชาวบ้านละแวกนั้นซึ่งต่อมาปี 2525 นายมั่น สุภาวะหา ได้สร้างศาลเจ้าพ่อหมื่นศรี ดังกล่าว เดิมบ้านหมื่นศรีมีเพียง 1 หมู่บ้านที่ตั้งอยู่โนนแก็ด เป็นที่ตั้งบ้านเก่า ที่ชาวบ้านเรียกว่า เสาะตี เนื่องจากโรคห่าระบาดที่ชาวบ้านเรียกว่าโรคพายุ และโรคฝีดาษ มีคนในหมู่บ้านตายจำนวนมากช่วงประมาณ 300 ปีมาแล้ว จึงมีการอพยพย้ายถิ่นที่อยู่มาตั้งที่บ้านหมื่นศรีน้อย ซึ่งบ้านหมื่นศรีใหญ่เป็นหมู่บ้านที่แยกตัวออกมาเมื่อประมาณ 200 ปี

ชุมชนมีส่วนร่วมคิดวิเคราะห์ชุมชน (ใช้เทคนิค SWOT)

จุดแข็ง คือ เป็นชุมชนใหญ่ มีโบราณสถาน ฝีมือด้านช่างและการทอผ้าไหมดี ความเชื่อพิธีแกล มอ ออ ที่ฝังลึก มีสถานบริการสาธารณสุขเอกลักษณ์ใช้ภาษาส่วย มีรองนายก อบต มีปราญช์ชาวบ้าน

จุดอ่อน คือ มีแหล่งน้ำไม่เพียงพอ ใช้สารเคมีมาก ขาดความสามัคคี สิ่งแวดล้อมไม่สะอาด ไม่ค่อยยอมรับสิ่งใหม่ สถานอนามัยมีค้างคาวมาก ทำให้ไม่สะอาด บ้านหนาแน่น มีคนติดสารมาก

โอกาส คือ ได้กองทุนเงินล้าน และเงินสนับสนุนเพิ่ม สองแสนบาท มีการจัดทำผ้าป่าถวายวัดทุกปี มีงานวิจัยมาลงหมู่บ้านหลายครั้ง ผู้พิการจากโรคเรื้อนได้รับการสงเคราะห์รายเดือนถึง 3 ราย

ภาวะคุกคาม คือ มียาเสพติด การเมืองไม่นิ่ง มีโรคติดต่อ มีโรคเรื้อนมาก เยาวชนขาดวินัย

แนวทางสู่วิสัยทัศน์ร่วม ภาพฝันและการคิดคำขวัญ การพัฒนาด้านต่างๆ เช่น การพัฒนา

คนในชุมชน การพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านและสถานีอนามัย ส่งเสริมเศรษฐกิจในชุมชน ส่งเสริมประเพณีวัฒธรรม พบว่ามีการแต่งตั้งคณะกรรมพัฒนาหมู่บ้าน 12 คนโดยมีนายหุน สุขบรรณ เป็นประธาน และได้ตั้งคำขวัญร่วมกันว่า

หมื่นศรีใหญ่ น้ำใส ไฟสว่าง ทางดี สามัคคี มีคุณธรรม

ความต้องการของชุมชน ในที่ประชุมเสียงส่วนใหญ่ต้องการที่จะมีรั้วบ้าน ป้ายชื่อบ้าน และป้ายบอกบ้านเลขที่ มีระบบท่อระบายน้ำเสียในหมู่บ้าน มีสวนครัวริมรั้ว สระน้ำที่ชาวบ้านใช้ต้องใสสะอาด น้ำประปาใสบริโภคได้ มีสนามกีฬาและลานออกกำลังกายน่าจะสร้างได้ในที่ว่างข้างสถานีอนามัยหมื่นศรี คอกสัตว์เลี้ยงต้องอยู่นอกหมู่บ้าน หอกระจายข่าวสามารถรับฟังได้ทุกครัวเรือน ในบ้านเรือนจัดวางของเรียบร้อย สะอาด จับใช้สะดวก และต้องไม่มียุง มีถังขยะและเตาเผาขยะ บริเวณรอบบ้านสะอาด ร้านค้าร้านอาหารในหมู่บ้านสะอาดถูกหลักอนามัย และมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผลจากการทำแผนชุมชน ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีการกำหนดแผนออกเป็น 3 ระยะคือ

1. แผนระยะสั้น ดำเนินการช่วงสิงหาคม 50 - สิงหาคม 51 เริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน การศึกษาดูงาน หมู่บ้านปลอดเหล้า ชุมชนเข้มแข็ง (บ้านเมืองแก ตำบลเมืองแก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์) ทำรั้วบ้าน พัฒนาสิ่งแวดล้อม มีพืชผักสวนครัว แผนให้ความรู้เรื่องโรคต่าง ๆ

2. แผนระยะกลาง จะดำเนินการช่วงปี พ.ศ 2551-2553 ในเรื่องน้ำประปาต้องใสดื่มได้ มีร่องระบายน้ำตามขอบถนน มีแสงไฟตามถนน สร้างเตาเผาขยะและสนามออกกำลังกาย

3. แผนระยะยาว จะดำเนิน การช่วงปี พ.ศ 2553-2563 พัฒนาหนองน้ำให้เป็นแหล่งท่องเที่ยว และเป็นสวนออกกำลังกาย อนุรักษ์ ป่าต้นน้ำ

การนำแผนชุมชนสู่แนวทางปฏิบัติ หลังจากดูงานเริ่มพัฒนาบ้านและชุมชนตนเองรวมทั้งการผลักดันงบประมาณ อบต.สู่สถานบริการสาธารณสุขในหมู่บ้านของตนเอง ดังนี้

- การยอมให้ใช้งบ อบต. ในการทำถนนคอนกรีต เข้าสถานีอนามัย โดยยังไม่ต้องทำในซอยของหมู่บ้านและการทำรั้วบ้านแบบใช้ไม้ไผ่และการพัฒนาระบบสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้านให้เป็นตัวอย่างแก่ชุมชน

ภาพก่อนดำเนินการ

ภาพหลังดำเนินการ

ภาพก่อนดำเนินการ

ภาพหลังดำเนินการ

การติดตามความก้าวหน้าเพื่อสรุปบทเรียนจากการดำเนินการ

1. การใช้หอกระจายข่าวในการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนที่เป็นภาษาส่วย

2. การติดโปสเตอร์ตามร้านค้าในหมู่บ้านและตู้โทรศัพท์ความรู้เรื่องโรคเรื้อน ที่ขอมาจากสถานีอนามัย

ชาวบ้านเริ่มสนใจตรวจผิวหนังตนเอง จะเห็นได้จากการสงสัยว่าตนเองจะเป็นโรคเรื้อนหรือไม่ โดยมาให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตรวจดูผิวด่างและตุ่มผื่นมากและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเริ่มขอข้อมูลการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน พบว่าแกนนำสุขภาพในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อนบอกได้ว่าเป็นโรคผิวหนังเนื้อชา เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อตัวเล็กๆ ทำให้เกิดอาการทางผิวหนังหากไม่รักษาอาจทำให้เกิดความพิการได้ และบอกได้ว่าอาการผิวหนังเป็นวงด่างสีจาง แห้งเหงื่อไม่ออก ขนร่วงตุ่มไม่คันติดต่อกันได้โดยการสัมผัสคลุกคลีกับผู้ป่วยเป็นเวลานาน และบอกว่าโรคเรื้อนรักษาให้หายขาดได้ ถ้ารีบออกมารักษา เมื่อรักษาหายแล้วถึงแม้จะมีความพิการก็ไม่แพร่โรคอีก สามารถคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนตนเองมารับบริการที่ศูนย์บริการได้ โดยการตรวจหาคนในครัวเรือนถ้าใครมีวงด่างขา ตุ่มไม่คันหรือ เป็นโรคผิวหนังมานาน และประชาชนมีความรู้และตระหนักในการป้องกันรวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนเช่น มีงานเลี้ยงก็ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้าร่วม เกิดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาชุมชนในการดูแลสุขภาพของประชาชน แบบมีส่วนร่วมซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนในชุมชนดังกล่าว

8. อภิปรายผล

1. จากสภาพหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วยของชาวหมื่นศรีใหญ่ แบ่งเขตการปกครองเป็น 4 คุ้ม ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ปกครองหมู่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ปกครองคุ้ม ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวมีขนาดเล็กถึงปานกลาง สมาชิกในครัวเรือนประมาณ 4-6 คน การศึกษาระดับชั้น ป.4 และชั้น ป.6 ผู้สูงอายุส่วนมากไม่ได้เรียนหนังสือ มีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน อีกคนเป็นรองนายกผู้ใหญ่บ้าน และกรรมการหมู่บ้าน บางครั้งมีความคิดเห็นไม่ตรงกันแต่ไม่มีอุปสรรคต่อการพัฒนาร่วมกัน ด้านสิ่งแวดล้อม การสร้างบ้านจะทำทรงใต้ถุนสูง ชาวกูยจะใช้ประโยชน์จากบริเวณใต้ถุนเรือนอย่างเต็มที่ โดยแบ่งเนื้อที่เป็นส่วนๆ ส่วนแรกด้านหน้าเป็นพื้นที่ยกสูงใช้เป็นที่นั่งเล่น ด้านหลังเป็นส่วนของวัวควาย ส่วนที่ 3 วางหูกทอผ้าที่พาดเส้นยืดยาวมากไปผูกกับคอกวัวควาย ส่วนที่ 4 เป็นร้านวางกระด้งไหม และวัสดุเครื่องใช้ สภาพบ้านในหมู่บ้านสร้างขึ้นเป็นหลังคาชิดกัน การระบายอากาศไม่ดี มีสระน้ำขนาดใหญ่ และลำห้วย

ใช้ประโยชน์ในการทำน้ำประปาหมู่บ้าน ทำการเกษตร และเลี้ยงปลา มีไฟฟ้าทุกหลังคาเรือน การกำจัดขยะส่วนใหญ่โดยการเผา

2. แบบแผนแนวความคิดเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและเรื่องโรคเรื้อนของประชาชนในหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วย (กูย) มีอิทธิพลจากความเชื่อมาจากแบบแผนความคิดพื้นบ้านที่เชื่อว่า เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ ความเชื่อ พิธีกรรมที่มีความเชื่อเรื่องผีอยู่ 4 ผี คือ ยะจุ๊อเพรียม (ปู่ตา), ยะจุ๊อดุง (ผีบรรพบุรุษ), ผีออ, ผีมอ ซึ่งผีมอและผีออ จะเป็นผีที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย ซึ่งแบบแผนความคิดจากความเชื่อในพิธีกรรม แต่ในผู้ป่วยที่พิการจากโรคเรื้อนจะไม่ใช้พิธีกรรมดังกล่าวเพราะเชื่อว่าเป็นโรคเรื้อนน่ารังเกียจ และเป็นโรคที่เกิดจากกรรมพันธุ์ หรือมลพิษทางน้ำสิ่งแวดล้อมไม่ดี นอกจากนี้พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ได้รับรู้ประสบการณ์จากสื่อต่างๆ เมื่อมีการเจ็บป่วยจะไปโรงพยาบาลคลินิกเนื่องจากไม่มีความเชื่อมั่นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อันเป็นอิทธิพลที่ได้รับมาจากคนในครอบครัว

3. กระบวนการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและโรคเรื้อนของชาวบ้าน หากเจ็บป่วยแล้วไปรักษาระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบันไม่ดีขึ้นก็จะทำพิธีบวงสรวงแล้วก็จะหายจากโรค พิธีแกลมอ-แกลออเป็นการรักษาโรค ส่วนโรคเรื้อนผู้นำที่ร่วมวิจัยได้ขอแผ่นพับไปแจกชาวบ้านที่อ่านภาษาไทย ได้และได้แปลแผ่นพับโรคเรื้อนเป็นภาษาส่วยและพูดหอกระจายข่าว รวมทั้งการติดโปสเตอร์ในหมู่บ้านที่มองเห็นชัดเจนเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องของโรคเรื้อน

4. ผลจากการพัฒนาหมู่บ้านโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม

4.1 การวิจัยครั้งนี้ ได้มีทีมนักวิชาการร่วมวิจัย และพัฒนาการมีส่วนร่วมตามหลักการขั้นตอน และเทคนิคต่างๆ ที่ถูกต้องและเหมาะสมจนประสบความสำเร็จในระดับแรกอย่างน่าพอใจ ที่มีประชาชนเข้าร่วมทำประชาคมและทำแผนชุมชน 40 คน

4.2 ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือ การร่วมวางวิสัยทัศน์ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้านเกิดขึ้น มีการศึกษาดูงานในหมู่บ้านที่มีการพัฒนาแล้ว เกิดการเปลี่ยนแปลงการปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อม เกิดแผนพัฒนา 3 ระยะอย่างชัดเจน ปัญหาที่ท้าทายคือ การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนให้ยั่งยืน ขณะเดียวกันการเสริมสร้าง ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ด้านโรคเรื้อน ทำให้คนในชุมชนเริ่มสนใจตรวจโรคผิวหนังว่าจะเป็นโรคเรื้อน หรือไม่และมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อน รวมทั้งลดความรังเกียจผู้พิการจากโรคเรื้อนที่เห็นได้จากการเชิญผู้พิการจากโรคเรื้อน เข้าร่วมงานประเพณีในชุมชนมากขึ้น

5. ปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนา พบว่า มีกลุ่มแกนนำชุมชนที่ไม่เป็นทางการ มีศักยภาพ ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างดี โดยส่วนใหญ่ร่วมกันตั้งแต่ค้นหาปัญหา หาข้อมูลแยกแยะ และวิเคราะห์ปัญหา วางแผนร่วมกันตัดสินใจระดมทรัพยากรและการที่จะเป็นตัวอย่างในการเริ่มต้นพัฒนาหมู่บ้านให้เป็นชุมชนน่าอยู่ มีการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสรรงบมาพัฒนาด้านต่างๆ เช่นงบศึกษาดูงาน ทำถนนในหมู่บ้าน เป็นต้น ส่วนประชาชนให้ความสำคัญและกระตือรือร้นในการกระตุ้นเข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วมมากขึ้นในการพัฒนาโดยไม่ต้องรอการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ เช่นการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่สวยงาม ในบริเวณบ้านตัวเอง

9. ข้อเสนอแนะ

1. การเรียนรู้วัฒนธรรม แบบแผนความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและเรื่องโรคเรื้อนของประชาชนในหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วย (กูย) มีอิทธิพลจากความเชื่อมาจาก แบบแผนความคิดพื้นบ้านที่เชื่อว่า เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่อยู่

เหนือธรรมชาติ ความเชื่อ พิธีกรรมที่มีความเชื่อเรื่องผี ซึ่งแบบแผนความคิดจากความเชื่อในพิธีกรรม นับว่าเป็นประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะเข้าใจบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของคนในท้องถิ่นที่ถูกต้องไม่มองเป็นเรื่องที่ล้าสมัย แต่ควรปรับแนวคิดของตนเองเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่เราทำงานอยู่

2. การพัฒนาโดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทำให้เจ้าหน้าที่ได้เข้าใจมีความรู้เกี่ยวกับศักยภาพของชุมชน ทุนทางสังคม ทุนมนุษย์ ทุนทางทรัพยากรธรรมชาติ ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ ในการค้นหา ป้องกันควบคุมและรักษาโรคเรื้อน

3. ถ้าประชาชนเข้าใจ รู้เรื่องการพัฒนาและเข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้ได้รับความร่วมมือ ในการป้องกันควบคุมและรักษาโรคเรื้อน

ดังนั้นรูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านอย่างมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อนจะต้องรู้จักประยุกต์ให้เหมาะสมกับแต่ละชุมชน การพัฒนาหมู่บ้านเป็นบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้านร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้ชุมชนมีอิสระอย่างแท้จริง ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการพัฒนาไม่ควรชี้นำ และจากการความตั้งใจของทุกคน ถ้าเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน เป็นตัวอย่างที่ดีในการพัฒนา จะทำให้เกิดความยั่งยืนแต่ต้องใช้เวลา ควรที่เริ่มจากการค้นหาศักยภาพของตนเองและแนวทางการพัฒนาด้วยภูมิปัญญาของตนเอง และรู้จักบริหารจัดการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชาวบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อนหรือโรคอื่นๆ อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชน ควรจะให้ชุมชนได้ร่วมวางแผน และกำหนดอนาคตของชุมชนเองไม่ควรสั่งการให้ทำต้องให้เกิดจากความต้องการและสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนนั้นจึงจะเกิดการพัฒนาได้อย่างยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูต ที่ปรึกษา สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำด้านวิชาการที่มีคุณค่าสำหรับการวิจัยเรื่องนี้ ขอขอบพระคุณนายแพทย์สมชาย ตั้งสุภาชัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมาที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอขอบคุณนักพัฒนาชุมชน อำเภอสำโรงทาบทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำด้านวิชาการในครั้งนี้เป็นอย่างดีทุกท่าน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสำโรงทาบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรงทาบ สถานีอนามัยหมื่นศรีทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้วิจัยร่วมในพื้นที่และชาวบ้านหมื่นศรีใหญ่ทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลและร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

บรรณานุกรม

1. กรรณิกา ชมดี. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจศึกษา เฉพาะกรณีโครงการสารภีตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2534.
2. กองโรคเรื้อน. การดำเนินงานโรคเรื้อนในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 และทิศทางการดำเนินงานในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่องการพัฒนางานควบคุมโรคเรื้อนระดับจังหวัดและระดับอำเภอให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี : กองโรคเรื้อนกรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543.

3. กัญญรัตน์ อินตายวง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์: กรณีศึกษาเปรียบเทียบชุมชน 3 แห่งของภาคเหนือตอนบน (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
4. ทัตติยา มานิจสิน. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2534.
5. ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ . กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา; 2543.
6. เนตรนภา คู่พันทวี. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 1 (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
7. บัญชร แก้วส่อง และคณะ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต : กรณีศึกษาการร่างรัฐธรรมนูญในระดับจังหวัด. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.
8. ประสิทธิ์ ลีระพันธุ์. "พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน : ศึกษาเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยรักษาที่บ้าน, วารสารโรคติดต่อ 2532: 15(2) : 181-201.
9. สถาบันราชประชาสมาสัย. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์การศาสนา; 2547.

นิพนธ์ต้นฉบับ Original article

การประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติงานประจำปี ศึกษากรณี โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อน ตามแนวพระราชดำรัส สถาบันราชประชาสมาสัย

Evaluation of the Improvement of Quality of Life of Disabled Leprosy Patients Royal Project, Raj Pracha Samasai Institute

นารี สุรชีวะ วท.ม.
สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค

Naree Surachewa, M.Sc
Raj Pracha Samasai Institute
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติงานประจำปี ศึกษากรณี โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำรัส สถาบันราชประชาสมาสัย มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินผลปัจจัยนำเข้าการดำเนินงานโครงการ (2) ประเมินผลกระบวนการดำเนินงานโครงการ (3) ประเมินผลผลิตที่ได้จากโครงการและ (4) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของโครงการ

ผลการศึกษา พบว่า

1) ปัจจัยนำเข้าโครงการ ด้านรายละเอียดของโครงการ ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการ และด้านสถานที่ดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก ส่วนการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการก่อนเริ่มโครงการ อยู่ในระดับปานกลาง

2) กระบวนการโครงการ ด้านการวางแผนงาน ด้านขั้นตอนการดำเนินงาน การกำหนดระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม ด้านการประเมินผล อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการติดตามงานและการประเมินถูกนำไปเป็นแนวทางปรับปรุงการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง

3) ผลผลิตของโครงการ ด้านความพึงพอใจในการรับบริการ ด้านสภาวะสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่มีความเป็นมิตร อยู่ในระดับมาก ด้านสภาวะสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมากที่สุด แต่การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น อยู่ในระดับมาก

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโครงการ พบว่า

1) ด้านปัจจัยนำเข้าโครงการ ขาดความรู้ ความเข้าใจในการเขียนรายละเอียดโครงการ ทำให้การชี้แจงเหตุผลความจำเป็นของการจัดทำโครงการไม่เพียงพอ ขาดการสื่อสารสร้างความเข้าใจ

และขาดการประสานงานที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่โครงการและเจ้าหน้าที่ประจำนิคม ขาดการประชาสัมพันธ์ที่ดี

2) ด้านกระบวนการโครงการ ขาดการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติ การดำเนินงานไม่เป็นไปตามขั้นตอน ส่งผลต่อการดำเนินการตามแผนและขั้นตอนการทำงานที่เปลี่ยนไป

3) ด้านผลผลิตของโครงการ ผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนบางนิคม ยังไม่ได้รับการประชาสัมพันธ์การมาให้บริการของโครงการและผู้ป่วยที่มารับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายของโครงการ การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและตัวผู้ป่วยยังสับสนไม่ชัดเจน

Abstract

This is the annual evaluation of the improvement of quality of life of disabled leprosy patients royal project , Raj Pracha Samasai Institute. The objectives are ; 1. to evaluate inputs 2. to evaluate process, 3. to evaluate outputs, and 4. to study problems found from the project.

The results show that ;

1. Evaluation of inputs :details of the project are good, rationales are moderate, budgets are good, materials are good, personels are good and places are also good.

2. Evaluation of process : planning is good, process is good, monitoring is moderate, timing of each activity is good, coordination is good, evaluation is good, and application of the evaluation is moderate.

3. Evaluation of outputs : service satisfaction is excellent, officer satisfaction is good, health status is excellent, community environment is excellent, and quality of life overall is also excellent, but having more money to spend is good.

Problems discovering from the project ;

1. Inputs. Lack of knowledge and understanding in proposal writing leads to poor rationale and decreased budget. Unclear roles of officer result in poor intercommunication between central and peripheral level officers, together with inadequate public information.

2. Process. Insufficient meeting between officers results in poor progress, frequent changes of, the process and activities, confusion and poor intercommunication.

3. Outputs. Insufficient information to patients in some colonies results so that the mobile team serves people outside the target population.,poor intercommunication between officers and patients.

1. บทนำ

กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการบริหารแบบมุ่งเน้นผลผลิตและผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ โดยหลักการสำคัญของความสำเร็จต้องอาศัยกระบวนการถ่ายทอดเป้าหมายผลผลิตของกรมควบคุมโรคไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องจัดระบบในการติดตาม ควบคุม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงานตามภารกิจและการใช้จ่ายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหน้าที่ของทุกส่วนราชการที่จะต้องบริหารราชการให้บรรลุเป้าหมาย สามารถนำบริการสุขภาพที่ดีมีคุณภาพไปสู่ประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐและต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ

การดำเนินงานเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ กระบวนการหนึ่งคือการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานขององค์กร โดยอาจจะกำหนดขึ้นในรูปของแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารโครงการเข้ามาช่วยให้การดำเนินงานในโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ การบริหารโครงการเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย การวางแผน การจัดสรรทรัพยากร การปฏิบัติงานตามแผน การกำกับติดตาม และขั้นตอนที่สำคัญคือการประเมินผล โดยอาจประเมินได้ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ของโครงการ

สถาบันราชประชาสมาสัยเป็นหน่วยงานที่มีวิธีการบริหารโดยการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และจัดการดำเนินงานในรูปแบบโครงการเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ของสถาบันฯ โดยมีการจัดทำโครงการหลายๆ โครงการ รวมเป็นแผนปฏิบัติงานประจำปี การประเมินผลโครงการ จึงมีความจำเป็นอย่างมาก เพราะเป็นเครื่องมือตรวจสอบว่าการดำเนินงานโครงการได้บรรลุเป้าหมายหรือไม่เพียงใด และส่งผลสำเร็จไปยังยุทธศาสตร์ขององค์กรอย่างไร

สถาบันราชประชาสมาสัย ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวในชุมชนให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงและสิ่งแวดล้อมที่ดีตามแนวนโยบายเมืองไทยแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขมีจุดมุ่งหมาย และมีคุณค่าในสังคม ซึ่งการพัฒนาชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน การค้นหาและรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย ได้ดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถบรรลุเป้าหมายในการควบคุมโรค แต่ปัญหาที่สำคัญและท้าทายในอนาคตคือการดูแลและฟื้นฟูสภาพหลังการรักษา โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพทางสังคมและจิตใจ ทำอย่างไรผู้ที่ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจึงจะมีชีวิตความเป็นอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุขตามอัตภาพเหมือนคนทั่วไป ตามแนวคิดการพัฒนาแบบองค์รวมโดยมี "คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา" ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และหลัก "ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง" ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ต่อเนื่องถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (2550 - 2554) ซึ่งมุ่งพัฒนาสู่ "สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน" ซึ่งสถาบันราชประชาสมาสัยได้ดำเนินงานพัฒนาชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ดังนั้น ในการศึกษาการประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติงานประจำปี ผู้วิจัยได้เลือกโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวทางพระราชดำรัส มาใช้เป็นกรณีศึกษา เนื่องจากภารกิจหลักของสถาบันคือ การให้การตรวจรักษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อนตามกระแสพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ให้ก่อตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านผู้ป่วยโรคเรื้อนและเป็นโครงการที่ยึดหลักการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ช่วยกันฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เป็นชุมชนที่เข้มแข็ง สามารถพึ่งพาตนเองได้ด้วยหลักการของเศรษฐกิจพอเพียง

เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลเนื่องในปีมหามงคลทรงเจริญพระชนมายุครบ 80 พรรษาในปี พ.ศ.2550

การประเมินผลการดำเนินโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวทางพระราชดำรัส ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินผลโครงการตามแนวคิด system model โดยการประเมินทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และความสำเร็จของโครงการ เพื่อนำผลการประเมินมาใช้กำหนดแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนางานส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้พิการจากโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน อีกทั้งเป็นการประเมินผลโครงการนำร่อง ในแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ 2550 เพื่อให้สามารถติดตาม ควบคุม กำกับการดำเนินงานและการปรับปรุงแก้ไข สำหรับดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนในปีงบประมาณ 2551 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ได้รับความพิการจากโรคเรื้อนต่อไป

2. วัตถุประสงค์

1) เพื่อประเมินผลปัจจัยนำเข้าการดำเนินงานโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวทางพระราชดำรัส สถาบันราชประชาสมาสัย

2) เพื่อประเมินผลกระบวนการดำเนินงานโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวทางพระราชดำรัส สถาบันราชประชาสมาสัย

3) เพื่อประเมินผลผลิตที่ได้จากโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวทางพระราชดำรัส สถาบันราชประชาสมาสัย

4) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ของโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวทางพระราชดำรัส สถาบันราชประชาสมาสัย

3. ขอบเขตของการประเมินผล

1) การประเมินผลปัจจัยนำเข้าของโครงการ (Input Evaluation) ได้แก่ รายละเอียดของโครงการ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการ และสถานที่ดำเนินงาน

2) การประเมินผลกระบวนการดำเนินงานโครงการ (process evaluation) ได้แก่ การวางแผนงาน ขั้นตอนการดำเนินงาน การติดตามงาน การประสานงาน และการประเมินผล

3) การประเมินผลผลิตของโครงการ (output evaluation) ได้แก่ ความพึงพอใจในการรับบริการ สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อน สภาพแวดล้อมในชุมชน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ทราบถึงสภาพความเหมาะสม สอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวทางพระราชดำรัส สถาบันราชประชาสมาสัย

2) ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวทางพระราชดำรัส สถาบันราชประชาสมาสัย

3) ใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และดำเนินการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบกิจกรรมสำหรับการดำเนินโครงการครั้งต่อไป

4) เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแนวทางการประเมินผลโครงการอื่นๆ ในแผนปฏิบัติงานประจำปีอย่างมีประสิทธิภาพ

5. กรอบการประเมินผลและระเบียบวิธีการศึกษา

กรอบแนวคิดการประเมินผล

ใช้กรอบการประเมินตามตัวแบบ system model ซึ่งประกอบด้วยการประเมินผล 3 ส่วน คือ

1) การประเมินผลปัจจัยนำเข้าของโครงการ (input evaluation) โดยศึกษาความเหมาะสมของปัจจัยนำเข้าในการดำเนินโครงการ ได้แก่ รายละเอียดของโครงการ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการ และสถานที่ดำเนินงาน

2) การประเมินผลกระบวนการดำเนินงานโครงการ (process evaluation) โดยศึกษากระบวนการบริหารงานในโครงการ ได้แก่ การวางแผนงาน ขั้นตอนการดำเนินงาน การติดตามงาน การประสานงาน และการประเมินผล

3) การประเมินผลผลิตของโครงการ (output evaluation) โดยศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ ได้แก่ ความพึงพอใจในการรับบริการ สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อน สภาพแวดล้อมในชุมชนผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อน

กำหนดกรอบแนวคิดการประเมินผลทั้ง 3 ส่วนดังกล่าวแสดงได้ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติงานประจำปี ศึกษากรณี โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวทางพระราชดำรัส สถาบันราชประชาสมาสัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ทำการศึกษาจำนวน 2 กลุ่ม คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการ ประกอบด้วย หัวหน้า/ผู้รับผิดชอบโครงการ คณะกรรมการที่ดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม รวมทั้งสิ้น 50 คน โดยผู้วิจัยจะประเมินผล ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการดำเนินงานโครงการจากประชากรกลุ่มนี้ทั้งหมด และผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ ประกอบด้วย ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย นิคม 12 แห่ง หมู่บ้าน 2 แห่ง และ ศูนย์โรคเรื้อนเขต 1 ศูนย์ รวมทั้งสิ้น 3,949 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลผลิตของโครงการจากผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ คือ ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

นิคม 12 แห่ง หมู่บ้าน 2 แห่ง และ ศูนย์โรคเรื้อนเขต 1 ศูนย์ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้นภูมิ (stratified random sampling) ด้วยการจัดแบ่งประชากรเป็นกลุ่มย่อยตามนิคม แล้วเลือกสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (proportional) ในแต่ละนิคม จากนั้นจึงใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple r andom sampling) โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 363 คน แบ่งเป็นชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 107 คน, นิคม 12 แห่ง รวมจำนวน 231 คน, หมู่บ้าน 2 แห่ง รวมจำนวน 23 คน, และศูนย์โรคเรื้อน 1 ศูนย์ จำนวน 2 คน

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาหลักๆ คือ การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการ ได้แก่ เอกสารโครงการ รายละเอียดเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน งบประมาณรายรับ-รายจ่าย แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการประเมินโครงการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของโครงการ และการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยศึกษาข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบเก็บข้อมูลการประเมินผลโครงการ ซึ่งได้ข้อมูลการประเมินผลปัจจัยนำเข้าและกระบวนการจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการ และข้อมูลการประเมินผลผลิตจากผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อน

ในการประเมินผลปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของโครงการ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 5.00 - 4.21 หมายถึง มีมากที่สุด

4 คะแนน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.20 - 3.41 หมายถึง มีมาก

3 คะแนน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.40 - 2.61 หมายถึง มีปานกลาง

2 คะแนน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.60 - 1.81 หมายถึง มีน้อย

1 คะแนน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.80 - 1.00 หมายถึง มีน้อยที่สุด

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแปลผลข้อมูลจากแบบสอบถามที่รวบรวมได้ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติพื้นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการ 50 คน และกลุ่มผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนที่เข้าร่วมโครงการ 363 คน โดยลักษณะทั่วไปของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมีอายุระหว่าง 46 - 50 ปี และ 31 - 35 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีวิชาชีพเป็นพยาบาล เกือบทั้งหมดเป็นผู้ปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม ส่วนลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนที่เข้าร่วมโครงการ มีสัดส่วนระหว่างเพศหญิง และเพศชายใกล้เคียงกัน มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี และ 61 - 70 ปี ใกล้เคียงกัน สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถม 4 สภาพที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นอาคารสงเคราะห์/แฟลต จำนวนสมาชิกในบ้านส่วนใหญ่อยู่กัน 2 - 4 คน

ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าโครงการ

ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการจำนวน 50 คน โดยประเมินปัจจัยนำเข้าด้านรายละเอียดของโครงการ ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน

โครงการ และด้านสถานที่ดำเนินงาน ได้ผลการประเมินดังตารางที่ 1

ระดับของผลการประเมินปัจจัยนำเข้าโครงการ ในด้านรายละเอียดของโครงการ ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.54) แบ่งเป็น รายละเอียดของโครงการมีความชัดเจนในระดับมาก (Mean = 3.58) การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการก่อนเริ่มโครงการ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.32) การจัดทำแผนงานในโครงการชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.62) การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มดำเนินการ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.68) และรายละเอียดโครงการสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.50)

ด้านงบประมาณ ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.71) แบ่งเป็น งบประมาณที่ได้รับเพียงพอสำหรับการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.66) ผู้รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณชัดเจน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.78) และรายละเอียดในการใช้จ่ายต่างๆ ชัดเจน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.68)

ด้านวัสดุอุปกรณ์ ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.67) แบ่งเป็น วัสดุอุปกรณ์เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.80) วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.66) วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานทันสมัย อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.62) และผู้รับผิดชอบในการจัดซื้อ/จัดหาอุปกรณ์ชัดเจน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.62)

ด้านเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการ ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.67) แบ่งเป็น เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.72) เจ้าหน้าที่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.50) และการแบ่งงานกันทำตามความสามารถ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.78)

ตารางที่ 1 ระดับของผลการประเมินปัจจัยนำเข้าโครงการ

ปัจจัยนำเข้าของโครงการ	Mean	S.D.	ระดับผลการประเมิน
1. รายละเอียดของโครงการ	3.54	0.704	มีมาก
1) รายละเอียดของโครงการชัดเจน	3.58	0.835	มีมาก
2) การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการก่อนเริ่มโครงการ	3.32	0.957	มีปานกลาง
3) การจัดทำแผนงานในโครงการชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้	3.62	0.780	มีมาก
4) การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มดำเนินการ	3.68	0.683	มีมาก
5) รายละเอียดโครงการสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม	3.50	0.814	มีมาก
2. งบประมาณ	3.71	0.533	มีมาก
1) งบประมาณที่ได้รับเพียงพอสำหรับการดำเนินงาน	3.66	0.626	มีมาก
2) ผู้รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณชัดเจน	3.78	0.648	มีมาก
3) รายละเอียดในการใช้จ่ายต่างๆ ชัดเจน	3.68	0.713	มีมาก

ตารางที่ 1 (ต่อ) ระดับของผลการประเมินปัจจัยนำเข้าโครงการ

ปัจจัยนำเข้าของโครงการ	Mean	S.D.	ระดับผลการประเมิน
3. วัสดุอุปกรณ์	3.67	0.420	มีมาก
1) วัสดุอุปกรณ์เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน	3.80	0.606	มีมาก
2) วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานมีความเหมาะสม	3.66	0.557	มีมาก
3) วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานมีความทันสมัย	3.62	0.490	มีมาก
4) ผู้รับผิดชอบในการจัดซื้อ/จัดหาอุปกรณ์ชัดเจน	3.62	0.567	มีมาก
4. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการ	3.67	0.504	มีมาก
1) เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน	3.72	0.701	มีมาก
2) เจ้าหน้าที่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน	3.50	0.614	มีมาก
3) การแบ่งงานกันทำตามความสามารถ	3.78	0.507	มีมาก
5. สถานที่ดำเนินงาน	3.55	0.493	มีมาก
1) สถานที่ดำเนินงานมีความเหมาะสม	3.66	0.593	มีมาก
2) สถานที่ดำเนินงานมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย	3.42	0.642	มีมาก
3) สถานที่ดำเนินงานมีความสะดวก	3.58	0.609	มีมาก

ด้านสถานที่ดำเนินงาน ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.55) แบ่งเป็นสถานที่ดำเนินงานมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.66) สถานที่ดำเนินงานมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.42) และสถานที่ดำเนินงานมีความสะดวก อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.58)

ผลการประเมินกระบวนการโครงการ

ผลการประเมินกระบวนการของโครงการที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการจำนวน 50 คน โดยประเมินกระบวนการด้านการวางแผนงาน ด้านขั้นตอนการดำเนินงาน ด้านการติดตามงาน ด้านการประสานงาน และด้านการประเมินผล ได้ผลการประเมินดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับของผลการประเมินกระบวนการโครงการ

กระบวนการดำเนินงาน	Mean	S.D.	ระดับผลการประเมิน
1. การวางแผนงาน	3.68	0.598	มีมาก
1) การศึกษาปัญหาต่างๆ ก่อนเริ่มดำเนินงาน	3.56	0.733	มีมาก
2) แผนการดำเนินงานก่อนเริ่มโครงการ	3.60	0.700	มีมาก
3) การเตรียมความพร้อมของการปฏิบัติงานในโครงการ	3.70	0.763	มีมาก
4) การดำเนินงานโครงการเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้	3.74	0.751	มีมาก
5) การกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานชัดเจน	3.78	0.708	มีมาก
2. ขั้นตอนการดำเนินงาน	3.68	0.524	มีมาก
1) การแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม	3.68	0.768	มีมาก
2) การมอบหมายงานพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์	3.70	0.763	มีมาก
3) การปฏิบัติงานในโครงการตรงตามขั้นตอนที่กำหนดไว้	3.72	0.671	มีมาก
4) การแบ่งช่วงเวลาในการดำเนินงานชัดเจน	3.60	0.606	มีมาก
5) ผู้รับผิดชอบดูแลการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนชัดเจน	3.70	0.647	มีมาก
3. การติดตามงาน	3.39	0.657	มีปานกลาง
1) การติดตามการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน	3.38	0.753	มีปานกลาง
2) การกำหนดระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม	3.42	0.673	มีมาก
3) การปรับปรุงแก้ไขปัญหาทันทีที่มีปัญหาเกิดขึ้น	3.36	0.851	มีปานกลาง
4) การแจ้งข่าวสารผลการติดตามงานให้ทราบ	3.40	0.808	มีปานกลาง
4. การประสานงาน	3.55	0.598	มีมาก
1) ผู้ประสานงานหลักของโครงการชัดเจน	3.64	0.663	มีมาก
2) การแบ่งอำนาจการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน	3.62	0.697	มีมาก
3) การประสานงานอย่างต่อเนื่องในแต่ละกิจกรรม	3.54	0.706	มีมาก
4) การประสานงานอย่างต่อเนื่องกับหน่วยงานภายนอก	3.42	0.731	มีมาก
5. การประเมินผล	3.45	0.718	มีมาก
1) ผู้รับผิดชอบในการประเมินผลการดำเนินงานชัดเจน	3.56	0.675	มีมาก
2) การประเมินผลทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงาน	3.42	0.810	มีมาก
3) การสรุปและนำเสนอผลการประเมินให้ทราบ	3.44	0.861	มีมาก
4) ผลที่ได้จากการประเมินถูกนำไปเป็นแนวทางปรับปรุงการดำเนินงาน	3.38	0.901	มีปานกลาง

ด้านขั้นตอนการดำเนินงาน ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.68) แบ่งเป็นการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.68) การมอบหมายงานพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.70) การปฏิบัติงานในโครงการตรงตาม

ขั้นตอนที่กำหนดไว้ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.72) การแบ่งช่วงเวลาในการดำเนินงานชัดเจน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.60) และผู้รับผิดชอบดูแลการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนชัดเจน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.70)

ด้านการติดตามงาน ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.39) แบ่งเป็นการติดตามการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.38) การกำหนดระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.42) การปรับปรุงแก้ไขปัญหาทันทีที่มีปัญหาเกิดขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.36) และการแจ้งข่าวสารผลการติดตามงานให้ทราบ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.40)

ด้านการประสานงาน ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.55) แบ่งเป็นผู้ประสานงานหลักของโครงการชัดเจน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.64) การแบ่งอำนาจการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.62) การประสานงานอย่างต่อเนื่องในแต่ละกิจกรรม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.54) และการประสานงานอย่างต่อเนื่องกับหน่วยงานภายนอก อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.42)

ด้านการประเมินผล ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.45) แบ่งเป็น ผู้รับผิดชอบในการประเมินผลการดำเนินงานชัดเจน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.56) การประเมินผลทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.42) การสรุปและนำเสนอผลการประเมินให้ทราบ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.44) และผลที่ได้จากการประเมินถูกนำไปเป็นแนวทางปรับปรุงการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.38)

ผลการประเมินผลผลิตของโครงการ

ผลการประเมินผลผลิตของโครงการ ที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 363 คน โดยประเมินผลผลิตด้านความพึงพอใจในการรับบริการ ด้านสภาวะสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน และด้านคุณภาพชีวิต ได้ผลการประเมินดังตารางที่ 3

ระดับของผลการประเมินผลผลิตของโครงการในด้านความพึงพอใจในการรับบริการ ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.38) แบ่งเป็น การให้บริการตรวจรักษามีการประชาสัมพันธ์ทั่วถึงชุมชนที่อาศัยอยู่ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.46) สถานที่ให้บริการมีความสะดวกต่อการเดินทาง อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.34) การใช้เวลารอคอยก่อนตรวจรักษาไม่นาน อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.23) เจ้าหน้าที่มีความเป็นมิตร อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.20) ความมั่นใจต่อกระบวนการตรวจรักษา อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.44) และความเข้าใจคำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังตรวจรักษา อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.52)

ด้านสภาวะสุขภาพ ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.46) แบ่งเป็นปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยลดลง อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.48) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ลดลง อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.36) การออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.37) การนอนหลับดีขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.46) การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.55) และสุขภาพโดยรวมดีขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.56)

ตารางที่ 3 ระดับของผลการประเมินผลผลิตของโครงการ

ผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการ	Mean	S.D.	ระดับผลการประเมิน
1. ความพึงพอใจในการรับบริการ	4.38	0.648	มากที่สุด
1) การให้บริการตรวจรักษามีการประชาสัมพันธ์ทั่วถึงชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่	4.46	0.690	มากที่สุด
2) สถานที่ให้บริการมีความสะดวกต่อการเดินทางของท่าน	4.34	0.720	มากที่สุด
3) ท่านใช้เวลารอคอยก่อนตรวจรักษาไม่นาน	4.23	0.877	มากที่สุด
4) เจ้าหน้าที่มีความเป็นมิตรต่อท่าน	4.20	0.876	มาก
5) ท่านมั่นใจต่อกระบวนการตรวจรักษา	4.44	0.720	มากที่สุด
6) ท่านเข้าใจคำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังตรวจรักษา	4.52	0.662	มากที่สุด
2. สภาวะสุขภาพ	4.46	0.626	มากที่สุด
1) ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยลดลง	4.48	0.741	มากที่สุด
2) ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ลดลง	4.36	0.853	มากที่สุด
3) ท่านมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น	4.37	0.812	มากที่สุด
4) การนอนหลับของท่านดีขึ้น	4.46	0.765	มากที่สุด
5) ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น	4.55	0.697	มากที่สุด
6) สุขภาพของท่านโดยรวมดีขึ้น	4.56	0.663	มากที่สุด
3. สภาพแวดล้อมในชุมชน	4.53	0.572	มากที่สุด
1) สัตว์พาหะนำโรคในที่อยู่อาศัยของท่านลดลง	4.39	0.861	มากที่สุด
2) ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้านมากขึ้น	4.48	0.718	มากที่สุด
3) ที่อยู่อาศัยของท่านมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยมากขึ้น	4.50	0.687	มากที่สุด
4) สภาพแวดล้อมในชุมชนดีต่อสุขภาพของท่านมากขึ้น	4.52	0.702	มากที่สุด
5) ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนมากขึ้น	4.66	0.616	มากที่สุด
6) ท่านทำกิจกรรมรักษาความสะอาดที่อยู่อาศัยอย่างสม่ำเสมอ	4.61	0.649	มากที่สุด
4. คุณภาพชีวิต	4.43	0.593	มากที่สุด
1) ท่านพึงพอใจต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิตมากขึ้น	4.53	0.636	มากที่สุด
2) ท่านพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยในปัจจุบันมากขึ้น	4.47	0.674	มากที่สุด
3) ท่านมีกำลังสามารถที่จะทำงานต่างๆ ได้ดีขึ้น	4.44	0.723	มากที่สุด
4) ชีวิตของท่านมีความมั่นคงปลอดภัยมากขึ้น	4.36	0.814	มากที่สุด
5) ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากขึ้น	4.07	0.921	มาก
6) ท่านรับรู้ข่าวสารและความเป็นไปของสิ่งต่างๆ รอบตัวได้ดีขึ้น	4.47	0.722	มากที่สุด
7) ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด (อ่านหนังสือ ดูทีวี ท่องเที่ยว) มากขึ้น	4.53	0.718	มากที่สุด
8) ชีวิตความเป็นอยู่โดยรวมของท่านดีขึ้น	4.56	0.676	มากที่สุด

ด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.53) แบ่งเป็น สัตว์พาหะนำโรคในที่อยู่อาศัยลดลงอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.39) ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้านมากขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.48) ที่อยู่อาศัยมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยมากขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.50) สภาพแวดล้อมในชุมชนดีต่อสุขภาพมากขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.52) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนมากขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.66) และการทำกิจกรรมรักษาความสะอาดที่อยู่อาศัยอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.61)

ด้านคุณภาพชีวิต ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.43) แบ่งเป็น ความพึงพอใจต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิตมากขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.53) ความพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยในปัจจุบันมากขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.47) ความมีกำลังสามารถที่จะทำงานต่างๆ ได้ดีขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.44) ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยมากขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.36) การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากขึ้น อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.07) การรับรู้ข่าวสารและความเป็นไปของสิ่งต่างๆ รอบตัวได้ดีขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.47) การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด (อ่านหนังสือ ดูทีวี ท่องเที่ยว) มากขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.53) และชีวิตความเป็นอยู่โดยรวมดีขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.56)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโครงการ

1) ปัญหาและอุปสรรคด้านปัจจัยนำเข้าโครงการ พบว่า ในด้านรายละเอียดของโครงการเจ้าของโครงการ/กิจกรรมขาดความรู้ ความเข้าใจในการเขียนรายละเอียดโครงการ ทำให้การชี้แจงเหตุผลและความจำเป็นของการจัดทำโครงการ/กิจกรรมไม่เพียงพอ ส่งผลถึงการถูกตัดทอนงบประมาณดำเนินโครงการลง ส่วนด้านเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการพบว่า บทบาทของพยาบาลที่ต้องเข้าร่วมโครงการมีน้อย และมีบทบาทไม่ชัดเจน ทำให้ยากต่อการติดตามประเมินผลงาน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการ มีการสับเปลี่ยนตามตารางการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน ทำให้มีความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม ในกิจกรรมจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สถาบันฯ ที่ปฏิบัติงานในโครงการและเจ้าหน้าที่นิคมในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่แต่ละครั้ง

2) ปัญหาและอุปสรรคด้านกระบวนการโครงการ พบว่า การดำเนินงานโครงการในแต่ละครั้ง มักขาดการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติ การดำเนินงานจึงไม่เป็นไปตามขั้นตอน เจ้าของโครงการ/กิจกรรมมีการปรับรูปแบบการดำเนินงาน ส่งผลต่อการดำเนินการตามแผนหรือขั้นตอนการทำงานที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้ ผลจากการปรับปลี่ยนกำหนดการและกิจกรรมหลายครั้ง ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกิดความสับสนไม่ชัดเจน

3) ปัญหาและอุปสรรคด้านผลผลิตของโครงการ พบว่า ด้านผลผลิตของโครงการ ผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนบางนิคม ยังไม่ได้รับการประชาสัมพันธ์การมาให้บริการของโครงการ ผู้ป่วยที่มารับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายของโครงการ การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและตัวผู้ป่วยยังสับสน

สรุปผลการประเมินโครงการ

1) ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าโครงการ ปัจจัยนำเข้าในแต่ละด้านโดยรวมได้รับผลการประเมินในระดับที่มีมาก ทั้งรายละเอียดของตัวโครงการที่มีความชัดเจน จัดทำแผนงานได้ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้ มีการเตรียมพร้อมก่อนเริ่มดำเนินการและโครงการสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม งบประมาณที่ได้รับเพียงพอ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน

และมีรายละเอียดในการใช้จ่ายชัดเจน วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการมีความเพียงพอ เหมาะสม ทันสมัย และมีผู้รับผิดชอบในการจัดซื้อ/จัดหาที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการมีความรู้ความเข้าใจ มีจำนวนเพียงพอสำหรับปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม และมีการแบ่งงานกันทำ สถานที่ดำเนินงานเหมาะสม และมีความสะดวกต่อการปฏิบัติงาน ส่วนต้องปรับปรุง คือในการจัดทำรายละเอียดของโครงการยังมีการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการก่อนเริ่มโครงการอยู่ในระดับที่ดีปานกลาง ผู้รับผิดชอบโครงการจึงควรดำเนินการ สำรวจปัญหาและความต้องการจากกลุ่มเป้าหมายของโครงการให้มากขึ้น

2) ผลการประเมินกระบวนการโครงการ กระบวนการดำเนินงานของโครงการส่วนใหญ่ ซึ่งได้แก่ การวางแผนงาน ขั้นตอนการดำเนินงาน การประสานงาน และการประเมินผล ได้รับผลการประเมินในระดับที่ดีมาก มีเพียงกระบวนการในการติดตามงานที่ได้รับผลการประเมินในระดับที่มีปานกลาง ส่วนที่ต้องมีการปรับปรุง คือ ควรมีระบบและกระบวนการติดตามการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนที่มีประสิทธิภาพ ปรับปรุงแก้ไขปัญหาทันทีที่ปัญหาเกิดขึ้น และควรแจ้งข่าวสารผลการติดตามงานให้ผู้ปฏิบัติทราบด้วย หรือนำผลที่ได้เป็นแนวทางปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งต่อไป

3) ผลการประเมินผลผลิตของโครงการ กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนมีความพึงพอใจในการรับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่อยู่ในระดับมากที่สุด มีสภาวะทางสุขภาพในระดับดีมากที่สุด สภาพแวดล้อมในชุมชนที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับดีมากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมากที่สุด แต่ยังมีความพึงพอใจในการรับบริการจากเจ้าหน้าที่ที่มีความเป็นมิตรในระดับมาก สิ่งที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้นคือ พัฒนาความสามารถด้านมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนที่มารับบริการ นอกจากนี้ผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนยังมีปัญหาเรื่องการมีเงินไม่เพียงพอในการใช้จ่ายตามความจำเป็น ดังนั้นจึงควรหาแนวทางแก้ไขทางด้านเศรษฐกิจต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านปัจจัยนำเข้าโครงการ ด้านรายละเอียดของโครงการ ควรกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนและเจาะจงมากขึ้น ด้านเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานควรได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการจากเจ้าของโครงการ/กิจกรรมเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงาน และทำความเข้าใจขั้นตอนการทำงาน

2) ด้านกระบวนการโครงการ ด้านการวางแผน ควรมีการปรึกษาหารือถึงเหตุผลความจำเป็นในการจัดทำโครงการรูปแบบนี้ในแต่ละปี เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนไป และจัดทำแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้จริง ควรปรับปรุงงานการประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงทั้งเจ้าหน้าที่และกลุ่มเป้าหมาย ด้านการติดตามงาน มีกำหนดเวลาที่แน่นอน เช่น ทุกเดือน ทุก 3 เดือน แล้วแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบ ด้านการประสานงาน ควรจัดวางรูปแบบการประสานงานทั้งในแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ด้านการประเมินผล ควรประเมินผลในระดับกิจกรรมด้วย

3) ด้านผลผลิตของโครงการ ควรเพิ่มสิ่งจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายเห็นความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ ผู้รับผิดชอบในกิจกรรมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ควรให้ความสำคัญกับการตรวจรักษาผู้ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการก่อนผู้ป่วยทั่วไป และมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วย/พิการจากโรคเรื้อนให้มากขึ้น

บรรณานุกรม

1. กิติมา ปรีดีดิลก. ทฤษฎีการบริหารองค์การ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร; 2524.
2. จินตนา วรสายัณห์. ความพึงพอใจต่อสภาพ

แวดล้อมในนิคมโรคเรื้อน : ศึกษาเฉพาะกรณีนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2528.

3. ณรงค์ศักดิ์ ตะละภัฏ และคณะ. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : พรศิวะการพิมพ์ ; 2537.
4. ณัฐวดี แมนเมธี. การประเมินผลโครงการการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการรณรงค์โรคไข้เลือดออก (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2550.
5. ธีระ รามสูตและคณะ. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการราชประชาสมาสัย เฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ.2541-2542. นนทบุรี : มูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์และกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ; 2544.
6. ประสิทธิ์ ตงยิ่งศิริ. การวิเคราะห์และการประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว ; 2540.
7. ประชุม รอดประเสริฐ, การบริหารโครงการ. กรุงเทพฯ : เนติกุลการพิมพ์ ; 2535.
8. ปิยวดี ทองทั้งสาย, จิราภา ดวงวงษ์ และเดือนเพ็ญ บุญเปรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในสถานสงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัย. สมุทรปราการ : สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
9. พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ. แนวคิดทางรัฐประศาสนศาสตร์ : ความหมาย การวัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เสมาธรรม ; 2540.
10. เนตรนภา คู่พันธวี. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2536.
11. นิพนธ์ คันธเสวี. ภาวะสังคมไทยในคุณภาพชีวิตกับสังคมไทยในการประชุมสัมมนาระดับชาติ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2528.
12. นิศา ชูโต. การประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2526.
13. นิศา ชูโต. การประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : พีเอ็น การพิมพ์ ; 2538.
14. เมศิณี พละพันธุ์. การประเมินผลโครงการส่งเสริมอาชีพการทำขนมของเยาวชน ศึกษากรณี โรงเรียนสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ; 2545.
15. วินิต ทรงประทุม. กระบวนการและวงจรการบริหารโครงการ. กรุงเทพฯ : สำนักฝึกอบรม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ; 2536.
16. สมกิจ กิจพูนวงศ์. การวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของครูสังกัด กรุงเทพมหานคร. (ปริญญานิพนธ์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ; 2539.
17. สมพงษ์ เกษมสิน. การบริหาร. พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2513.
18. สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และคณะ. การประเมินหลักสูตรครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา. รายงานการประเมินผล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2528.
19. สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการพลเรือน. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาการศึกษาและสังคม คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2540.
20. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. การประเมินผล

โครงการ : หลักการและการประยุกต์ (Project evaluation : principles and applications). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เลี่ยงเชียง ; 2541.

21. สุธน โพธิเอี่ยม. สภาพแวดล้อมการทำงานและคุณภาพชีวิตของแรงงานอุตสาหกรรมขนาดย่อม ศึกษากรณีอุตสาหกรรมย่อยหลักในเขต กทม. (วิทยานิพนธ์).กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยเกริก ; 2538.
22. สุวิมล ติรกานันท์. การประเมินโครงการ : แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2543.
23. อนันต์ เกตุวงศ์. หลักและเทคนิคการ วางแผน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2534.
24. อารักษ์ สุขสวัสดิ์. เปรียบเทียบความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตระหว่างคนงานในโรงงานกับประชาชนในอำเภอแกลง จ.ระยอง (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2545.
25. อุทัย หิรัญโต. การบริหารประยุกต์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์ ; 2532.
26. McComick, Ernest J. and Daniel, Ilgen R. Industrial Psychology. 7th ed. Englewood. New Jersey : Prentice-Hall Inc ; 1980.
27. Millett, John D. Management in the Public Service : The Best for Effective Performance. New York : Mc-Graw Hill Book Co. Inc ; 1954.
28. Penchansky, Roy and Tomas, William J. The Concept of Access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Medication Care 1981 ; 66-7.
29. Vroom, Victor H. Work and Motivation. New York : John Willey and Son. Inc ; 1964.
30. Wolman, Benjamin B. Dictionary of Behavioral Science. New York : Van Nostrand : Reinhold Company ; 1973.
31. Yamane, Taro Statistics : An Introductory Analysis. 3rd ed. New York : Harper & Row ; 1973.

ย่อเอกสาร

A Scale to Assess the Severity of Leprosy Reactions

Brakel WH, Van Nicholls PG, Lockwood DNJ, Rao PJS, Smith WCS. Lepr Rev 2007; 78(2): 161-4.

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของ ILEP nerve function impairment and reaction (INFIR) cohort study ในอินเดีย เพื่อติดตามศึกษาสภาวะคลินิกและการเปลี่ยนแปลงของ nerve function ของโรคเห่อในโรคเรื้อน ชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดยการทดลองเบื้องต้นใช้การตรวจสอบข้อมูล 21 รายการตาม scale ของความรุนแรงของโรคเห่อ เช่น อาการแสดงทางผิวหนัง ไข้ อาการบวมและเส้นประสาทอักเสบรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของ sensory และ motor function ของเส้นประสาทส่วนปลาย ซึ่งตรวจโดยใช้ monofilaments (200 mg, 2g, 4g,10g, และ 300g) รวมทั้งการทดสอบ voluntary muscle testing (VMT) ตามลำดับ การตรวจสอบสภาวะโรคเห่อ ครั้งแรกจากผู้ป่วยทั้งหมด 313 ราย ที่เลือกไว้ใน INFIR cohort study เพื่อติดตามตรวจสอบ scale reliability โดยใช้ Cronbach's alpha เพื่อวัด internal- reliability หรือ consistency ของ composite severity score ค่าของ - alpha อยู่ระหว่าง 0-1 โดยค่าที่ใกล้เคียงกับ 1 บ่งชี้ถึงการมี HIOH internal - agreement ของ different components การวิเคราะห์ได้ค้นพบปัจจัยหลักที่ช่วยอธิบายรายละเอียดของร้อยละ 45 ของ total variance และปัจจัยที่ช่วยอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมร้อยละ 26 ของ variation mean severity score ของผู้ป่วยแต่ละรายที่ไม่เกิดโรคเห่อเท่ากับ 0.88 (standard deviation 1.18) รายที่เกิด mild reactions เท่ากับ 0.86 (rd 1.14) รายที่เกิด moderate reaction เท่ากับ 4.1 (rd 2.90) และรายที่เกิด severe reaction เท่ากับ 8.5 (rd 4.91) โดยพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญเชิงสถิติใน severity scores ระหว่างกลุ่มดังกล่าว

ย่อโดยแพทย์หญิงกุลประภัสสร์ ไปรยายุตากูล สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ILEP Organizations Should Strive for High BCG Coverage in Communities at Risk of Leprosy

Velema JP,Ogbeiwi OI. Lepr Rev 2007;78 (2):88-101.

central thesis ของเรื่องนี้คือนโยบายด้านโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) ของการให้วัคซีนบีซีจี ในทารกแรกเกิด หรือในปีแรกของชีวิตส่งผลให้เกิด partial Protection ต่อโรคเรื้อน และ ILEP organizations ควรที่จะกระตุ้นบริการสาธารณสุขของรัฐบาลประเทศสมาชิกอย่างเข้มแข็งในการรักษาให้วัคซีนดังกล่าวมีความคลอบคุมที่สูงไว้ต่อไป

การทบทวนเอกสารจาก 12 case - control studies พบว่ามี mediam vaccine-efficacy ร้อยละ 63 (ร้อยละ 20-90) การศึกษา prospective studies 2 ในแห่ง และการทดลอง randomised community

trials 2 แห่ง พบว่ามี median efficacy ร้อยละ 70 (ร้อยละ 42-80) ระยะเวลาของการเกิด partial protective ดังกล่าวพบอย่างน้อยที่สุด 10-15 ปี ส่วนการศึกษาถึง long-term protective effect ของการให้วัคซีน BCG ในโรคเรื้อนยังไม่มีการศึกษา แต่ก็พบมีการทดลองหนึ่งแห่งที่สามารถพบว่า บีซีจี ช่วยลดอุบัติการณ์ของวัณโรคได้นานถึง 40 ปี ภายหลังการให้วัคซีนดังกล่าวจนถึงปัจจุบันเริ่มมีความเห็นพ้องที่เป็นเอกฉันท์ว่าการให้วัคซีน บีซีจี ทำให้เกิด upgrading-immune responses ต่อเชื้อโรคเรื้อน ซึ่งส่งผลให้สามารถเปลี่ยนจากชนิดเลโปรมาตัส เป็นชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์ของแต่ละปลายสุดของ Ridley-Jopling classification ได้และหรือแม้แต่สามารถช่วยให้ผู้ที่ติดเชื้อโรคเรื้อนยังคงอยู่ในระยะของ subclinical ต่อไป ในการวิเคราะห์ความครอบคลุมของ บีซีจี ในประเทศต่างๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า global mean coverage เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 88 ในปี 2546 และ abjolute number ของประเทศที่รายงานว่ามีความคลอบคลุมต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้ลดลงจาก 78 ประเทศใน 105 ประเทศในปี 2524 เป็น 32 จาก 157 ประเทศ ในปี 2546 และยังพบด้วยว่า 20 ประเทศจาก 53 ประเทศในทวีฟอัฟริกาได้รายงานความคลอบคลุมของ บีซีจี ที่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ในปี 2546 ขณะที่พบอัตราคลอบคลุมต่ำกว่าใน 5 ประเทศจาก 38 ประเทศในทวีปเอเชียและพบใน 5 ของ13 ประเทศ ใน Oceania และ 2 ใน 27 ประเทศ ในอเมริกากลางและอเมริกาใต้ เมื่อเปรียบเทียบจากรายงานที่เป็นทางการของการคลอบคลุมของ บีซีจี ของประเทศต่างๆ เพื่อประมาณการณ์ความคลอบคลุมจากการสำรวจพิเศษได้แสดงชัดเจนว่าตัวเลขระดับชาติไม่ละเอียดเพียงพอที่จะสะท้อนสถานการณ์ที่เป็นจริง โดยทั่วไปการคลอบคลุมประชากรในเขตชนบทจะต่ำกว่าในเขตเมืองและครัวเรือนในย่านชุมชนแออัดจะมีการคลอบคลุมต่ำกว่าที่มิใช่แหล่งชุมชนแออัด พื้นที่ห่างไกลที่ประชากรไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทันสมัยรวมทั้งแหล่งที่เป็น pockets ที่มีความคลอบคลุมของ บีซีจี ต่ำยังพบมีอยู่ในประเทศที่มีโรคเรื้อนชุกชุมและมี ILEP organizations ที่เข็มแข็ง ดังนั้น ILEP oranizations จึงน่าจะสร้างผลกระทบโดยมีเพียงจากการเข้าไปเกี่ยวข้องในงานให้วัคซีนโดยตรง แต่โดยการช่วยกำกับดูแลความคลอบคลุมของ บีซีจี และช่วยสร้างความตื่นตัวและความเข็มแข็งของการให้บริการอนามัยแม่และเด็กในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อนในเด็กจนถึงอายุ 15 ปี ได้ รวมทั้งการให้ประโยชน์ด้านอื่นๆอีกมากต่อมารดาและเด็กที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนช่วยมีส่วนสำคัญต่อการคุ้มกันมิให้เกิดโรคเรื้อนจากผลของ บีซีจี นานตลอดชีวิต ถ้าสามารถเพิ่มความคลอบคลุมของ บีซีจี ให้สูงอย่างสม่ำเสมอจากมาตรการของกลยุทธ์ปกติของการค้นหาผู้เป็นโรคเรื้อนให้พบแต่เนิ่นๆ และการรักษาด้วยยา MDT ให้ครบซึ่งจะช่วยส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์ของโรคเรื้อนในปีต่อไป

ย่อโดย แพทย์หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์ สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

Incidence of Leprosy in Agra District

Anil Kumar Anita Girdhar, Girdhar BK. Lepr Rev 2007; 78(2): 131 - 6.

การศึกษาครั้งนี้ได้ประมาณการณ์อุบัติการณ์ของโรคเรื้อนในผู้สัมผัสในครอบครัวผู้ป่วย (familial contacts: FC) และผู้ที่มิได้เป็นผู้สัมผัสในครอบครัว (non - familial contacts: NFC) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนในอำเภอ Agra ของอินเดียซึ่งมีโรคเรื้อนชุกชุมสูง โดยครอบคลุมผู้สัมผัสดังกล่าวรวม 42,113 รายผู้ได้รับการติดตามรวม 123,951.2 person years (PY) และระหว่างการติดตามได้ตรวจพบว่าเป็นโรคเรื้อน 77 ราย ด้วยอุบัติการณ์ 6.2 ต่อ 10,000 PY ในประชากรศึกษาทั้งหมดที่ปลอดจากโรคเรื้อน (total leprosy - free population: TLPS) incidence rate ใน NFCs พบในอัตรา 67.6 ต่อ 10,000 PY ในขณะที่ FCs มี incidence rate 67.6 ต่อ 10,000 PY ซึ่งสูงกว่า NFCs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (PC 0.001) incidence rate ใน FC ของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อน้อย (PB) พบในอัตรา 41.0 ต่อ 10,000 PY ขณะที่อัตราดังกล่าวในผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (MB) พบในอัตรา 131.3 ต่อ 10,000 PY (P< 0.05) การประยุกต์วิธี surviver analysis พบว่า incidence rate เมื่อสิ้นปีที่หนึ่งพบในอัตรา 4.0 ต่อ 10,000 PY โดยเพิ่มเป็น 12.0 ในสิ้นปีที่สอง และเพิ่มเป็น 18.0 ในสิ้นปีที่สามใน TLPS และยังพบว่า incidence rate เกือบจะคล้ายคลึงกันในปัจจัยด้านเพศและมี incidence rate เพิ่มสูงขึ้นในด้านอายุอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาโดยสรุปจึงบ่งชี้อย่างชัดเจนว่าโรคเรื้อนยังคงมีชุกชุมและการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในพื้นที่อำเภอ Agra ของอินเดีย

ย่อโดย ศิลธรรม เสริมฤทธิรงค์ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

A Review of the Trends in Leprosy New Case Detection Indian Village over 23 Years

Mohan Sunkad, Jha SK, Krishnamurthy P. Lepr Rev 2007; 78 (2): 171-2.

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคเรื้อนของ Claver Social Welfare Centre ตำบล Amda อำเภอ Saraikela - Kharaswan ของเมือง Jharhand ของอินเดีย ระหว่างมีนาคม 2549 โดยมุ่งเน้นศึกษาเฉพาะหมู่บ้าน Kudasingi แห่งเดียว พบว่าในระยะเวลานาน 23 ปี พบมีผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ได้รับการค้นพบและวินิจฉัยในหมู่บ้านนี้รวม 89 ราย โดยเป็นเด็ก 16 ราย และผู้รับยา 48 ราย เป็นเพศชาย แนวโน้มของการค้นพบผู้ป่วยใหม่พบว่าสูงขึ้นมากที่สุดในช่วงที่มีการเพิ่มความเข้มข้นของการค้นหาผู้ป่วย และการรณรงค์กำจัดโรคเรื้อน (leprosy elimination campaign: LEC) มีผู้ป่วย 70 รายที่ได้รับยา MDT ครบตามเกณฑ์การรักษาและผู้ป่วย 19 รายออกไปจากพื้นที่ควบคุมหรือเสียชีวิต และมีผู้ป่วย 2 รายเกิดการกลับเป็นซ้ำใหม่ (relapse) หลังหยุดยาแล้ว 10 ปี ผู้ป่วย 4 ราย ที่รับยาครบตามเกณฑ์แล้วยังคงมีความพิการระดับที่สองปรากฏอยู่เนื่องจากมาตรวจวินิจฉัยล่าช้า ผลการศึกษาครั้งนี้จึงบ่งชี้ว่ามีความจำเป็นจะต้องดำเนินการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องรวมทั้งรักษาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆของการดำเนินงานควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน

ย่อโดย วิจิตรา ธารีสุวรรณ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Leprosy Control in Thailand : Trends in Case Detection, 1065-2005.

World Health Organizaion. Weekly Epidemiological (record 2007; 82(30): 261-70.

รายงานข้อมูลดังกล่าวได้ระบุถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่ค้นพบแยกรายปีระหว่าง ปี 2508 - 2548 รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่แยกตามอายุ เพศและความพิการระดับ 2 ระหว่าง ปี 2527 - 2548 ในประเทศไทย โดยในปี 2508 ได้ค้นพบผู้ป่วย 4,951 ราย ด้วยอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ (case detection rate : CDR) 15.4 ต่อ ประชากร 1 แสน และจากปี 2514 - 2518 สามารถค้นหาผู้ป่วยใหม่ 1,100 - 1,800 ราย ด้วยอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่แยกรายปี (annual CDR) 3.2 - 4.1 ต่อ ประชากร 1 แสน หลังจากการลดต่ำของจำนวนผู้ป่วยใหม่ดังกล่าวพบว่าจำนวนผู้ป่วยใหม่กลับพบเพิ่มสูงขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยพบเพิ่มจำนวนสูงสุดเป็น 4,463 รายใน ปี 2524 (CDR 9.5 ต่อประชาชน 1 แสน) สำหรับสัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นชนิดเชื้อมาก (MB proportion) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44 ในปี 2527 เป็นร้อยละ 61 ในปี 2531 แต่กลับลดลงเหลือร้อยละ 35 ในปี 2532 ต่อมาจึงเพิ่มขึ้นตามลำดับนับแต่ปี 2532 และเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ระหว่างร้อยละ 64 และ 69 ระหว่างปี 2543-2548 ส่วนสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่พิการระดับ 2 ในผู้ป่วยใหม่ชนิดเชื้อมาก (MB) เปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ระหว่างร้อยละ 12-17 ระหว่างปี 2527-2548 ในด้านสัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กพบว่าลดลงจากที่เคย เกินร้อยละ 10 ในปี 2527 เป็นร้อยละ 5.51 ในปี 2537 หลังจากนั้นจึงเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ระหว่างร้อยละ 4-6 ในระหว่างปี 2538-2548 สัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นสตรีพบอยู่ระหว่างร้อยละ 36-40 ในรอบ 14 ปี สัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ที่พิการระดับ 2 กลับลดลงนับแต่ปี 2533 โดยขึ้นลงระหว่างร้อยละ 11-15 นอกจากในปี 2542 ที่ลดเหลือร้อยละ 10 กล่าวโดยสรุปการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย ได้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีอันเป็นผลมาจากการปรับปรุงการเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม (MDT) รวมทั้งการพัฒนาด้านสังคม เศรษฐกิจ ที่เพิ่มขึ้นอันมีผลนำไปสู่การปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้นของประชากรไทย ตลอดจนผลกระทบจากการครอบคลุมอัตราการได้รับวัคซีนบีซีจีในอัตราที่สูงตลอดมา

ย่อโดย นายแพทย์สมชาย รุ่งตระกูลชัย สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ท่านถาม - เราตอบ

คำถาม

อยากถามความเห็นของอาจารย์ธีระ รามสูต เรื่องการโอนนิคมโรคเรื้อนให้แก่องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ว่าถ้าโอนไปได้จริงแล้ว นอกจากจะได้งบประมาณจัดสรรจาก อบต. เองแล้ว มีความหวังว่าจะได้รับงบประมาณจากส่วนกลางอย่างไรหรือไม่เพียงไร

ผู้ดูแลสมาชิกนิคมแพร่งขาหยั่ง จันทบุรี

คำตอบ

เป็นคำถามเชิงสร้างสรรค์ที่ดี ที่ผู้ถามไม่ประสงค์จะออกนาม ผมคิดว่าการโอนดังกล่าวควรเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปทีละน้อย จนกว่าทั้งชุมชนแวดล้อม ตัวนิคมโรคเรื้อนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วย ผู้อาศัย และเจ้าหน้าที่ รวมทั้งตัว อบต.เองจะสามารถเตรียมความพร้อมและมีความพร้อมร่วมกัน ดังนั้น ในความคิดของผมระยะแรกของการโอนมอบให้ อบต.ใหม่ๆ (ถ้าโอนได้จริง !?) ทางสถาบันราชประชาสมาสัยและ สคร. ของกรมควบคุมโรคคงต้องช่วยดูแลประสานสนับสนุนทั้งทางวิชาการ ทางบริหารจัดการ และงบประมาณไปก่อน ส่วนงบประมาณจากส่วนกลาง นอกจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขแล้ว ผมทราบจากข้อมูลที่ค้นพบว่าในปีงบประมาณ 2549 องค์กรปกครองท้องถิ่น เช่น อบต. ฯลฯ ได้รับงบประมาณผ่านกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในหมวดเงินอุดหนุนเพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคม คือ

(1) เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนอาหารเสริม (นม)	6,499,299,400	บาท
(2) เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนอาหารกลางวัน	9,276,082,800	บาท
(3) เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนศูนย์เด็กเล็ก	3,710,139,000	บาท
(4) เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	142,800,000	บาท
(5) เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนศูนย์บริการทางสังคม	2,340,000	บาท
(6) เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนสถานสงเคราะห์คนชรา	55,269,500	บาท
(7) เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนการบำรุงรักษาด้านสิ่งแวดล้อม	298,435,500	บาท
(8) เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนการบริการสาธารณสุข	1,099,833,200	บาท
(9) เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนการจัดการศึกษาปฐมวัย	971,589,400	บาท
(10) เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนการจัดการศึกษาภาคบังคับ	9,368,299,600	บาท

ดังนั้นข้อมูลเหล่านี้คงเป็นคำตอบได้บ้าง โดยทาง อบต. สามารถใช้งบประมาณเหล่านี้รายการที่เกี่ยวข้องหรือใช้งบของ อบต. เองจากโครงการใหม่ๆ เพิ่มเติมได้เองหรือเสนอผ่านกรมส่งเสริมการปกครอง

ท้องถิ่น โดยการให้ข้อแนะนำจากสถาบันราชประชาสมาสัยและ สคร. กรมควบคุมโรค ดังตัวอย่างเช่น กรณีของ อบต.เมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ได้ตั้งงบประมาณสำหรับเบี้ยเลี้ยงซีพคนชราไว้ 360,000 บาท ต่อปี เป็นต้น

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต
บรรณาธิการ

คำถาม

ดิฉันได้เปลี่ยนงานจากโรคเรื้อนมาทำงานด้านโรคเอดส์ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น และได้ทราบจากผู้ติดเชื้อเอดส์ระดับฐานะและการศึกษาดีว่ามีเว็บไซต์แก้วไดอารี่ ที่เป็นสื่อที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ใช้ในการแลกเปลี่ยนทัศนะ และให้ความรู้ โดยเป็นที่พักพิงที่ดีของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่สังคมรังเกียจคล้ายๆ ผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน จึงอยากขอทราบความรู้และวิธีการของสื่อทันสมัยอันนี้ ถ้าจะนำมาทดลองใช้ในโรคเรื้อนและโรคเอดส์และเรื่องสุขภาพอื่นๆ ของ สคร.6 ขอนแก่นต่อไปได้ในระดับสื่อทันสมัยบ้าง

ศรีสุนทร โรจนวิภาต
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

คำตอบ

เป็นคำถามที่ดีทันสมัยมากแต่ยากสำหรับบรรณาธิการ ผู้เป็น ส.ว. (ผู้สูงวัย) ผู้เป็นคนรุ่นเก่าที่ล้าสมัยด้านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงได้แต่ค้นคว้าสอบถามผู้รู้และคงตอบคำถามได้เพียงคร่าวๆ เป็นเบื้องต้นเพราะไม่รู้จริงอย่างเรื่องของโรคเรื้อน ถ้าจะรู้รายละเอียดคงต้องติดต่อจากเว็บไซต์ดังกล่าวดูด้วยเท่าที่ได้ความรู้และข้อมูลมา รายการดังกล่าวเขาใช้กระดานข่าวในเว็บไซต์แก้วไดอารี่ คือ http://www.Kaewdiary.com เพื่อจัดรายการให้ความรู้ และการสนทนาเรื่องราวและประสบการณ์ที่ดีต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้รับข้อมูลแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์ต่อกันที่สะท้อนบนสื่ออินเตอร์เน็ตได้แบบปฏิสัมพันธ์กันได้ด้วย โดยสื่อทันสมัยสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ที่สามารถมีและใช้คอมพิวเตอร์ได้ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งสื่อมวลชนก็สามารถนำวาทกรรมและความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้องมาช่วยเผยแพร่ต่อให้กับสังคม เพื่อให้เกิดความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในเชิงสร้างสรรค์ต่อไป

ในทัศนะของผมคิดว่ายังสามารถขยายวง ในการใช้สื่อทันสมัยนี้ในเรื่องโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ อื่นๆ รวมทั้งใช้เป็นสื่อกลางของโครงการราชประชาสมาสัยเฉลิมพระเกียรติสำหรับบุตรผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ สคร.6 ขอนแก่น จึงเป็นความคิดสร้างสรรค์ทันสมัยดีมาก ขอส่งเสริมและยินดีช่วยประสานสนับสนุนต่อไป เพราะเว็บบอร์ดเหล่านี้น่าจะเป็นที่พึ่งพาที่ดีมากของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์และโรคเรื้อน เช่น บุตรผู้ป่วยโรคเอดส์ที่กำพร้าพ่อแม่และบุตรผู้ป่วยโรคเรื้อน ฯลฯ รวมทั้งผู้มี

ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่ สคร. ต้องทำงานช่วยเหลือและเกี่ยวข้อง โดยเป็นเสมือนชุมชนซึ่งเป็นที่พักพิงของบุคคลผู้ได้รับผลกระทบดังกล่าว ได้ระบายปัญหาและความทุกข์ร้อนและแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ขอคำแนะนำช่วยเหลือและให้กำลังใจจากผู้จัดรายการ การสอนให้มองโลกในแง่ดี เพื่อมีกำลังใจให้ต่อสู้ชีวิตไปอย่างไม่ท้อถอย และมีข้อมูลข่าวสารที่เป็นรูปธรรมและความรู้ที่ถูกต้องที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน รวมทั้งมีเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมโลกที่จะเป็นกำลังใจให้กันได้อีกมากมาย ฯลฯ

กล่าวโดยสรุปเว็บไซด์แก้ไดอารี่ หรือ www.kaewdiary.com เป็นเว็บไซด์ที่จัดทำโดยกลุ่มคนที่ติดเชื้อเอดส์และไม่ได้ติดเชื้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสถานที่พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ที่ไม่ติดเชื้อสามารถใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างปกติในสังคม เว็บไซด์นี้พัฒนามาจากกระทู้ของคุณแก้วในห้องสวนลุมพินี ของเว็บไซด์พันทิป หรือ www.pantyp.com/cafŒumpini โดยยังคงใช้รูปแบบของเว็บไซด์พันทิปมาเป็นต้นแบบเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยสำหรับผู้ที่ติดตามเรื่องราวของคุณแก้วมาตั้งแต่แรก ประกอบกับรูปแบบของเว็บไซด์พันทิปค่อนข้างจะเป็นสากลของเว็บไซด์ในลักษณะ bulletin board สำหรับคนไทย ทีมงานจัดทำเว็บไซด์แก้วไดอารี่จึงยังคงรูปแบบเดิมเป็นส่วนใหญ่สำหรับการเขียนกระทู้ไดอารี่ และการตั้งกระทู้ถาม-ตอบ เรื่องราวต่างๆ ตัวการ์ตูนที่แฝง สะท้อนเรื่องราวจริง ตัวอักษร ภาพ เสียงเพลง ฯลฯ ในหน้าแรกของเว็บไซด์ไดอารี่จะช่วยดึงดูดให้ผู้ชมเข้าเว็บไซด์รู้สึกประทับใจและเป็นหน้าหลักสำคัญที่เชื่อมต่อไปยังส่วนเนื้อหาอื่นๆ ทั้งหมดในเว็บไซด์แก้วไดอารี่อีก

นอกจากนั้นการใช้ภาษาที่ปรากฏในเว็บไซด์แก้วไดอารี่ การพูดคุย การตอบคำถามระหว่างสมาชิกโดยผ่านทางเว็บบอร์ดก็มีรูปแบบการใช้ภาษาที่ดีมาก เช่น

1. การเขียนเลียนแบบภาษาพูด
2. การใช้ถ้อยคำแสดงอารมณ์
3. การซ้ำข้อความหรือตัวอักษร เพื่อเน้นย้ำความหมาย
4. การใช้อักษรย่อ
5. การใช้ภาษาอังกฤษ
6. การใช้เครื่องหมาย เพื่อเน้นคำหรือข้อความ
7. การใช้ภาพหรือไอคอนแสดงอารมณ์ ความรู้สึก ฯลฯ

ผมจึงหวังว่าการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบที่ค้นคว้ามาได้บางส่วนเหล่านี้ คงพอตอบคำถามผู้ถามเพื่อศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมและทดลองเปิดเว็บไซด์แบบนี้ที่ สคร.6 ขอนแก่นต่อไป และขอให้กำลังใจมาด้วยครับ

ห้องสมุด สถาบันราชประชาสมาลัย

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณาธิการ

- แนวโน้มทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อนใน 30 จังหวัดชายแดนไทยในปี 2545-2550
- ผลกระทบของการก่อความไม่สงบต่อการค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนของโรงพยาบาลปัตตานี ปี 2542-2550
- สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัย ปี 2550
- ผลการพัฒนาหมู่บ้านอย่างมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของหมู่บ้านชาติพันธุ์ส่วย : กรณีศึกษาบ้านหมื่นศรีใหญ่ ตำบลหมื่นศรี อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์
- การประเมินผลโครงการตามแผนปฏิบัติงานประจำปีศึกษากรณี โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำรัส สถาบันราชประชาสมาสัย

email : rpsi_journal@hotmail.com

กระทรวงสาธารณะสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000