

วารสาร

สถาบันราชประชาสมาสัย

Journal of Raj Pracha Samasai Institute

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2546

Raj Pracha Samasai Institute, Department of Disease Control

Vol. 1 No. 3 September - December 2003

วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย

จัดทำโดย

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ความก้าวหน้าการดำเนินงานต่าง ๆ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเริ่ของสถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การเคลื่อนไหวและดำเนินงานของสถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเป็นสื่อและเวทีกลาง ในการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเพื่อการแสดงและแลกเปลี่ยนทัศนะ และความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ของสถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยงานตลอดจนชุมชน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

รองบรรณาธิการ

นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาววิจิตรา ธารีสุวรรณ

กองบรรณาธิการ

1. นายแพทย์สมชาย รุ่งตระกูลชัย
2. นายแพทย์ธีรศักดิ์ วงศ์ตรึงคพันธ์
3. นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน
4. นายแพทย์อัสนันท์ ชลพันธ์
5. นายแพทย์ทวิฤทธิ์ สิทธิเวคิน
6. นางสุดสวาท สุวรรณฤทธิ์
7. นางจินตนา วรสายัณห์
8. นางสาวนีย์ บำเพ็ญอยู่
9. นายสมเกียรติ มนาอุดมพร
10. นายสินชัย คเชนทร์

11. นางสาวเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์

ผู้จัดการ

นายสมศักดิ์ จิรโรจน์วัฒน์

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นายเรวัต วัฒนพานิช

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวอุไรพร ปิติเกื้อกูล
2. นางนฤมล ใจดี
3. นางวรรณภา รุ่มน่ม
4. นางอุ้นเรือน พินแพทย์
5. นางสาวกรรณต์ ภูพุก
6. นายทิวา สมหวัง
7. นางสาวประทุม สอนสหทอง
8. นางนารี สุรชีวะ
9. นางสาววาสนา ฤกษ์พัฒนาพร
10. นางสาวพิมลมาศ คล้ายมาลา
11. นางวัชรภรณ์ ปรีวัตร
12. นางปานจิตต์ เขียวภาษา

ฝ่ายศิลป์

1. นายวณา ศิริวัฒนพิเชษฐ์
2. นายยุทธนา พรหมสมบัติ

เจ้าของ

สถาบันราชประชาสมาสัย

สำนักงาน

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0 2588 3720-3 โทรสาร 0 2580 2403
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

โรงพิมพ์การศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนา
แห่งชาติ 314-316 ซอยบ้านบาตร ถนนบำรุงเมือง
เขตป้อมปราบ กรุงเทพฯ 10100
โทร. 0 2223 3351, 0 2223 5548 โทรสาร. 0 2221 0135

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

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

ประเภทของบทความ

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

การเตรียมต้นฉบับ

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

1. Title pages ให้พิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแต่ละภาษา ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง

1.2 ชื่อผู้พิมพ์ทุกท่าน ทั้งชื่อตัวและ ชื่อสกุล พร้อมทั้งคุณวุฒิ (สูงสุด)

1.3 สถานที่ทำงาน

2. บทคัดย่อ (Abstract) และคำสำคัญ (Key words)

2.1 บทคัดย่อ (Abstract) 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 ไม่เรียงตามตัวอักษรของผู้พิมพ์ การย่อชื่อวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

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

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

ถ้าเอกสารเป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อก่อนนามสกุลดังนี้

สมพนธ์ บุญยุคปต์. ไวรัสตับอักเสบบี : 3 ระบาดวิทยาและการเกิดพยาธิสภาพ. แพทยสมาคม 2518; 4 : 165-71.

5.2 ผู้พิมพ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน

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

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

หนังสือ

5.3 ผู้พิมพ์คนเดียว

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

5.4 ผู้พิมพ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน

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

5.5 ผู้พิมพ์หลายคน แต่มีบรรณาธิการ หรือหัวหน้าในการเขียนนั้น

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

5.6 อ้างเฉพาะบทใดบทหนึ่ง

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

5.7 รายงานของหน่วยงาน

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

เอกสารอื่น ๆ

5.8 บทความจากหนังสือพิมพ์รายวัน

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

5.9 บทความจากวารสารรายปักษ์ หรือวารสารรายเดือน

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

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

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 จะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้พิมพ์ จำนวน 5 ชุด และกองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ที่จะปรับแก้ไขต้นฉบับ ให้ถูกต้องและเหมาะสมตามคำแนะนำ และวัตถุประสงค์ของวารสารนี้

ความรับผิดชอบ

เนื้อหาบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสาร ถือเป็นความคิดเห็นของผู้พิมพ์เท่านั้น กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยหรือรับผิดชอบแต่ประการใด

บทบรรณาธิการ

“การพัฒนาของวารสารและสถาบันราชประชาสมาสัยสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้”

“วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย” นื่องใหม่ของวารสารการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยได้เปิดตัวมาเป็นฉบับที่ 3 ของปี 2546 ครบ 3 เล่มของปีตามกำหนดเบื้องต้นแล้ว แม้จะยังมีปัญหาความล่าช้าเหมือนการมารับการตรวจวินิจฉัยรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน แต่ก็ยังไม่มีความพิกار เพราะทีมบรรณาธิการยังเข้มแข็ง มุ่งมั่น และให้พันธสัญญา ที่จะร่วมกันผลักดันให้วารสารออกตามกำหนดในปี 2547 ต่อไป โดยมีเงื่อนไขว่าแพทย์และนักวิชาการของสถาบันราชประชาสมาสัยต้องช่วยกัน**สื่อข้อมูล**ในแต่ละแวดวงวิชาการและสหวิชาการและผู้ผลิต เพื่อนำผลงานวิชาการและการประยุกต์วิชาการรวมทั้งสรุป รายงาน ผลงาน และข่าวคราวความเคลื่อนไหว และการประชุมสัมมนาต่างๆ ฯลฯ ในงาน / โครงการต่างๆ ที่รับผิดชอบ และเกี่ยวข้องกับบูรณาการมาเผยแพร่ในเวทีของวารสารนี้อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้วารสารของสถาบันของเราที่เรามาภูมิใจในชื่อที่ได้รับพระราชทานและประวัติศาสตร์ที่สถาบันแห่งนี้ได้มีบทบาทสำคัญในวงการโรคเรื้อนที่เป็นตำนานและความเป็นสถาบันที่พวกเราควรจะพัฒนาและรักษาชื่อเสียงเกียรติคุณให้ยั่งยืนนาน สมดังพระราชดำริและพระราชปณิธานสืบต่อไป

สำหรับวารสารฉบับที่ 3 นี้ เริ่มมีสาระที่ครบครันด้วยนานาสาระและมีความหนามากขึ้น รวมทั้งมีความเกี่ยวโยงสัมพันธ์ความรู้ต่อการเรียนรู้และการนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ สมดังพระราชโองการสมเด็จพระบรมราชชนกที่ว่า “ความสำเร็จที่แท้จริงมิได้อยู่ที่การเรียนรู้อย่างเดียว แต่อยู่ที่การประยุกต์ความรู้ให้เป็นประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติ”

ข้อสังเกตอีกประการของบรรณาธิการจากนิพนธ์ต้นฉบับและบทความตามวิชาการต่างๆ ที่ปรากฏในวารสารเล่มก่อนและเล่มนี้จะเห็นได้ว่าผู้นิพนธ์ทั้งแพทย์และนักวิชาการของสถาบันล้วนผ่านการพัฒนาศึกษาอบรมได้คุณวุฒิระดับ board ผู้ชำนาญการและระดับปริญญาโทส่วนใหญ่ และปริญญาเอกหรือกำลังเรียนปริญญาเอกต่อไป สะท้อนความสำเร็จการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่น่าชื่นชม และน่าจะมีศักยภาพที่จะเสริมสร้างพัฒนาต่อไปให้เป็นบุคลากรแห่งการเรียนรู้และองค์กรแห่งการเรียนรู้ (knowledge or learning workers / knowledge or learning organization) ภายใต้การนำของท่านผู้อำนวยการสถาบันและทีมบริหาร วิชาการที่เข้มแข็งและมีวิสัยทัศน์กว้างไกลเพื่อสามารถจัดการความรู้ (knowledge management) และคลังความรู้ (knowledge center) ที่ดี เพื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเสริม ผลักดันพัฒนาสถาบันราชประชาสมาสัย ของเราที่ได้รับพระราชทานมาให้เจริญรุ่งเรือง ด้วยการเสริมพัฒนาความรู้และนำความรู้ที่พัฒนาและมีอยู่มาประยุกต์ใช้ในงานโรคเรื้อนและบูรณาการในระบบสุขภาพเพื่อพัฒนาความสามารถ พัฒนาผลผลิต และพัฒนาองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เพื่อมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศนำไปสู่สังคมเศรษฐกิจที่มีฐานแห่งความรู้ (knowledge based society and economy) ก้าวหน้าทันยุคแห่งการแข่งขันในสังคมสารสนเทศ (information society) และโลกาภิวัตน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อการปรับและพัฒนาตัวเองและก้าวให้ทันการปฏิรูประบบราชการเพื่อการอยู่รอดและดำรงอยู่ต่อไปอย่างยั่งยืน

สถาบันราชประชาสมาสัยและชาวราชประชาสมาสัยจึงจำเป็นต้องเร่งรัดปรับปรุงและพัฒนาตัวเองทั้งในด้านโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพและเทคโนโลยี ด้านข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศและ

ความรู้ด้านการพัฒนาและบริหารบุคลากร ทั้งกลุ่มที่ชำนาญเฉพาะด้านและกลุ่มที่มีความรู้หลากหลาย
เชิงสหวิทยาการและด้านการจัดการที่เป็นระบบเพื่อพัฒนาและจัดการความรู้ทุกระดับทั้งระดับพื้นฐาน (core
knowledge) ระดับก้าวหน้า (advanced knowledge) และระดับนวัตกรรม (innovative knowledge)
ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ (knowledge management process) ทั้งในด้านการจัดการความรู้ การจัดเก็บ
และค้นคืนความรู้ (knowledge storage and retrieval) ด้านการใช้ประโยชน์ความรู้ การเคลื่อนย้ายกระจาย
และ แบ่งปันความรู้ รวมทั้งการสร้างความรู้ใหม่ ฯลฯ ให้เป็นระบบและวงจรต่อเนื่อง โดยมีการจัดการทั้งด้าน
ทรัพยากรมนุษย์และด้านสารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศที่ดี รวมทั้งการแสวงหาและรวบรวมความรู้ใหม่
ที่ทันสมัยและเกี่ยวข้องกับพันธมิตรและแหล่งภายนอก ฯลฯ โดยการกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่ดีและ
สิ่งที่พัฒนาการเรียนรู้ของสถาบันฯ ไปศึกษาอบรมการจัดการความรู้จากผู้รู้ และที่ปรึกษาจากสถาบัน
เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม ฯลฯ เป็นต้น เพื่อสร้างให้เกิดบุคลากร
และองค์กรรวมทั้งเครือข่ายแห่งการเรียนรู้อย่างกว้างขวางทั้งการเรียนรู้งาน ระบบ วัฒนธรรม ความเป็น
ผู้นำทีมงาน การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์และการเรียนรู้เชิงกลยุทธ์ ฯลฯ และเกิดพลวัตและวัฒนธรรมแห่ง
การเรียนรู้ขององค์กรเพื่อการพัฒนาและดำรงอยู่ขององค์กรและบุคลากรอย่างยั่งยืนได้ต่อไปตามกาลสมัย

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณธิการ

วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย

Journal of Raj-Pracha Samasai Institute

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2546 Vol. 1 No. 3 September-December 2003

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
นิพนธ์ต้นฉบับ Original article	
ระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย ปี พ.ศ. 2541-2545 ทวิฤทธิ์ สิทธิเวคิน	99
การประเมินคุณภาพการให้บริการงานควบคุมโรคเรื้อนในระดับอำเภอและตำบล ในพื้นที่สาธารณสุข เขต 1 ปีงบประมาณ 2546 สุปรานี โมฬีชาติ และคณะ	112
การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาความเข้มแข็ง นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ทิวา สมหวัง และคณะ	129
บทความฟื้นฟูวิชาการ Review article	
ปัญหาการกำจัดโรคเรื้อนเชิงปฏิบัติการเพื่อการศึกษาวิจัยและการแก้ไข ชัยวุฒิ บัณฑิต	142
อัปเดตมันท์กับสุขภาพเพื่อการประยุกต์ในปัญหาบุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนและโรคเอดส์ นพพร ดีมาก และคณะ	148
แนวทางการประยุกต์การตลาดเพื่อสังคมในโครงการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อน วิจิตรา ธารีสุวรรณ และคณะ	156
ปกิณกะ Miscellany	
WHO Guidelines for the Management of Severe Erythema Nodosum Leprosum (ENL) Reaction โกวิท คัมภีรภาพ	168
การดำเนินงานโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนในอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ สุพัฒน์ ธาตุเพชร	170
The AIC Process : แนวคิดการทำงานยุคโลกาภิวัตน์เพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อม ดุษฎี เจริญสุข	177
ย่อเอกสาร	181
ท่านถาม - เราตอบ	183
ข่าวในแวดวงโรคเรื้อนจากสถาบันราชประชาสมาสัย	186

ระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการ ที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย ปี พ.ศ. 2541-2545

Clinical Epidemiology of Leprosy Patients Under Medical Services of The Skin Clinic, Raj Pracha Samasai Institute, from 1998-2002

ทวีฤทธิ์ สิทธิเวคิน พ.บ.
สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค

Thaverit Sittiwakin, M.D.
Raj Pracha Samasai Institute
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

ผู้รายงานได้ศึกษาระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มาตรวจรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการประสานสนับสนุน และส่งต่อของโครงการควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมืองของกรุงเทพมหานคร ในปีพ.ศ. 2541-2545 ผลการศึกษาพบว่าสถานบำบัดโรคผิวหนังมีส่วนดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนรวม 59 ราย ซึ่งเป็นชนิดที่พบเชื้อมากร้อยละ 40.7 ชนิดพบเชื่อน้อยร้อยละ 59.3 เป็นเด็กร้อยละ 5 และพิการร้อยละ 32.2 โดยผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีสัดส่วนที่มีแนวโน้มลดลงแต่ละปีจากร้อยละ 22.5, 10.7, 13.6, 10.1, และ 5.7 ตามลำดับใน 5 ปี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดที่ลงทะเบียนรักษาในกรุงเทพฯ อันเป็นผลจากประสิทธิภาพของยาเคมีบำบัดผสม สามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข และผลจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กระจายผู้ป่วยซึ่งร้อยละ 64.4 อยู่ในต่างจังหวัดและร้อยละ 22 เป็นผู้ป่วยจากการส่งต่อ ผู้วิจัยได้ศึกษาระบาดวิทยาคลินิกพบผู้ป่วยมีอาการทางเส้นประสาทโดยไม่มีรอยโรคที่ผิวหนังร้อยละ 8.5 และพบรอยโรคผิวหนังวงดำขาวขา จำนวน 1-5 วง ร้อยละ 54.4% และเส้นประสาทโตคล้ำได้ถึงร้อยละ 45.8 สะท้อนความสำคัญของอาการทางเส้นประสาทโดยเฉพาะอาการชาและความพิการ ซึ่งน่าจะเปลี่ยนการให้รู้รักษาที่เน้น "โรคผิวหนังเนื้อขา" เพื่อกระตุ้นให้มาตรวจรักษาแต่เนิ่นๆมากขึ้น โดยบูรณาการโรคเรื้อนในโรคผิวหนัง เพื่อสนับสนุนการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ผลการศึกษา ยังพบผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 43 ปี ซึ่งร้อยละ 42.3 เป็นโสดและร้อยละ 16.9 เป็นหม้าย/แยกหย่า สะท้อนผลกระทบจากความรังเกียจโรคเรื้อนในเขตเมืองมีสูง ขณะเดียวกันพบว่าผู้ป่วยอาศัยพบบ้าง และอยู่กับบ้านมาใช้บริการมีแนวโน้มมากขึ้น สะท้อนความจำเป็นต้องเร่งรัดบูรณาการงานตรวจค้นหาโรคเรื้อนในโครงการตรวจสุขภาพแรงงานประจำปีและโครงการประกันสังคมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไปด้วย

Abstract

The author has conducted the clinical-epidemiological study of registered cases of leprosy who attended the special skin clinic of the Raj Pracha Samasai institute in Bangkok from 1998-2002. Overall results revealed the total of 59 cases whose 40.7% were multibacillary leprosy while 59.3% were paucibacillary leprosy, together with child rate of 5% and deformity rate of 32.2%. When compared with total number of the annual registered cases in Bangkok, proportion of patients attended skin the clinic each year declined from 22.3 % and 10.7% in 1998 and 1999 to 13.6%, 10.1% and 5.7% respectively in 2000,2001 and 2002. These findings reflected the great impact of effective multidrug therapy leading to the great success of elimination of leprosy and universal coverage assurance of health care as 64.4 % of attending cases were from nearby provinces. The clinical epidemiological study also revealed that patients who showed neurological symptoms without any cutaneous lesions were 8.5% while only 1-5 numbers of anesthetic macular lesions were 54.5% together with findings of peripheral nerve enlargement in 45.8% . These early neurological signs reflected the new paradigm for early leprosy manifestation that the name of " Anesthetic skin disease" instead of the original stigmatizing name of "Leprosy" might be more appropriated to be used in the message for health education programme and to be integrated in the common skin diseases for supporting the achievement of sustainable leprosy eliminating goal. Apart from that , the average age of leprosy patients of 43 years was found in association that 42.3% of them were single and 16.9% being widow or separated . Such social status reflected the great impact from quite strong social prejudice and stigmatization in urban and metropolitan areas. In addition , the finding of increasing trend of patients who were labors indicated the necessity to integrate leprosy case detection into the annual compulsory physical check up and social security health care programme among labor forces.

คำสำคัญ : ระบาดวิทยาคลินิก ผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย

Keywords : Clinical epidemiology, Leprosy patients, Skin clinic, Raj Pracha Samasai Institute

บทนำ

ปัญหาการควบคุมโรคเรื้อนโดยเฉพาะในนครขนาดใหญ่ (urban leprosy control) เช่น กรุงเทพมหานคร นอกจากต้องประสบปัญหาความรังเกียจกลัวโรคเรื้อน⁽¹⁾ ความหนาแน่นและการเคลื่อนย้ายของประชากรสูงกว่าในเขตชนบทแล้วยังประสบปัญหาความร่วมมือของประชาชนและชุมชนไม่สามารถทำการสำรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนได้เช่นในพื้นที่ชนบท รวมทั้งปัญหาความรังเกียจกลัว

โรคเรื้อนของบุคลากรการแพทย์ของสถานบริการสาธารณสุข ตลอดจนความยากลำบากในการติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัส ฯลฯ⁽²⁾ การจัดตั้งสถาบันบำบัดโรคผิวหนังพิเศษ (special skin clinic) จึงเป็นมาตรการและกลยุทธ์ที่สำคัญและเหมาะสมในการสนับสนุนโครงการควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมืองโดยบูรณาการการค้นหาและรักษาควบคุมผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้ากับการบริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนัง ซึ่งนอกจากช่วยสนับสนุนการค้นหาและรักษาผู้ป่วย

โรคเรื้อนในเขตเมืองและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้สงสัยเป็นโรคเรื้อนจากสถานบริการการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดในเขตปริมณฑลและใกล้เคียงโดยรอบแล้ว ยังช่วยในการศึกษา ประชาสัมพันธ์ การลดความรังเกียจกลัวโรคเรื้อน การสร้างการยอมรับผู้ป่วยโรคเรื้อน และการลดการหลบซ่อนตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตเมืองและพื้นที่โดยรอบลงได้มาก⁽³⁾ รวมทั้งสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบบูรณาการและครบองค์รวมโดยการส่งต่อและประสานสนับสนุนกับสถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย

สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย ได้จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2517⁽⁴⁾ เพื่อแก้ปัญหาโรคเรื้อนในเขตกรุงเทพมหานครดังกล่าวและเป็นศูนย์การฝึกอบรมสาธิตทางคลินิกด้านโรคเรื้อนและโรคผิวหนังแก่แพทย์และบุคลากรการแพทย์ของศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ ของกรุงเทพมหานคร รวมทั้งเป็นศูนย์บริการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้มีอาการสงสัย ตลอดจนเป็นศูนย์ข้อมูลและศูนย์กลางการประสานสนับสนุนโครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริในเขตกรุงเทพมหานคร ร่วมกับกองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรคด้วย โดยหลังจากโครงการฯ ประสบความสำเร็จกำจัดโรคเรื้อนได้ ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขนับแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา (อัตราความชุกต่ำกว่า 1 ต่อประชากร 1 หมื่นคน) สถานการณ์โรคเรื้อนและภาวะทางระบาดวิทยาทยอยเปลี่ยนแปลงตามสภาวะความชุกของโรคต่ำ (low endemic condition) โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในพื้นที่เขตเมืองยังไม่มีการศึกษาและข้อมูลที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ขึ้นเพื่อศึกษาและตอบปัญหาของการเปลี่ยนแปลงสภาวะระบาดวิทยาทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง

สถาบันราชประชาสมาสัยในปี พ.ศ. 2541 – 2545 ต่อไป ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน รวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง เพื่อนำผลการศึกษามาประกอบการพิจารณาปรับยุทธศาสตร์และการร่วมมือประสานงานการควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมืองร่วมกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และหน่วยงานเกี่ยวข้องเพื่อบรรลุความสำเร็จการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนในปี พ.ศ. 2549 สมดังเป้าหมายและพระราชปณิธานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปและรูปแบบของระบาดวิทยาทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตเมืองที่มารับบริการตรวจรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัยในปี พ.ศ. 2541 – 2545
2. เพื่อศึกษาแนวโน้มของการมารับการตรวจรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในปี พ.ศ. 2541 – 2545
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการมารับการตรวจรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในปี พ.ศ. 2541 – 2545
4. เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้และการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนเขตเมืองของกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียงให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น เพื่อบรรลุความสำเร็จการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนตามเป้าหมาย ในปี พ.ศ. 2549 สมดังพระราชปณิธาน ต่อไป

วิธีการวิจัย

เน้นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบฟอร์มการศึกษาที่ออกแบบเพื่อใช้วิเคราะห์ข้อมูลจากระเบียน และรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการตรวจรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย ในปี พ.ศ. 2541 – 2545 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติต่อไป

ผลการวิจัย

ได้วิเคราะห์ข้อมูล สรุปสาระสำคัญดังนี้:-

1. ลักษณะทั่วไปและรูปแบบทางระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนรวม 59 ราย ผู้มารับบริการตรวจรักษา ในปี พ.ศ. 2541 - 2545

1.1 ลักษณะและรูปแบบทางประชากรศาสตร์

พบเป็นผู้ป่วยชาย 35 ราย (59.3%) และหญิง 24 ราย (40.6%) ด้วยอัตราชาย : หญิง 1.4 : 1 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี ลงมา) เพียง 3 ราย (5.1%) โดยส่วนใหญ่ 56 ราย (ร้อยละ 94.9) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีสถานะภาพโรค 25 ราย (42.3%), คู่ 24 ราย (40.6%) และหม้าย / แยก 10 ราย (16.9%) และเกณฑ์อายุอยู่ในระหว่าง 12-83 ปี ด้วยค่ามัธยฐาน 42 ปี และค่าเฉลี่ย 43.7 ปี ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร 21 ราย (35.5%) และจังหวัดนอกกรุงเทพมหานคร 38 ราย (64.4%) โดยมีอาชีพในสัดส่วนมากน้อยตามลำดับคือ 1) รับจ้าง (32.2%)

2) แม่บ้าน (15.3%)

3) ค้าขาย (13.6%)

4) อยู่บ้าน (11.8%)

5) รับราชการ (10.2%)

6) นักเรียน, นักศึกษา (8.5%)

7) รัฐวิสาหกิจ (6.8%)

8) ธุรกิจส่วนตัว (1.7%)

1.2 ลักษณะและรูปแบบทางระบาดวิทยาคลินิก

1.2.1 ชนิดโรคเรื้อน

ก) จัดเป็นชนิดพบเชื้อน้อย (paucibacillary leprosy : PB) 35 ราย (59.3%) และชนิดพบเชื้อมาก (multibacillary leprosy : MB) 24 ราย (40.7%)

ข) จัดเป็นชนิดโรคเรื้อนย่อย

Indeterminate (I) 2 ราย (3.4%)

Tuberculoid (T) 13 ราย (22.0%)

Borderline Tuberculoid

(BT) 24 ราย (40.7%)

Mid-borderline (BB) 1 ราย (1.7%)

Borderline lepromatous (BL) 11 ราย (18.6%)

Lepromatous (LL) 8 ราย (13.5%)

61%

1.2.2 จำนวนรอยโรคผิวหนัง (cutaneous lesions) ของผู้ป่วย 59 ราย (PB 35, MB 24)

ไม่มี 5 ราย (8.5%) (พบแต่อาการทางเส้นประสาทถูกทำลายในผู้ป่วย PB)

1-5 มี 32 ราย (54.2%) พบในผู้ป่วย PB 28 ราย (80.0%) MB 4 ราย (16.6%)

6-10 มี 4 ราย (6.8%) พบในผู้ป่วย PB 0 ราย, ผู้ป่วย MB 4 ราย (16.6%)

11-20 มี 4 ราย (6.8%) พบในผู้ป่วย PB 2 ราย (5.7%), ผู้ป่วย MB 2 ราย (8.3%)

> 20 มี 14 ราย (23.7%) พบในผู้ป่วย PB 0 ราย, ผู้ป่วย MB 14 ราย (58.3%)

1.2.3 เส้นประสาทโตคล้ำได้ (Nerve enlargement)

● พบในผู้ป่วยทั้งหมด 27 ราย (45.8%)

● พบในชนิด MB 16 ราย (66.6%)

● พบในชนิด PB 11 ราย (31.4%)

○ เส้นประสาทส่วนปลายต่างๆ ที่โตคล้ำได้เส้นเดียว พบในผู้ป่วย 20 ราย (33.9%)

- great auricular nerve 3 ราย (5.1%) โดยพบใน MB 2 ราย (8.3%), PB 1 ราย (2.8%)

- lateral popliteal nerve 3 ราย (5.1%) โดยพบใน MB 2 ราย (8.3%), PB 1 ราย (2.8%)

- ulnar nerve 14 ราย (23.7%) โดยพบใน MB 9 ราย (37.5%), PB

5 ราย (14.3%)

๑ เส้นประสาทส่วนปลายต่างๆ โต 2 เส้น
พบในผู้ป่วย 4 ราย (6.8%)

- g. auricular + l. popliteal พบในผู้ป่วยทั้งหมด 1 ราย (1.7%) พบใน PB 1 ราย (2.8%)
- g. auricular + radial พบในผู้ป่วยทั้งหมด 1 ราย (1.7%) พบใน MB 1 ราย (4.2%)
- radial + p. tibial 1 ราย (1.7%) พบในผู้ป่วย PB 1 ราย (2.8%)
- ulnar + l. popliteal 1 ราย (1.7%) พบในผู้ป่วย PB 1 ราย (2.8%)

๑ เส้นประสาทส่วนปลายต่างๆ โต 3 เส้น
พบในผู้ป่วย 2 ราย (3.4%)

- l. popliteal + g. auricular + ulnar 1 ราย (1.7%) พบใน PB 1 ราย (2.8%)
- ulnar + l. popliteal + p. tibial 1 ราย (1.7%) พบใน PB 1 ราย (2.8%)

๑ เส้นประสาทโต 4 เส้น พบในผู้ป่วย 1 ราย (1.7%)

- ulnar + g. auricular + radial + l. popliteal พบ 1 ราย (1.7%) พบใน MB 1 ราย (4.2%)

1.2.4 เส้นประสาทอักเสบ (neuritis)
พบในผู้ป่วย 16 ราย (27.1 %)

ในชนิด MB พบ 11 ราย (18.6%), PB พบ 5 ราย (14.3%)

- ก. จัดเป็นชนิด painful neuritis 7 ราย (43.7%) พบใน PB 3 ราย (42.8%) และ MB 4 ราย (57.2%)
- ข. จัดเป็นชนิด silent neuritis 9 ราย (56.3%) พบใน PB 2 ราย (22.2%) และ MB 7 ราย (77.8%)

1.2.5 ความพิการที่พบ

- พบมีความพิการรวม (เกรด 1 และ 2) 19 ราย (32.2%) เป็นผู้ป่วยชนิด PB 10 ราย (52.2%) และ MB 9 ราย (47.8%)
- พบมีความพิการเกรด 1 รวม 10 ราย (16.9%) เป็นผู้ป่วยชนิด PB 5 ราย (50.0%) และ MB 5 ราย (50.0%)
- พบมีความพิการเกรด 2 รวม 9 ราย (15.2%) เป็นผู้ป่วยชนิด PB 5 ราย (55.5%) และ MB 4 ราย (44.5%)

1.2.6 การเกิดอาการแทรกซ้อนโรคเห่อ (leprosy reaction) ระหว่างการรักษา

- พบผู้ป่วยเกิดโรคเห่อรวม 35 ราย (59.3%) โดยพบในผู้ป่วยชนิด PB 7 ราย (20%) และชนิด MB 15 ราย (51.4%)
- จัดเป็นโรคเห่อชนิดแรก (reversal reaction : type 1 reaction) 18 ราย (30.5%) โดยพบในผู้ป่วยชนิด PB 7 ราย (38.9%) และ MB 11 ราย (61.1%)
- จัดเป็นโรคเห่อชนิดที่สอง (E.N.L. : type 2 reaction) 6 ราย (10.2%) โดยพบในผู้ป่วยชนิด MB ทั้ง 6 ราย (100%)
- จัดเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเห่อเกิดขึ้นทั้ง 2 ชนิด 1 ราย (1.7%) โดยพบในผู้ป่วยชนิด MB เท่านั้น (100%)

1.2.7 ผลการตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากรอยโรค (slit-skin smear)

- ในผู้ป่วยทั้งหมด 59 ราย ตรวจพบเชื้อ 20 ราย (33.9%) เฉพาะในผู้ป่วยชนิด MB (100%)

1.2.8 วิธีค้นพบผู้ป่วย

- ผู้ป่วย 46 ราย มาตรวจเอง (77.9%) โดยเป็นผู้ป่วยชนิด PB 26 ราย (56.5%) และ MB 20 ราย (43.5%) และจากการส่งต่อจากสถานบริการอื่นๆ 13 ราย (22.0%) เป็นชนิด PB 9 ราย (69.2%) และ MB 4 ราย (30.8%)

1.2.9 ประวัติการรับยารักษาโรคเรื้อน

- มีผู้ป่วย 9 ราย เคยรับยามาก่อน 15.2%) โดยเป็นชนิด PB 5 ราย (55.5%) และ MB 4 ราย (44.5%)

1.2.10 ชนิดของรอยโรคผิวหนังที่ตรวจพบในผู้ป่วย 59 ราย

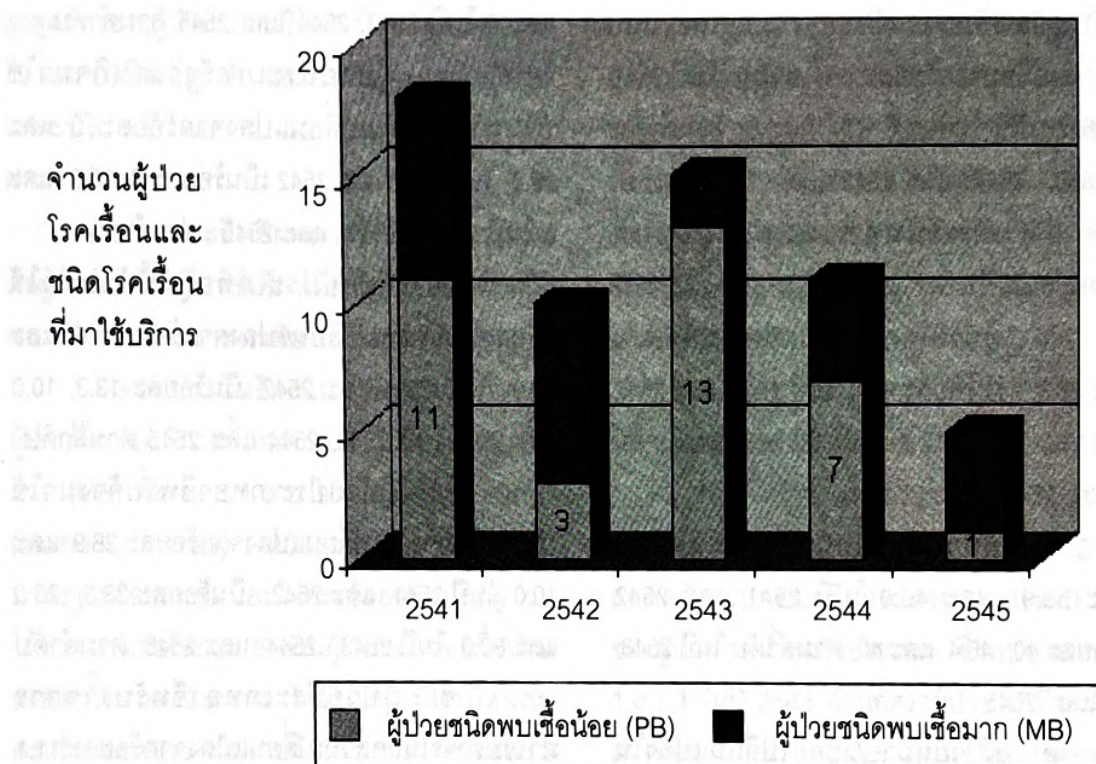
ตารางที่ 1 รอยโรคผิวหนังที่ตรวจพบในผู้ป่วยโรคเรื้อน 59 ราย

ลำดับที่	รอยโรคผิวหนัง	ผู้ป่วยชนิด PB		ผู้ป่วยชนิด MB		รวม	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1	ไม่มีรอยโรค	5	14.5	0	0	5	8.5
2	วงต่าง						
	- วงสีขาว	12	34.3	0	0	12	20.3
	- วงสีเข้ม	3	8.5	0	0	3	5.1
	- วงสีขาวผื่นแดง	2	5.7	1	4.2	3	5.1
	- วงสีเข้ม	1	2.8	0	0	1	1.7
	รวม	18	51.4	1	4.2	19	32.2
3	ตุ่ม / แผ่นนูนแดงหนา						
	- แผ่นวงแหวน	1	2.8	1	4.2	3	5.1
	- แผ่นนูนแดงหนา, ตุ่ม	0	0	2	8.3	2	3.4
	- ตุ่ม	0	0	1	4.2	1	1.7
	รวม	1	2.8	4	16.7	6	10.2
4	ผื่นนูนแดงหนา						
	- ผื่นแห้งเห่อไม่ออก	1	2.8	0	0	1	1.7
	- ผื่นแดง	6	17.1	6	25	12	20.3
	- ผื่นแดง, แผ่นนูนแดงหนา	0	0	6	25	6	6.7
	- ผื่นแดง, วงสีเข้ม	3	8.6	0	0	3	5.1
	- ผื่นแดง, ตุ่ม	0	0	4	16.4	4	6.8
	- ผื่นแดง, ผื่นสีเข้ม	0	0	1	4.2	1	1.7
	- ผื่นวงแหวน, ตุ่ม	0	0	0	0	0	0
	- ผื่นสีเข้ม	0	0	1	4.2	1	1.7
	- ผื่นสีเข้ม, วงแหวน	1	2.8	1	4.2	2	3.4
	รวม	11	31.4	19	79.1	29	49.1
	รวมทั้งสิ้น	35	100	24	100	59	100

2. แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงปัจจัยตารางระบาดวิทยาในปี พ.ศ. 2541 – 2545

2.1 จำนวนและชนิดผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2541 – 2545

ภาพที่ 1 แสดงแนวโน้มจำนวนและสัดส่วนชนิดผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง ในปี พ.ศ. 2541 – 2545



จากภาพที่ 1 แสดงแนวโน้มใน 5 ปี สรุปได้คือ

- 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งหมดลดลงร้อยละ 72.2 จาก 18 ราย ในปี 2541 เป็น 5 ราย ในปี 2545 โดยลดลงเฉลี่ยร้อยละ 14.4 ต่อปี
- 2) ผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมากลดลงร้อยละ 42.8 จาก 7 ราย ในปี 2541 เป็น 4 ราย ในปี 2545 โดยลดลงร้อยละ 8.6 ต่อปี
- 3) ผู้ป่วยชนิดพบเชืื่อน้อยลดลงร้อยละ 90.9 จาก 11 ราย ในปี 2541 เป็น 1 ราย ในปี 2545 โดยลดลงร้อยละ 18.2 ต่อปี
- 4) แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมาก (ร้อยละ) พบเปลี่ยนแปลงใน 5 ปี จากร้อยละ 38.9 และ 70.0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 13.3, 36.4 และร้อยละ 80 ตามลำดับ ในปี 2543, 2544 และ 2545

2.2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสัดส่วน

ผู้ป่วยชาย : หญิง ในปี 2541 - 2545

พบสัดส่วนชาย : หญิง เปลี่ยนจาก 1.25 : 1 และ 2.33 : 1 ในปี 2541 และ 2542 เป็น 1.14 ต่อ 1, 1.2 ต่อ 1 และ 4 ต่อ 1 ตามลำดับ ในปี 2543, 2544 และ 2545

2.3 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยวัยเด็กในปี 2541 - 2545

เปลี่ยนจากร้อยละ 11.1 และ 0 ในปี 2541 และ 2542 เป็น ร้อยละ 0, 10, และ 0 ตามลำดับ ในปี 2543, 2544 และ 2545

2.4 แนวโน้มสภาพสมรรถของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงในปี 2541 - 2545

ก) ผู้ป่วยโสดเปลี่ยนแปลงในสัดส่วนร้อยละ 38.9 และร้อยละ 40.0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 46.7, 45.4 และ 40 ตามลำดับ ในปี 2543, 2544 และ 2545

ข) ผู้ป่วยคู่เปลี่ยนแปลงในสัดส่วนร้อยละ 38.9 และ 40.0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 40, 45.4 และ 40 ตามลำดับ ในปี 2543, 2544 และ 2545

ค) ผู้ป่วยหม้าย/แยก เปลี่ยนแปลงในสัดส่วนร้อยละ 22.2 และ 20 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 13.3, 9.1 และ 20.0 ตามลำดับ ในปี 2543, 2544 และ 2545

2.5 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยอาชีพต่างๆ ที่มาใช้บริการมากน้อยในปี 2541 - 2545

ก) ผู้ป่วยประเภทแม่บ้านมาใช้บริการในสัดส่วนเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 11.1 และ 10.0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 33.3, 10.0 และ 0 ตามลำดับ ในปี 2543, 2544 และ 2545

ข) ผู้ป่วยประเภททำงานค้าขายมาใช้บริการในสัดส่วนเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 27.8 และ 0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 6.7, 20.0 และ 0 ตามลำดับในปี 2543, 2544 และ 2545

ค) ผู้ป่วยประเภททำงานธุรกิจส่วนตัว มาใช้บริการในสัดส่วนเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 0

และ 0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 0, 10.0 และ 0 ในปี 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ

ง) ผู้ป่วยประเภทนักเรียน/นักศึกษา มาใช้บริการในสัดส่วนเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 11.1 และ 20.0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 0, 10.0 และ 0 ในปี 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ

จ) ผู้ป่วยประเภทรัฐวิสาหกิจมาใช้บริการในสัดส่วนเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 0 และ 20.0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 0, 20.0 และ 0 ในปี 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ

ฉ) ผู้ป่วยประเภทอยู่กับบ้านมาใช้บริการในสัดส่วนเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 0 และ 30.0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 13.3, 10.0 และ 20.0 ในปี 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ

ช) ผู้ป่วยประเภทอาชีพรับจ้างมาใช้บริการในสัดส่วนเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 38.9 และ 10.0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 33.3, 20.0 และ 80.0 ในปี 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ

ซ) ผู้ป่วยประเภทอาชีพรับราชการ มาใช้บริการในสัดส่วนเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 11.1 และ 10.0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 13.3, 10.0 และ 0 ในปี 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ

2.6 แนวโน้มผู้ป่วยมีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครและนอกกรุงเทพมหานครมาใช้บริการในสัดส่วนมากน้อย ในปี 2541 - 2545

ก) ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครมาใช้บริการในสัดส่วนร้อยละ 72.2 และ 30.0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 6.6, 30.0 และ 20.0 ในปี 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ

ข) ผู้ป่วยมีภูมิลำเนานอกกรุงเทพมหานครมาใช้บริการในสัดส่วนร้อยละ 27.8 และ 70.0 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 93.3, 80.0 และ 80.0 ตามลำดับ ในปี 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ

2.7 ค่ามัชฌิมและค่าเฉลี่ย, ต่ำสุด, สูงสุดของอายุผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในปี 2541 - 2545 โดยค่ามัชฌิมเปลี่ยนจาก 41.5 และ 44 ปี ในปี 2541 และ 2542 เป็น 51, 43 และ 30 ในปี 2543, 2544 และ 2545 โดยค่าเฉลี่ยของอายุผู้ป่วยแต่ละปีใน 5 ปี พบ 41.6, 47.7, 46.7, 43.9 และ 34 ปีตามลำดับ ส่วนค่าสูงสุดของอายุผู้ป่วยแต่ละปีใน 5 ปี พบ 67, 83, 73, 75 และ 60 ปีตามลำดับ และค่าต่ำสุดของอายุผู้ป่วยแต่ละปีใน 5 ปี พบ 12, 22, 24, 14 และ 21 ปีตามลำดับ

3. ประสิทธิภาพการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย ในปี 2541 - 2545

3.1 ประสิทธิภาพในภาพรวม 5 ปี ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมาก (MB) ทั้งหมด 24 ราย ได้รับยาเคมีบำบัดผสม (multidrug therapy : MDT) ครบตามหลักเกณฑ์/มาตรฐานร้อยละ 67 และไม่ครบร้อยละ 4 โดยผู้ป่วยได้รับการส่งต่อร้อยละ 29 ส่วนผู้ป่วยชนิดพบเชื่อน้อย (PB) ทั้งหมด 35 ราย ได้รับยาเคมีบำบัดผสมครบร้อยละ 86 และไม่ครบร้อยละ 8, ส่งต่อร้อยละ 3 และสูญหายติดตามไม่พบร้อยละ 3

3.2 แนวโน้มผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัดครบใน 5 ปี เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมากจากร้อยละ 86 และ 57 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 50, 50 และ 75 ในปี 2543, 2544 และ 2545 ส่วนในผู้ป่วยชนิดพบเชื่อน้อย (PB) เปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 91 และ 67 ในปี 2541 และ 2542 เป็นร้อยละ 92, 72 และ 100 ตามลำดับ ในปี 2543, 2544 และ 2545 สำหรับการส่งต่อพบน้อยมากมีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 14) ในปี 2544 เท่านั้น ส่วนการสูญหายก็พบน้อยมีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 9) ในปี 2541 เท่านั้น

3.3 ประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของสถานบำบัดโรคผิวหนัง

สถาบันราชประชาสมาสัย โดยตามลำดับในปี พ.ศ. 2541 - 2545 เปรียบเทียบกับยอดผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดที่ลงทะเบียนรับยาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในปี 2541 - 2545 พบว่าสถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการทุติยภูมิ และศูนย์ประสานงาน โดยการควบคุมโรคเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่สำคัญ โดยมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับการตรวจรักษา และส่งต่อจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังลงทะเบียนตรวจรักษาทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร ในปี 2541 - 2545 คือ 80, 93, 110, 109 และ 87 รายตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 22.5, 10.7, 13.6, 10.1 และ 5.7 ตามลำดับ

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

1. ลักษณะและรูปแบบทางประชากรศาสตร์ ซึ่งพบในชายมากกว่าหญิง (1.6 : 1) สอดคล้องรูปแบบหรือกระสวน (pattern) ทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วประเทศ ซึ่งพบชาย : หญิง 1.8 : 1 ในปี 2545 ส่วนอัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยเด็กต่ำเพียง 5.1% และมีแนวโน้มลดลง โดยพบว่าใกล้เคียงอัตราผู้ป่วยทั่วประเทศ ซึ่งพบในเด็กร้อยละ 5.3 ในปี 2545 และเมื่อเทียบกับสัดส่วนผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมาก (MB) พบร้อยละ 40.7 ซึ่งทั่วประเทศพบร้อยละ 80.4 ในปี 2545 สะท้อนให้เห็นว่ามีลักษณะของการลดต่ำลงตามธรรมชาติ (natural decline of leprosy) ในกรุงเทพมหานครที่ยังไม่ชัดเจน⁽⁵⁾ ต้องเร่งรัดการร่วมมือประสานงานระหว่างสถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค และกองควบคุมโรค สำนักอนามัย และสำนักงานการแพทย์ของกรุงเทพมหานคร รวมทั้งโรงพยาบาลภาครัฐต่างๆ ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร เช่น โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ทหาร/ตำรวจ และสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ ฯลฯ

โดยเฉพาะที่มีหน่วย/ภาควิชาตจวิทยา (โรคผิวหนัง) ควรเร่งรัดให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ในรูปแบบของคณะกรรมการควบคุมโรคเรื้อรังใน กรุงเทพมหานคร โดยมีกองควบคุมโรค, สำนักอนามัย เป็นแกนประสานสนับสนุนร่วมกับสถาน บำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค รวมทั้งการประสานงานโดยตรง ด้านระบบการส่งต่อ, ระบบข้อมูล และการฝึกอบรม/สัมมนาที่เกี่ยวข้อง

2. การมีผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันอยู่ต่าง จังหวัดนอกกรุงเทพมหานครสูงถึงร้อยละ 64.4 และมีแนวโน้มมาใช้บริการมากขึ้น ขณะเดียวกันพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาตรวจรักษาที่สถานบำบัด โรคผิวหนัง แต่ละปีต่อผู้ป่วยทั้งหมดในกรุงเทพ-มหานคร ลดลงคิดเป็นร้อยละ 22.5, 10.7, 13.6, 10.1 และ 5.7 ตามลำดับ ในปี 2541 - 2545 เมื่อ เปรียบเทียบยอดผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาทั้งหมด ของกรุงเทพมหานคร 80, 93, 110, 109 และ 87 ราย ตามลำดับ ในปี 2541 - 2545 สะท้อนความนิยม ศรัทธาเชื่อถือในศักยภาพของสถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย แม้แนวโน้มผู้ป่วยจะลด ต่ำลงเรื่อยๆ จาก 18 และ 10 ราย ในปี 2541 และ 2542 เหลือเพียง 15, 11 และ 5 ราย ในปี 2543, 2544 และ 2545 ตามประสิทธิภาพและประสิทธิผล ของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม และอาจเป็น ผลจากการใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ ให้ประชากรใกล้เคียงเลือกลงทะเบียนรับบริการ สุขภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit : PCU) หน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (contracting unit for primary care : CUP) และที่คลินิกเชื้ออาหาร ใกล้บ้านมากขึ้น

ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่สถาน บำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย และ กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จะได้ปรับปรุงระบบงานควบคุมโรคเรื้อรังในกรุงเทพ-มหานคร เสียใหม่ให้สอดคล้องกับระบบประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค) โดยการปรับระบบทะเบียนกลางและข้อมูลทาง สารสนเทศ (registration/information system) โดยเฉพาะระบบสารสนเทศผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แยกราย เขตต่างๆ ตามภูมิศาสตร์ของกรุงเทพมหานคร (geographical information system : GIS) โดยการ กระจายและบูรณาการอยู่ในกลุ่มประชากรและ ครอบครัวที่ลงทะเบียนบัตรทองเลือกใช้บริการสุขภาพ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิหลักและรอง (primary care unit : PCU) เช่น คลินิกประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาลภาครัฐ/เอกชน, คลินิกชุมชนอบอุ่น และศูนย์บริการสาธารณสุข, สถานีอนามัยของหน่วย บริการปฐมภูมิคู่สัญญา (contracting unit for primary care : CUP) ของโรงพยาบาลภาครัฐ/ เอกชนต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าในกรุงเทพมหานครและจังหวัดเขตปริมณฑล โดยรอบ อาทิทุก PCU ดูแลประชากร 1 หมื่นคน เป็นต้น เพื่อจัดระบบโอนย้ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี ภูมิคุ้มกันครอบคลุมใกล้ PCU ใกล้ลงทะเบียนรักษาที่ PCU ใกล้บ้านตน เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป / เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำ PCU ดูแลรักษาตัวและ ให้พยาบาลครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ PCU ผู้รับผิดชอบทีมเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้าน (home visit/home health care) ดำเนินการติดตามการ รักษาผู้ป่วย และมาตรการควบคุมโรคเรื้อรังใน ครอบครัวและชุมชน เช่น สุขศึกษา, ให้คำปรึกษา, ตรวจผู้สัมผัสร่วมบ้านและบ้านใกล้เคียง, ตรวจ นักเรียน, แนะนำป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพ โดยชุมชน ฯลฯ บูรณาการในระบบป้องกันควบคุม โรค (prevention and promotion : PP) ของระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีทีมเคลื่อนแบบเร็ว (rapid response team) ของสถาบันราชประชา สมาสัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับผู้ประสานงาน โรคเรื้อรังระดับภาค/เขต/จังหวัด/อำเภอ (leprosy coordinator) ประสานสนับสนุนการติดตามกำกับ

และประเมินผล รวมทั้งการฝึกอบรมในสนาม (on the spot training) และสำรวจชุมชนแบบเร็ว (rapid community survey) ในชุมชนเขตรอบนอกของกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาต่อไปด้วย เพื่อตรวจประเมินรับรองคุณภาพตามมาตรฐานงานควบคุมโรคเรื้อน (leprosy accreditation) และการรับรองพื้นที่เขตปลอดปัญหาโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน (certified sustainable leprosy elimination) ซึ่งจะต้องเร่งรัดดำเนินการ เพราะอัตราความชุกของโรคเรื้อน (prevalence rate) ของกรุงเทพมหานครได้ลดต่ำลงอย่างมากเหลือเพียง 0.14, 0.16, 0.19, 0.19 และ 0.15 ต่อประชากร 1 หมื่นคนตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2541, 2542, 2543, 2544 และ 2545 เพื่อที่จะได้เร่งปรับ มาตรฐานงานควบคุมโรคเรื้อนของ PCU และ CUP ต่างๆ ตลอดจนหน่วยคู่สัญญาบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ (contracting unit for secondary care : CUS และ contracting unit for tertiary care : CUT) เช่น หน่วย/ภาควิชาโรคผิวหนังและเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมทั้งอายุรกรรมประสาทและศัลยกรรมตกแต่งของโรงพยาบาล/สถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียงในเขตปริมณฑล เพื่อบรรลุความสำเร็จการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนของโครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ 9 ในปีพ.ศ. 2549 สมเด็จพระราชปณิธาน⁽⁶⁾

3 การพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 94.9 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งอายุเกิน 43 ปี ซึ่งพบสถานะภาพยังโสดถึงร้อยละ 42.3% และหม้าย/แยกถึง 16.9% และเมื่อเชื่อมโยงกับลักษณะความพิการที่พบถึงร้อยละ 32.2 และขณะเดียวกันการพบว่ามีผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 22 ที่ได้รับการส่งต่อจาก สถานบริการอื่นในและนอกกรุงเทพมหานคร และพบผู้ป่วยที่เกิดอาการแทรกซ้อนโรคเห่อถึงร้อยละ 59.3 สะท้อนผลกระทบทางสังคมจากปัญหาความรังเกียจกลัวโรคเรื้อนในเขตเมืองใหญ่มีสูงกว่า

ในชนบท ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีปัญหาไม่อยากจะครอบครัว หรือมีก็หย่าร้างแยกกันอยู่ รวมทั้งไม่สมัครรับการตรวจรักษาที่สถานบำบัดใกล้บ้าน เพราะเกรงผู้อื่นจะทราบว่าเป็นโรคเรื้อนโดยเฉพาะเมื่อมีอาการกำเริบมาก หรือเกิดอาการแทรกซ้อน เช่น โรคเห่อ เป็นต้น ดังนั้นการเร่งรัดงานเผยแพร่ความรู้ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเรื้อน ควรเน้นให้เกิดความมั่นใจในประสิทธิภาพของยาเคมีบำบัดผสม ซึ่งสามารถฆ่าเชื้อโรคเรื้อนให้ตายได้ถึงร้อยละ 99.9 เพียงรับยาครั้งแรกในวันแรกครั้งเดียว และสามารถรักษาให้หายจากโรคได้แน่นอน รวมทั้งให้การแนะนำปรึกษาการป้องกันแก้ไขความพิการแก่ผู้ป่วย การรับมารักษาเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน เช่น โรคเห่อ ก่อนจะพิการมากขึ้น

4. ผลการศึกษาที่พบผู้ป่วยที่ไม่มีรอยโรคทางผิวหนังถึงร้อยละ 8.5 มีแต่อาการทางเส้นประสาทถูกทำลาย เช่น เนื้อชา และอัมพาตมือเท้า ฯลฯ และมีรอยโรคผิวหนัง 1-5 รอยโรค สูงถึงร้อยละ 54.2 ลักษณะรอยโรคแบบวงต่างขาวร้อยละ 20.3 และแบบผื่นแดงร้อยละ 20.3 ขณะเดียวกันพบผู้ป่วยมีเส้นประสาทส่วนปลายโตคล้ำได้ถึงร้อยละ 45.8 โดยพบในผู้ป่วยชนิด PB ร้อยละ 31.4 และ MB ร้อยละ 31.4 ยืนยันให้เห็นว่าโรคเรื้อนเป็นโรคของระบบเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลาย แต่ต้นร่วมกับอาการทางผิวหนัง⁽⁷⁻¹⁰⁾ รวมทั้งผู้ป่วยร้อยละ 77.9 มาตรวจรักษาเอง สะท้อนความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนเนื้อหาสาระของสาร (Message) ที่จะใช้รณรงค์เผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่อสารมวลชน ที่ควรเน้นอาการระยะแรกที่พบบ่อยดังกล่าว เช่น อาจใช้คำว่า "โรคผิวหนังเนื้อชา" แทน "โรคเรื้อน" หรือใช้ "โรคผิวหนังเนื้อชา" คือโรคเรื้อนระยะแรก ซึ่งรักษาหายง่ายถ้ารีบมาตรวจรักษา แต่ถ้าปล่อยไว้จะกำเริบลูกกลมผิวหนังนูนแดงหนาเป็นแผ่น, ตุ่ม, ผื่นมากขึ้น และทำลายเส้นประสาทส่วนปลายตามมือ, เท้า, ใบหน้า เกิดอัมพาตและความพิการตามมา เป็นต้น

เพื่อที่จะสามารถบูรณาการโรคเรื้อนในโรคผิวหนังอย่างยั่งยืน โดยแพทย์โรคผิวหนังและแพทย์เวชปฏิบัติ/เวชศาสตร์ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขใน PCU, CUP และ CUS จะได้เฝ้าระวังและตรวจค้นหารักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังเนื้อหาจากผู้ป่วยโรคผิวหนังทั่วไปได้อย่างยั่งยืน ขณะเดียวกันการฝึกอบรม นักศึกษาแพทย์ แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขก็ควรเน้น "โรคผิวหนังเนื้อหา" ด้วย โดยบูรณาการ "โรคเรื้อน" หรือโรคผิวหนังเนื้อหาอยู่ในโรคผิวหนัง และโรคทางอายุรกรรมประสาท (Neuro medicine) เพื่อความยั่งยืนและลดความรังเกียจกลัวให้น้อยลงด้วย⁽¹¹⁾

5. แนวโน้มผู้ป่วยอาชีพต่างๆมาใช้บริการในสัดส่วนลดลง แต่ละปีสอดคล้องกับแนวโน้มภาพรวมของผู้ป่วยที่มาใช้บริการลดลง จากภาวะโรคเรื้อนกำจัดการได้สำเร็จและการกระจายผู้ป่วยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดย PCU ใกล้บ้านมากขึ้น อาชีพรับจ้างและผู้อยู่กับบ้านมาใช้บริการในแนวโน้มมากขึ้น อาจสะท้อนถึงการเคลื่อนย้ายประชากรชนบทเข้ากรุงเทพมหานคร และมีผู้ป่วยโรคเรื้อนเคลื่อนย้ายเข้ามามากขึ้นด้วย ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม รวมทั้งสมควรที่สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค จะได้แสดงความร่วมมือกับสำนักประกันสังคม และกรมแรงงานในการฝึกอบรมฟื้นฟูวิชาการโรคเรื้อน โรคผิวหนังที่พบบ่อยที่แทรกโรคเรื้อนไว้ด้วย แก่แพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพแรงงานประจำปี และโครงการรักษาพยาบาลแรงงานในโครงการประกันสังคมต่อไปด้วย เพื่อค้นหาและรักษาโรคเรื้อนจากแรงงานซึ่งส่วนใหญ่มาจากต่างจังหวัด

6. จากผลการศึกษา แม้ยอดผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการที่สถานบำบัดโรคผิวหนังสถาบันราชประชาสมาสัย จะมีแนวโน้มลดลงตามลำดับในปี พ.ศ. 2541 - 2545 แต่ก็มีแนวโน้มผู้ป่วยต่างจังหวัดมาใช้บริการมากขึ้น รวมทั้งแนวโน้มผู้ใช้แรงงานและผู้อาศัยอยู่กับบ้านผู้เป็นโรคเรื้อน

มาใช้บริการมากขึ้นและจากข้อเสนอแนะต่างๆของการที่จะต้องเร่งรัดปรับปรุงการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างสถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และหน่วย/ภาควิชาและสถาบันโรคผิวหนังของโรงพยาบาลต่างๆ ในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสำนักประกันสังคมและสวัสดิการสังคมและแรงงาน ฯลฯ ต่อไป เพราะผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายประชากรจากต่างจังหวัดและแรงงานจากประเทศใกล้เคียง ซึ่งมีรายงานสถาบันราชประชาสมาสัยพบเป็นโรคเรื้อนปี 2545 ถึง 18 ราย ย่อมมีผลต่อระบาดวิทยาของโรคเรื้อนในกรุงเทพมหานครต่อไปได้ แม้ภาวะโรคเรื้อนจะกำจัดการได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขแล้วก็ตาม สถานะบำบัดสถานบำบัดโรคผิวหนังสถาบันราชประชาสมาสัย จึงยังมีความจำเป็นต้องคงอยู่ต่อไปเพื่อเป็นศูนย์กลางการประสานสนับสนุนการควบคุมโรคเรื้อนในกรุงเทพมหานคร และการเฝ้าระวังรวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน จากศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ ของกรุงเทพมหานครและเป็นศูนย์สาธิต/ฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ ของกรุงเทพมหานคร เพื่อสนับสนุนการกำจัดการโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนให้สำเร็จบรรลุปเป้าหมายในปี พ.ศ. 2549 สมดังพระราชปณิธานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ผู้ทรงรับโครงการควบคุมโรคเรื้อนเป็นโครงการในพระราชดำรินับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2499 และพระราชทานสถาบันราชประชาสมาสัยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2503 เป็นต้นมา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ น.พ.ชัยวุฒิ บัณจิตต์ ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ที่สนับสนุนให้ศึกษาเรื่องนี้ และขอขอบคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่กรุณาให้คำปรึกษาที่มีคุณค่ายิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. ปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน. วารสารสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 2525 ; 3:69-81.
2. World Health Organization. A guide to leprosy control. 2nd ed. Geneva : WHO; 1988.
3. วินัส วอนันต์เดโช. ประสิทธิภาพของสถานบำบัดโรคผิวหนังในการควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมือง. (เอกสารรายงานพิมพ์เย็บเล่ม) 2546.
4. ธีระ รามสูต. 40 ปีของการบุกเบิกและพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2541.
5. WHO. WHO Technical report series No. 768. WHO Expert Committee on Leprosy : Sixth Report, 1988.
6. Nations SP, Kate JS, Lyde CB, Barohn RJ. Leprous neuropathy: an American perspective. Semin Neurol 1998; 18 : 113-24.
7. Freedman VH, Weinstein DE, Kaplan G. How *Mycobacterium leprae* infects peripheral nerve. Lepr Rev 1999 ; 70 : 135-9.
8. Dibyendo Kumar Ray. Leprosy Neuropathy can it be prevented? Indian J Lepr 2002; 74(1) : 27-9.
9. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมการพิมพ์ 2535 ; 181-208.
10. ธีระ รามสูต. วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การดำเนินงานในระยะกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน. บรรยายในการประชุมสัมมนาเรื่อง "การพัฒนางานควบคุมโรคเรื้อนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" จัดโดยสถาบันราชประชาสมาสัย วันที่ 27-29 ตุลาคม 2546 (เอกสารอัดสำเนา, 17 หน้า).
11. ธีระ รามสูต. แนวคิดและแนวทางเพื่อประยุกต์ในการแก้ปัญหาความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคเรื้อน. บรรยายในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง "แนวทางการแก้ปัญหาความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคเรื้อน" จัดโดยสถาบันราชประชาสมาสัย 22-24 ธันวาคม 2546 (เอกสารอัดสำเนา, 16 หน้า).

งานศึกษาระบาดคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขต กทม. ของผู้วิจัยนับเป็นตัวอย่างที่ดีของการวิเคราะห์วิจัยทางระบาดวิทยาคลินิกได้เป็นระบบระเบียบชัดเจน แม้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจะลดต่ำลงหลังการกำจัดโรคเรื้อนและผลจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังเป็นตัวอย่างที่ดีของการประมวลปัญหาและการแปลผลเชื่อมโยงกับการดำเนินการควบคุมโรคเรื้อนใน กทม. และการประสานสนับสนุนกับระบบสุขภาพใน กทม. และจังหวัดใกล้เคียง รวมทั้งการแสดงข้อคิดเห็นกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของสถานบำบัดโรคผิวหนังของสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อสร้างกระแสและนำสู่การผลักดันเชิงนโยบาย และเชิงระบบในการประสานการควบคุมโรคเรื้อน ในพื้นที่ กทม. และบริเวณทลหลังการปฏิรูประบบสุขภาพ และการประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีมาตรฐานและคุณภาพที่ดี เพราะปัญหาการเคลื่อนย้ายประชากรเข้าสู่ กทม. ย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาโรคเรื้อนซึ่งมีข้อจำกัดไม่สามารถดำเนินการควบคุมได้สมบูรณ์แบบอย่างในจังหวัดและเขตชนบท ข้อวิจารณ์และเสนอแนะต่างๆ จึงนับว่ามีคุณค่าควรที่ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายและการควบคุมโรคเรื้อน ในพื้นที่ กทม. และบริเวณทล จักได้นำไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องเชิงคลินิกควรใช้ประโยชน์การวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยาคลินิกเพื่อการปรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตเมืองให้มีคุณภาพ สอดคล้องมาตรฐานการกำจัดโรคเรื้อนต่อไป

การประเมินคุณภาพการให้บริการงานควบคุมโรคเรื้อนในระดับ อำเภอและตำบลในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ปีงบประมาณ 2546

Evaluation of The Quality of Leprosy Control Services at District and Tambon Levels in Public Health Areas, Region 1 in 2003

สุปราณี โมฬีชาติ วท.ม.

Supranee Molichat, MSc.

รุจิรา ตระกุลพั่ว วท.ม.

Rujira Tragoolpua, MSc.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ Office Of Disease Prevention and Control Region I, Bangkok

บทคัดย่อ

ผู้รายงานได้ทำการวิจัยประเมินผลคุณภาพการให้บริการงานควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอและตำบลใน 5 จังหวัดของพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 โดยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดกิจกรรมหลักขององค์การอนามัยโลก 4 ตัว คือ การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ประชากรที่ศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อน 333 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยในความดูแล 31 คน และไม่มีผู้ป่วยในความดูแล 302 คน ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษาในปี 2545 รวม 25 ราย เพื่อวิเคราะห์และประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS

ผลการประเมินด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัด เช่น ในกลุ่มที่มีผู้ป่วยดูแลพบว่าการตรวจร่างกายผู้มารับบริการที่สถานบริการ สาธารณสุขเพื่อค้นหาโรคเรื้อน ความสามารถในการตรวจเชื้อโรคเรื้อน การตรวจร่างกายประจำปีแก่ผู้ป่วยขณะรักษา และระยะเฝ้าระวังหลังการรักษา การติดตามผู้ป่วยที่ขาดยาผสมเกิน 1 เดือน รวมทั้งการรายงานสัดส่วนความพิการในผู้ป่วยรายใหม่ การให้สุขศึกษาและการตรวจร่างกายเพื่อป้องกันความพิการในผู้ป่วยที่กำลังรักษา การจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้พิการที่ควรได้รับการสงเคราะห์และรายงานจำนวนผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพและสงเคราะห์ ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีผู้ป่วยในความดูแลพบตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพได้แก่ การรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ได้รับการตรวจค้นหาโรคเรื้อน ในสถานบริการสาธารณสุข และความสามารถในการตรวจเชื้อโรคเรื้อน นอกจากนั้นผลการประเมินยังพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อนต่อการรับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านความไม่มั่นใจต่อการรักษา ความลับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นโดยสรุปผลการประเมินคุณภาพการให้บริการควบคุมโรคเรื้อนในระดับอำเภอและตำบลใน 5 จังหวัดของพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ซึ่งอยู่ในสภาวะความชุกโรคต่ำ หลังกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอยู่ในระดับที่น่าพอใจ โดยผลการดำเนินงานที่ไม่ได้คุณภาพตามเกณฑ์ของตัวชี้วัดจะได้รับการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ABSTRACTS

Authors have conducted an evaluating descriptive study on the quality of leprosy control services at district and subdistrict (Tambon) levels of 5 provinces in public health, region 1 under responsibility of the Office of Disease Prevention and Control, Region 1, Bangkok. Evaluation were based upon 4 W.H.O. Recommended indicators including new-cases detection, multi-drug therapy of registered cases of leprosy, prevention of deformities and rehabilitation, The studied population were 333 health workers at district and subdistrict health services infrastructures whose 31 were responsible for taking care of 25 registered leprosy patients while 302 had no leprosy cases registered in their areas. Datas derived from the study using questionnaire were collected and statistically analyzed by SPSS programme

Overall results revealed that majorities of leprosy control services met with quality according to standard indicators except some of them particularly among group having registered cases in their areas such as physical examination for screening of leprosy from out-patients, capability for skin smears, follow-up of absentees of multidrug therapy longer than three months and annual check-up of cases under treatment, Furthermore, reporting on proportion of deformities among newly detected cases, health education together with physical examination for prevention of deformities of treated cases, registration of deformed cases and reporting of those who received welfare and rehabilitation services were also under accepted standard of quality. As for the second group of health workers who did not have registered cases of leprosy in their areas, leprosy control services which were not reach standard of quality according to indicators were reporting of newly leprosy cases found from screening of cases of skin diseases among out-patients and skin smears competency. Evaluation on satisfaction of registered cases of leprosy to leprosy control services as a whole were moderately good except the assurance on confidential keeping of leprosy workers. Overall evaluating results were found to be satisfied with standard of quality of leprosy control services under low-endemic condition in the region 1 after elimination achievement. Those services which did not achieved the standard will be discussed among responsible service providers and supervisors for better and further improvement.

คำสำคัญ : การประเมินคุณภาพ, บริการงานควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอและตำบล

Keywords : Evaluation of the quality, Leprosy control services at district and tambon level

บทนำ

หลายทศวรรษที่ผ่านมาในอดีต แทบจะไม่มีใครกล้าพูดถึงความเป็นไปได้ของการกำจัดโรคเรื้อน "Leprosy Elimination" ด้วยเหตุเพราะว่าโรคเรื้อนในอดีตนั้นเป็นที่กล่าวขานว่าเป็นโรคน่าสะพรึงกลัว ติดต่อรวดเร็ว ลักษณะอาการที่พบเห็นหรือผู้ป่วยที่พิการมาก เป็นที่น่าขยะแขยง น่ารังเกียจ และน่ากลัว โรคเรื้อนจัดว่าเป็นโรคแห่งความสูญเสีย ด้วยทำให้ผู้ป่วยพิการ ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือสูญเสียสมรรถภาพในการดำรงชีพอย่างปกติสุข ยิ่งสังคมรังเกียจเพียงใด ยิ่งทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสหารายได้ปรับปรุงฐานะของตนเองและครอบครัว⁽¹⁾ อีกทั้งรัฐบาลจะต้องเป็นภาระจัดสรรงบประมาณจำนวนหนึ่ง สำหรับดูแลผู้ป่วยพิการเหล่านี้ในแทบทุกประเทศของโลก⁽²⁾ แต่ในปัจจุบันนี้ ผลจากการค้นคว้าและความก้าวหน้าทางการแพทย์ ช่วยให้เรารู้ว่า โรคเรื้อนมิได้ติดต่อกันง่าย จากการสัมผัสใกล้ชิด นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 มีการค้นคว้าแนวทางการรักษาโรคเรื้อนโดยใช้ยาผสมระยะสั้น (multidrug therapy : MDT)⁽³⁾ จากประสิทธิภาพของยาผสมระยะสั้น ได้จุดประกายความหวังในการดำเนินงานโรคเรื้อนให้อยู่ในระดับของการกำจัดโรคเรื้อนโดยจัดให้มีกิจกรรมในการดำเนินงานที่ได้มาตรฐานคุณภาพในทุกพื้นที่ องค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนงานโรคเรื้อนในหลาย ๆ ประเทศ เร่งรัดขยายความครอบคลุมการใช้ยา MDT ควบคู่ไปกับกิจกรรมการรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

ในปี 2503 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระราชทานพระราชทรัพย์ ก่อตั้งสถาบันราชประชาสมาสัย ทำให้สามารถฝึกอบรมพนักงานบำบัดโรคเรื้อนเพียงพอจนโครงการควบคุมโรคเรื้อนที่ทรงรับเป็นโครงการในพระราชดำรินปี พ.ศ. 2499 สามารถขยายโครงการครอบคลุมทุกจังหวัด และสามารถบูรณาการโครงการควบคุมโรคเรื้อนครบ 76

จังหวัดได้ในปี 2519 และในปี 2539 ก็สามารถประกาศว่าประเทศไทยกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข⁽⁴⁾

ในปีงบประมาณ 2537 อัตราความชุกของโรคเรื้อนในระดับประเทศเริ่มลดต่ำกว่า 1 ต่อประชากร 10,000 คน ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์องค์การอนามัยโลกที่ยอมรับว่าโรคเรื้อนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข⁽⁵⁾ สำหรับในระดับเขตนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ซึ่งดูแลรับผิดชอบ 5 จังหวัดพบว่ามีอัตราความชุกโรคเหลือเพียง 0.29 ต่อประชากร 10,000 คนในปี 2545⁽⁶⁾ โดยทั้ง 5 จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง ล้วนมีอัตราความชุกโรคระดับมณฑลต่ำกว่า 1 ต่อประชากร 10,000 คน แต่ในระดับอำเภอหรือระดับจุฬภาคนั้นยังพบว่า ยังมีบางอำเภอที่มีอัตราความชุกมากกว่า 1 ต่อประชากร 10,000 คน และพบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 12 ราย โดยอัตราการพบผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่มีแนวโน้มลดลง ยังค้นพบผู้ป่วยใหม่ในระหว่างปี 2541 - 2545 ประมาณ 9 - 30 รายต่อปี และพบว่ามีผู้ป่วยที่กำเริบขึ้นแล้วในผู้ป่วยใหม่ประมาณร้อยละ 15 - 18 ต่อปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความล่าช้าในการค้นหาที่ไม่ครอบคลุมทั่วถึงและรวดเร็ว ด้านการรักษา อัตราการรับยาครบถ้วนยังต่ำกว่าเป้าหมาย การป้องกันความพิการที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถเกิดความพิการได้ทั้งก่อนการรักษา ในขณะรักษา และหลังรักษา ถ้าหากไม่สามารถตรวจพบและให้การรักษาจะเกิดภาวะเส้นประสาทอักเสบได้ทันทีที่แต่จากการประเมินผลงานควบคุมโรคเรื้อนในปี 2543⁽⁷⁾ พบว่าการดำเนินงานป้องกันความพิการยังไม่ครอบคลุมเป้าหมาย คือผู้ป่วยได้รับการตรวจความพิการร้อยละ 36 การตรวจผู้สัมผัสผู้ป่วยในทะเบียนรักษาและผู้สัมผัสของผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวังได้รับการตรวจน้อยมาก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผล ประสิทธิภาพและ

ประสิทธิภาพ ในการดำเนินงานโรคเรื้อนและเป็นเครื่องมือ สำหรับติดตามความก้าวหน้าของงาน เพื่อแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานลุล่วงตามวัตถุประสงค์⁽⁸⁾

ด้วยเหตุผลและความสำคัญของปัญหา ที่พบข้างต้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ จึงทำการวิจัยเชิงประเมิน คุณภาพการให้บริการในงานควบคุมโรคเรื้อน ในระดับอำเภอและตำบลในเขตสาธารณสุขที่ 1 ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง เพื่อให้การป้องกันควบคุมโรคเรื้อนในทุกกระดับมีมาตรฐานและคุณภาพ ความครอบคลุมของการให้บริการในด้านการค้นหา การรักษา การป้องกันความพิการ และระบบเฝ้าระวังโรคอย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁻¹⁰⁾

วัตถุประสงค์การศึกษา

- เพื่อประเมินคุณภาพการดำเนินงาน ควบคุมโรคเรื้อนในระดับอำเภอและตำบล
- เพื่อทราบปัญหาและอุปสรรค ตลอดจน ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปรับปรุง การดำเนินงาน ควบคุมโรคเรื้อนในระดับอำเภอและตำบลในพื้นที่ สาธารณสุขที่ 1
- เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ในการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เขต 1 และนำไปปรับปรุง แก้ไขมาตรฐานการควบคุมโรคเรื้อนให้มีคุณภาพสูงขึ้น

ขอบเขตการศึกษา

1. ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งประเมินผลคุณภาพ การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในระดับอำเภอและ ตำบลในเขตสาธารณสุขที่ 1 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ จังหวัดสมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง เก็บข้อมูลจากรายงานประจำปี สถานการณ์โรคทางระบาดวิทยา

และจากการเก็บข้อมูลจากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม

2. เก็บข้อมูลในกลุ่มที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อน รับผิดชอบโดยการสัมภาษณ์ ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อ ประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในช่วง ปีงบประมาณ 2545-2546

วิธีดำเนินการ

ในการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงประเมิน (evaluation research)⁽⁸⁾ เพื่อศึกษาถึงการดำเนินงาน คุณภาพการให้บริการในงานควบคุมโรคเรื้อน โดยทำการศึกษาล้างข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อน ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกซึ่ง สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ได้กำหนด ให้เป็นมาตรฐาน ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการค้นหาผู้ป่วย รายใหม่ในชุมชน ด้านการให้การรักษาด้วยยาผสม MDT ด้านกิจกรรมป้องกันความพิการ และด้าน กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อน ตลอดจนศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ (1) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนในระดับอำเภอ ตำบล ทั้ง 5 จังหวัด คือ สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง ประกอบด้วย 41 อำเภอ 379 ตำบล จำนวน 400 คน โดยพิจารณา คัดเลือกในการประเมินครั้งนี้จากการตอบกลับ จาก จำนวนแบบสอบถาม จำนวน 333 คน คิดเป็นร้อยละ 83.25 (2) ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในปี งบประมาณ 2545 - 2546 จำนวน 25 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมเพื่อทำการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับผลการดำเนินงาน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ส่งให้กลุ่มตัวอย่าง

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ได้แก่ แหล่งข้อมูลจากเอกสารที่ทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม รายงานเพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายของตัวชี้วัดการดำเนินงานโรคเฝ้าระวัง

กลวิธีดำเนินงาน

ดำเนินการ ดังนี้

1. ประสานงานกับพื้นที่ดำเนินการ
2. ขออนุมัติโครงการ
3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเฝ้าระวัง โดยมี

3.1 วัตถุประสงค์การประชุมเชิงปฏิบัติการ

- ให้ความรู้ในเรื่องการประเมินผล และการจัดทำแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์
- ประชุมเชิงปฏิบัติการในการระดมความคิดเห็นและแนวทางปฏิบัติ
- จัดทำแบบประเมินและตัวชี้วัดของคุณภาพการดูแลรักษา การค้นหา การพัฒนา บุคลากร และการตรวจวินิจฉัยโรค

3.2 ผู้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย

- ผู้ประสานงานโรคเฝ้าระวังจังหวัด
- ผู้ประสานงานพื้นที่ผู้มีความพิการ
- เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 1 กรุงเทพฯ
- เจ้าหน้าที่จากสถาบันราชประชาสมาสัย

4. ติดตามประเมินผลโดยใช้แบบประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคเฝ้าระวังที่ได้จัดทำขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1 เครื่องมือแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจาก เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเฝ้าระวังในระดับอำเภอและตำบลเป็นข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการในการดำเนินงานควบคุมโรคเฝ้าระวังทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน การให้การรักษ ด้วยยาผสม MDT กิจกรรมการป้องกันความพิการ กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย แบบสอบถามข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ

2. เครื่องมือแบบสอบถามที่ใช้ในการใช้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเฝ้าระวัง ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบริการที่ได้รับ และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังต่อการรับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมโรคเฝ้าระวังทั้ง 4 ด้าน กล่าวคือ ถ้าข้อมูลมีลักษณะเป็นจำนวนนับความถี่ ได้ก็ใช้การวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ถ้าข้อมูลมีลักษณะเป็นข้อคิดเห็นใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยแบ่งข้อมูลจากแบบสอบถามเป็น 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเฝ้าระวังในระดับอำเภอ ตำบล จำนวน 333 คน โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการในการดำเนินงานควบคุมโรคเฝ้าระวัง ทั้ง 4 ด้าน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลประเมินคุณภาพการให้บริการ ในการดำเนินงานควบคุมโรคเฝ้าระวัง ทั้ง 4 ด้าน และกลุ่มที่ไม่มีผู้ป่วยในความดูแล ประเมินในด้านการค้นหาเฝ้าระวัง

ชุดที่ 2 ข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเฝ้าระวัง จำนวน 25 คน แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการรับบริการ

ชุดที่ 3 ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

ผลการศึกษา

ข้อมูลชุดที่ 1 : ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเฝ้าระวังในระดับอำเภอ และตำบล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเฝ้าระวัง ในระดับอำเภอและตำบล จำนวน 333 คน เพศชายร้อยละ 58.9 เพศหญิงร้อยละ 41.1

การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.2 รองลงมา ระดับประกาศนียบัตร ร้อยละ 35.1 และระดับ ปริญญาโทร้อยละ 2.7 ตำแหน่งเจ้าพนักงาน สาธารณสุข ถึงร้อยละ 40.2 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 26.8 ส่วนตำแหน่งพยาบาลเทคนิค พยาบาล วิชาชีพ และตำแหน่งอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 1.5, 6.9, 22.5 ตามลำดับ หน่วยงานมีการกำหนดนโยบาย ในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน คิดเป็นร้อยละ

86.2 และหน่วยงานมีการจัดทำแผนในการปฏิบัติ งานควบคุมโรคเรื้อน ถึงร้อยละ 72.3 ได้เผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อนแก่ประชาชนโดย วิธีแจกเอกสารแผ่นพับเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.9 รองลงมาเป็นโปสเตอร์ร้อยละ 80.6 หอกระจายข่าว ร้อยละ 80.6 และคู่มือโรคเรื้อนสำหรับประชาชน รถเคลื่อนที่ประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 38.7, 12.9 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 333	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	196	58.9
- หญิง	137	41.1
2. การศึกษา		
- ประกาศนียบัตร	117	35.1
- ปริญญาตรี	207	62.2
- ปริญญาโท	9	2.7
3. ตำแหน่งในปัจจุบัน		
- เจ้าพนักงานสาธารณสุข	134	40.2
- นักวิชาการสาธารณสุข	96	28.8
- พยาบาลเทคนิค	5	1.5
- พยาบาลวิชาชีพ	23	6.9
- อื่นๆ	75	22.5
4. เคยผ่านการอบรม / ฟื้นฟูวิชาการโรคเรื้อน		
- เคย	172	51.7
- ไม่เคย	161	48.3
5. หน่วยงานกำหนดนโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน		
- กำหนด	287	86.2
- ไม่กำหนด	46	13.8
6. หน่วยงานมีการจัดทำแผนในการปฏิบัติงานควบคุมโรคเรื้อน		
- มีแผน	241	72.4
- ไม่มีแผน	92	27.6
7. หน่วยงานได้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อนแก่ประชาชนโดยวิธี		
- แจกเอกสารแผ่นพับ	26	83.9
- โปสเตอร์	25	80.6
- คู่มือโรคเรื้อนสำหรับประชาชน	12	38.7
- รถเคลื่อนที่ประชาสัมพันธ์	4	12.9
- หอกระจายข่าว	25	80.6

ข้อมูลส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ในการดำเนินงานควบคุมโรคเอดส์แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ :-

2.1 กลุ่มที่มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแล จำนวน 31 คน ผลการประเมินคุณภาพการให้บริการ ในการดำเนินงานควบคุมโรคเอดส์ ทั้ง 4 ด้าน มีดังนี้ :-

2.1.1 ด้านคุณภาพกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน มีตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคในบ้าน จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคเอดส์ในสถานบริการสาธารณสุข สำนวนหมู่บ้านตามข้อบังคับทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ และหน่วยงานได้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชน โดยได้ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัดเท่านั้น รายละเอียดตามตารางที่ 2 คือ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชน และการสำนวนหมู่บ้านตามข้อบังคับทางระบาดวิทยา

2.1.2 ด้านคุณภาพกิจกรรมการให้การรักษาด้วยยาผสม MDT มีตัวชี้วัด 6 ตัวชี้วัด แต่ไม่ผ่านเกณฑ์ถึง 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ ความสามารถในการตรวจเชื้อโรคเอดส์ของหน่วยงาน ผู้ป่วยโรคเอดส์

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละคุณภาพกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ / เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สรุปผล (ร้อยละ)
1. อัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคในบ้าน	- 100% ของผู้ป่วยใหม่ปีนี้ - 80% ของผู้ป่วยรักษา - 50% ของผู้ป่วยเฝ้าระวัง	35.5% 38.7% 31.0%	ไม่ผ่านเกณฑ์
2. จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคเอดส์ในสถานบริการสาธารณสุข	- 100% ของผู้มารับบริการด้วยโรคเอดส์	55.30%	ไม่ผ่านเกณฑ์
3. สำนวนหมู่บ้านตามข้อบังคับทางระบาดวิทยาโรคเอดส์	- อย่างน้อย 10% ของหมู่บ้านที่มีข้อบังคับทางระบาดวิทยา/หรือตามเป้าหมายที่กำหนด	38.7	ผ่านเกณฑ์
4. หน่วยงานได้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชน	- 80% ของประชากรในพื้นที่	85.3	ผ่านเกณฑ์

ที่อยู่ในความดูแลได้รับการตรวจเชื้อโรคเอดส์ อัตราการตรวจร่างกายประจำปีผู้ป่วยขณะรักษา และผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง และอัตราการติดตามผู้ป่วยขาดยา MDT เกิน 1 เดือน และผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการรับยา MDT ครบถ้วนของผู้ป่วย และอัตราการขาดยา MDT เกิน 1 ปี รายละเอียดตามตารางที่ 3

2.1.3 ด้านคุณภาพการป้องกันความพิการตามตัวชี้วัด 6 ตัวชี้วัด และไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ สัดส่วนความพิการในผู้ป่วยรายใหม่ สัดส่วนผู้ป่วยที่กำลังรักษาได้รับการตรวจร่างกายเพื่อป้องกันความพิการ (ป.พ 1) และสัดส่วนผู้ป่วยที่กำลังรักษาได้รับการให้สุศึกษาเพื่อดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ (ป.พ 2) และไม่มีข้อมูล 3 ตัวชี้วัด รายละเอียดตาม ตารางที่ 4

2.1.4 ด้านคุณภาพกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตามตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด มี 2 ตัวชี้วัดที่ไม่มีข้อมูล มีเพียงตัวชี้วัดเรื่อง จำนวนผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพและสงเคราะห์เท่านั้น รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละคุณภาพกิจกรรมการให้การรักษาด้วยยาผสม MDT

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ / เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)	สรุปผล
1. ความสามารถในการตรวจเชื้อโรคเรื้อนของหน่วยงาน	- 100%	19.4	ไม่ผ่านเกณฑ์
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อยู่ในความดูแลได้รับการตรวจเชื้อโรคเรื้อน	- 100%	35.4	ไม่ผ่านเกณฑ์
3. อัตราการตรวจร่างกายประจำปี			
- ผู้ป่วยขณะรักษา	- 100%	51.6	ไม่ผ่านเกณฑ์
- ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง	- 80% ขึ้นไป	48.4	ไม่ผ่านเกณฑ์
4. อัตราการรับยา MDT ครบถ้วนของผู้ป่วย	- 80% ขึ้นไป ทั้ง MB / PB	93.5	ผ่านเกณฑ์
		(เฉพาะที่รักษาอยู่ในพื้นที่)	
5. อัตราการขาดยา MDT เกิน 1 ปี	- ไม่เกิน 5%	3.22	ผ่านเกณฑ์
6. อัตราการติดตามผู้ป่วยขาดยา MDT เกิน 1 เดือน	- 100%	71	ไม่ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละคุณภาพการป้องกันความพิการ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ / เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)	สรุปผล
1. สัดส่วนความพิการในผู้ป่วยรายใหม่	- ไม่เกิน 10%	28	ไม่ผ่านเกณฑ์
2. สัดส่วนความพิการในผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษา	- 0% ของผู้ป่วยรักษาครบถ้วนตาม cohort 1 ปี ทั้งชนิด MB / PB	ไม่มีข้อมูล	
3. สัดส่วนความพิการในผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดระยะเฝ้าระวัง	- ไม่เกิน 5% ของผู้ป่วยที่ครบระยะเฝ้าระวังตาม cohort 1 ปี ทั้งชนิด MB / PB	ไม่มีข้อมูล	
4. สัดส่วนผู้ป่วยที่รักษา / เฝ้าระวังที่มีภาวะ neuritis ได้รับการรักษาด้วย Prednisolone	- 100%	ไม่มีข้อมูล	
5. สัดส่วนผู้ป่วยที่กำลังรักษาได้รับการตรวจร่างกายเพื่อป้องกันความพิการ (ป.พ 1)	- 100%	45.2	ไม่ผ่านเกณฑ์
6. สัดส่วนผู้ป่วยที่กำลังรักษาได้รับการให้สุศึกษาเพื่อดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ (ป.พ 2)	- 100%	80.6	ไม่ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละคุณภาพกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ / เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สรุปผล (ร้อยละ)
1. จำนวนผู้ป่วยพิการระดับ 2 ด้วยโรคเรื้อนทั้งหมดที่ยังมีชีวิตอยู่	- มีการจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้พิการระดับ 2 ด้วยโรคเรื้อนที่เป็นปัจจุบัน	ไม่มีข้อมูล	
2. จำนวนผู้พิการที่ควรได้รับการฟื้นฟูสภาพและสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์	มีการจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้พิการที่ควรได้รับการสงเคราะห์	ไม่มีข้อมูล	
- กายอุปกรณ์ต่างๆ			
- การส่งต่อเพื่อแก้ไขความพิการ			
- การส่งเสริมอาชีพ			
3. จำนวนผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพและสงเคราะห์ด้วย			
- กายอุปกรณ์ต่างๆ	ไม่กำหนด	12.9	ผ่านเกณฑ์
- การส่งต่อเพื่อแก้ไขความพิการ	ไม่กำหนด	9.6	
- การส่งเสริมอาชีพ	ไม่กำหนด	6.5	

2.2 กลุ่มที่ไม่มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแล
จำนวน 302 คน จากผลการประเมินคุณภาพ การให้บริการ ในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน จำนวน 4 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด คือ มีการเฝ้าระวังในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยในระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมา และหน่วยงานได้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคเรื้อน

แก่ประชาชนไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด คือจำนวนผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ได้รับการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคเรื้อนในสถานบริการสาธารณสุข และความสามารถในการตรวจเชื้อโรคเรื้อนของหน่วยงาน รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละคุณภาพกิจกรรม การให้บริการในการดำเนินงานควบคุมโรคเริ่ด กลุ่มที่ไม่มีความป่วยอยู่ในความดูแล

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ / เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)	สรุปผล
1. จำนวนผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ได้รับ การตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคเริ่ด ในสถานบริการสาธารณสุข	- 100% ของผู้มารับบริการ ด้วยโรคผิวหนัง	55.30	ไม่ผ่านเกณฑ์
2. ความสามารถในการตรวจเชื้อ โรคเริ่ดของหน่วยงาน	- 100%	18.2	ไม่ผ่านเกณฑ์
3. มีการเฝ้าระวังในหมู่บ้านที่เคยมี ผู้ป่วยในระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมา	- 100%	100	ผ่านเกณฑ์
4. หน่วยงานได้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคเริ่ดแก่ประชาชน	- 80% ของประชากรในพื้นที่	83.2	ผ่านเกณฑ์

ข้อมูลชุดที่ 2 : การประเมินความพึงพอใจ ของข้อมูลผู้ป่วยโรคเริ่ด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ตำแหน่ง การศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับ บริการที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย โรคเริ่ดต่อการรับบริการ

ส่วนที่ 1 :

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเริ่ด จำนวน 25 คน เป็นชาย 21 คน (ร้อยละ 84) หญิง 4 คน (ร้อยละ 16) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี พบร้อยละ 44 รองลงมาคืออายุต่ำกว่า 30 ปี และ

มากกว่า 60 ปี ร้อยละ 7 ส่วนใหญ่การศึกษาระดับ ประถมศึกษา 12 คน (ร้อยละ 48) มัธยมศึกษาหรือ ประกาศนียบัตร 8 คน (ร้อยละ 32) และไม่ได้รับ การศึกษา 4 คน (ร้อยละ 16) ด้านรายได้ผู้ป่วย โรคเริ่ด ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน ถึงร้อยละ 60 (15 คน) แต่มีความสะดวกในการเดินทางไปรับ บริการ ร้อยละ 80 (20 คน) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ส่วนใหญ่มีจำนวนน้อยกว่า 5 คน (ร้อยละ 84) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการตรวจร่างกายส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจเลย ถึงร้อยละ 56 (14 คน) การรับ ประทานยาสมุนไพร ร้อยละ 92 (23 คน) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 25	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	21	84
- หญิง	4	16
อายุ		
- ต่ำกว่า 30 ปี	7	28
- 30 - 60 ปี	11	44
- มากกว่า 60 ปี	7	28
ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	16
- ระดับประถมศึกษา	12	48
- ระดับมัธยมศึกษา / ปวช.	8	32
- ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	4
รายได้		
- ไม่มีรายได้แน่นอน	15	60
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	5	20
- 5,001 - 10,000 บาท	4	16
- มากกว่า 10,000 บาท	1	4
ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ		
- สะดวก	20	80
- ไม่สะดวก	5	20
จำนวนผู้สัมผัสโรคในบ้าน		
- น้อยกว่า 5 คน	21	84
- มากกว่า 5 คน	4	16
ผู้สัมผัสโรคในบ้านได้รับการตรวจร่างกาย		
- ตรวจทุกปี	4	16
- ตรวจเป็นบางปี	7	28
- ไม่เคยตรวจเลย	14	56
การรับประทานยาสม่ำเสมอ		
- สม่ำเสมอ	23	92
- ไม่สม่ำเสมอ	2	8

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ได้รับ พบว่า ก่อนมารับการรักษาโรคเรื้อนได้รับความรู้จากญาติ/เพื่อน จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 36) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 28) เอกสารแผ่นพับ/ แผ่นปลิว จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 16) และโทรทัศน์ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 12) วิทยู จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 8) เข้ามารับการรักษาด้วยวิธีสงสัย มาตรวจเองถึงร้อยละ 36 ซึ่งเท่ากับได้รับคำแนะนำ

จากญาติ / เพื่อน รองลงมาการส่งต่อร้อยละ 16 ส่วนการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 12 คำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ พบว่า ได้รับคำแนะนำในเรื่องการกินยาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 88 รองลงมา ความรู้เรื่องโรคเรื้อน และการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการเท่ากัน ร้อยละ 68 ส่วนการดูแลญาติที่อยู่รวมบ้าน ร้อยละ 36 รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ได้รับ

กิจกรรม	จำนวน N = 25	ร้อยละ
ก่อนมารับการรักษาโรคเรื้อนได้รับความรู้จาก		
- วิทยู	2	8
- โทรทัศน์	3	12
- เอกสารแผ่นพับ / แผ่นปลิว	4	16
- ญาติ / เพื่อน	9	36
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	7	28
เข้ารับการรักษาด้วยวิธี		
- สงสัยมาตรวจเอง	9	36
- ญาติ / เพื่อน แนะนำ	9	36
- การส่งต่อ	4	16
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3	12
ได้รับคำแนะนำการดูแลในเรื่อง		
- ให้คำแนะนำความรู้เรื่องโรคเรื้อน	17	68
- แนะนำเรื่องการกินยาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง	22	88
- การดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ	17	68
- การดูแลญาติที่อยู่รวมบ้าน	9	36

ส่วนที่ 2 : ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย โรคเรื้อนต่อการรับบริการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพึงพอใจมาก เฉลี่ยร้อยละ 69.9 ยกเว้นในเรื่องไม่มั่นใจ

ว่าเจ้าหน้าที่สามารถรักษาความลับได้ พึงพอใจระดับน้อย ร้อยละ 48 (12 ราย) รายละเอียดตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อการบริการทั่วไป

ข้อมูล	ระดับความพึงพอใจ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลความหมาย
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1. เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือให้ท่านรู้สึกมั่นใจในการเข้ารับบริการ	21(84)	3(12)	1(4)	2.8	0.5	มาก
2. รู้สึกว่าเจ้าหน้าที่มีท่าทีเป็นมิตร	23(92)	1(4)	1(4)	2.8	0.6	มาก
3. ไม่มั่นใจว่าเจ้าหน้าที่สามารถรักษาความลับได้	3(12)	10(40)	12(48)	2.4	0.7	มาก
4. เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจ / สนใจ รับฟังปัญหาหรือเรื่องราว	20(80)	5(20)	0(0)	1.2	0.4	น้อย
5. เจ้าหน้าที่ช่วยให้ท่านเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น	15(60)	9(36)	1(4)	2.5	0.6	มาก
6. ได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องโรคที่เป็น	15(60)	9(36)	1(4)	2.6	0.6	มาก
7. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยา	18(72)	7(28)	0(0)	2.7	0.5	มาก
8. มีความสะดวกในการมารับบริการ	19(76)	4(16)	2(8)	2.6	0.6	มาก
9. ระยะเวลาในการตรวจรักษาเหมาะสม	15(60)	5(24)	4(16)	2.4	0.8	มาก
10. โดยรวมพึงพอใจในการมารับบริการ	20(80)	3(12)	2(8)	2.7	0.7	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	169 (67.9)	56 (22.5)	24 (9.6)	2.47	±0.6	มาก

ข้อมูลชุดที่ 3 : การศึกษาถึงปัญหา และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโรคเรื้อรังในระดับอำเภอและตำบลครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบปลายเปิดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูล ได้แสดงความคิดเห็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินงาน ซึ่งสรุปได้ดังต่อไปนี้

3.1 ปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อรัง ระดับอำเภอและตำบล

3.1.1 ผู้ปฏิบัติงานมีการปรับเปลี่ยน

หน้าที่ โยกย้าย และจบใหม่ ไม่เคยมีความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง และบางส่วนขาดการอบรมฟื้นฟูทางวิชาการ เนื่องจากในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลงการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่จะพบไม่บ่อยพบกระจัดกระจาย ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ ความชำนาญและทักษะ ในการดำเนินงานโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยไปรับการรักษานอกพื้นที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่เห็น ความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมการค้นหา บุคลากรรับงานหลายด้าน และนโยบายเน้นงานเร่งด่วน

3.1.2 ระบบการส่งต่อ ในพื้นที่ไม่ทราบ
ข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่ หรือหากมีการแจ้งข้อมูล
ก็ไม่ชัดเจน ที่อยู่ไม่ถูกต้องติดตามยากประกอบ
กับผู้ป่วย ปิดบังกลัวชุมชนรังเกียจ หลบซ่อนไม่ยอม
เปิดเผยตัวเอง และผู้ป่วยมีการย้ายถิ่นฐาน
ทำมาหากินบ่อย

3.1.3 ขาดงบประมาณในการดำเนินการ โดยเฉพาะในระดับอำเภอและตำบล เนื่องจาก เป็นโรคที่จัดเป็นปัญหาท้าย ๆ และสื่ออุปกรณ์ได้รับ จัดสรรน้อย

3.2 การแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงาน
อื่น และประชาชน พบว่า ยังมีปัญหาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.2.1 เนื่องจากมีผู้ป่วยไปรับการรักษา
นอกพื้นที่ ทำให้ในพื้นที่ไม่ทราบสถานการณ์โรค
หรือทราบแต่ล่าช้า ขาดการส่งต่อข้อมูลการวินิจฉัย
การรักษาผู้ป่วย จากหน่วยงานที่เป็นจุดบำบัด

3.2.2 ขาดการติดตามประเมินผล
ต่อเนื่อง

3.2.3 การขาดการประชาสัมพันธ์ในช่วง
โครงการรณรงค์ ที่มีประสิทธิภาพทำให้ประชาชน
ขาดการมีส่วนร่วม ไม่สนใจและไม่ให้ความสำคัญ
เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรง

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาประเมินผลคุณภาพการให้บริการในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในระดับจังหวัดอำเภอ และตำบลในเขตสาธารณสุขที่ 1 ดังนี้

1. เกี่ยวกับคุณภาพกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชนพบว่า ในปีงบประมาณ 2545 ทุกจังหวัดอัตราความชุก ต่ำกว่า 1 ต่อ 10,000 ประชากรทั้ง 5 จังหวัด เมื่อศึกษาข้อมูลการค้นพบผู้ป่วยใหม่ย้อนหลัง 5 ปี พบผู้ป่วยกระจัดกระจายอยู่ในทุกอำเภอและตำบล บางตำบล อาจจะพบ 1 รายในรอบ 5 ปี หรือบางตำบลอาจจะไม่เคยพบผู้ป่วยเลย ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนในพื้นที่ระดับอำเภอและตำบล ไม่เห็นความสำคัญ

ของการดำเนินงานค้นหา ทั้งในส่วนของการตรวจร่างกายผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข การตรวจผู้สัมผัสโรคที่บ้าน จะมีเฉพาะการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อนแก่ประชาชน โดยเน้นในช่วงรณรงค์เท่านั้น

2. เกี่ยวกับคุณภาพกิจกรรมการให้การ
รักษาด้วยยาผสม MDT ผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่
สาธารณะสุขที่ 1 ส่วนใหญ่จะไปรักษานอกพื้นที่
อาจจะเป็นเพราะเป็นจังหวัดที่ติดต่อกับกรุงเทพ
มหานคร มีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์
ที่ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้สะดวก และ
ไม่ทราบว่าเป็นพื้นที่ที่สามารถรักษาได้หรือไม่ และผู้ป่วย
ต้องการปิดบังไม่ให้คนในชุมชนรับทราบ ทำให้
การดำเนินงานในพื้นที่พบผู้ป่วยน้อย ขาดทักษะ
ประสบการณ์ในการตรวจวินิจฉัย และในส่วนของ
อัตราการตรวจร่างกายประจำปีผู้ป่วยขณะรักษา
และผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะผู้ป่วย
ไม่ได้รักษาในพื้นที่การแจ้งข้อมูลส่งต่อไม่ชัดเจน
การติดตามผู้ป่วยเป็นไปได้อาก

3. เกี่ยวกับคุณภาพการป้องกันความพิการ
จากการประเมินพบว่า การป้องกันความพิการ
ในผู้ป่วยโรคเรื้อนยังขาดการให้ความสำคัญ อาจเกิด
จากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในการดูแลความพิการและ
เจ้าหน้าที่ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย
ที่มีความพิการ

4. เกี่ยวกับคุณภาพกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ไม่มีการจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้พิการที่ควรได้รับการสงเคราะห์ และจำนวนผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพและสงเคราะห์

5. ด้านการศึกษาจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ส่วนมากสะดวกที่จะเดินทางไปรักษา แต่ไม่มีการนำ ผู้สัมผัสโรคควมบ้านมาตรวจ เพราะเกรงเพื่อนบ้าน จะทราบเรื่องการเจ็บป่วยของตน ส่วนใหญ่จะไปรับ การรักษานอกพื้นที่ด้วยเกรงเจ้าหน้าที่จะไม่รักษา ความลับของตน

ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข

1. ควรมีการพิจารณาปรับลดการกำหนดตัวชี้วัดให้เหมาะสมและน้อยลง สำหรับพื้นที่ที่มีผู้ป่วยน้อยและไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข

2. ด้านคุณภาพกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน ควรกำหนดเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนเน้นลงไปในระดับอำเภอและตำบล ให้มีความชุกของโรคต่ำลงไปอีกเพื่อการเฝ้าระวังค้นหาที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

3. ระดับพื้นที่ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มทางระบาดวิทยาของโรคเพื่อดำเนินกิจกรรมอย่างเหมาะสมและสอดคล้อง เช่นในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยในระยะเวลา 10 ปีย้อนหลัง ควรมีกิจกรรมการรณรงค์อย่างน้อยปีละครั้ง ส่วนในพื้นที่พบผู้ป่วยในระยะเวลา 5 ปีย้อนหลัง ควรมีกิจกรรมการรณรงค์และโครงการในการดำเนินงานเสริมมากขึ้น

4. ควรบูรณาการงานโรคเรื้อนเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ของหน่วยสัญญาทั้ง (CUT, CUP, PCU) แบบผสมผสานครบวงจรอย่างมีมาตรฐานชัดเจน อาทิการเฝ้าระวังโรคเรื้อนในการตรวจโรคผิวหนัง และผู้ป่วยทางอายุรกรรมระบบประสาทส่วนปลาย

5. มีระบบส่งต่อและประสานสนับสนุนเชื่อมต่อบริการอื่น ๆ ด้านการแพทย์และสังคม โดยมีหน่วยงานระดับเขตและจังหวัดเป็นพี่เลี้ยง นิเทศติดตาม และให้บริการเสริมเชิงรุก เช่น การสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว การตรวจสอบคุณภาพ การรับรองคุณภาพ และการตรวจสอบการปลดปล่อยปัญหาโรคเรื้อนของอำเภอและจังหวัดรวมทั้งการจัดให้มีการขยายเครือข่ายความร่วมมือทั้งในส่วนกลางภาครัฐและเอกชนกลุ่มชมรมต่าง ๆ ในพื้นที่

6. หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ซึ่งมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำรับผิดชอบประชากรทุกครอบครัว มีทะเบียนสมาชิกในครอบครัว (family folder)⁽²⁾ มีทีมเคลื่อนที่ในการเยี่ยมบ้านในการเฝ้า

ระวังค้นหาโรคเรื้อนรายใหม่และการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านและชุมชนของ PCU, CUP สามารถบูรณาการงานโรคเรื้อนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างครบวงจร และเบ็ดเสร็จ และติดตาม ดูแล ป้องกันผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ใกล้ชิดต่อเนื่อง และรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยพิการ และได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนโดยมีการวางแผน และมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างเหมาะสมและประสาน สนับสนุนเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพกับ PCU, CUP, CUS และ CUT

7. มีระบบข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันสามารถส่งข้อมูลต่อกันได้ ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ทั้งในส่วนผู้ป่วยในทะเบียนรักษาทะเบียนเฝ้าระวัง และทะเบียนผู้ป่วย พร้อมทั้งเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย

8. มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่ ไม่มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลต้องเป็นเรื่องความรู้ด้านการตรวจโรคผิวหนังและโรคเรื้อน เพื่อให้การดำเนินงานโรคเรื้อน ผสมผสานเข้ากับการดำเนินงานประจำอย่างมีมาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงดารณี วิริยกิจจา ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ที่ให้การสนับสนุนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนในระดับอำเภอและตำบลผู้ให้ข้อมูลรวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาที่มีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์; 2535.

3.1.2 ระบบการส่งต่อ ในพื้นที่ไม่ทราบข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่ หรือหากมีการแจ้งข้อมูลก็ไม่ชัดเจน ที่อยู่ไม่ถูกต้องติดตามยากประกอบกับผู้ป่วย ปิดบังกลัวชุมชนรังเกียจ หลบซ่อนไม่ยอมเปิดเผยตัวเอง และผู้ป่วยมีการย้ายถิ่นฐานทำมาหากินบ่อย

3.1.3 ขาดงบประมาณในการดำเนินการ โดยเฉพาะในระดับอำเภอและตำบล เนื่องจากเป็นโรคที่จัดเป็นปัญหาท้าย ๆ และสื่ออุปกรณ์ได้รับจัดสรรน้อย

3.2 การแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น และประชาชน พบว่า ยังมีปัญหาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.2.1 เนื่องจากมีผู้ป่วยไปรับการรักษานอกพื้นที่ ทำให้ในพื้นที่ไม่ทราบสถานการณ์โรคหรือทราบแต่ล่าช้า ขาดการส่งต่อข้อมูลการวินิจฉัยการรักษาผู้ป่วย จากหน่วยงานที่เป็นจุดบำบัด

3.2.2 ขาดการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง

3.2.3 การขาดการประชาสัมพันธ์ในช่วงโครงการรณรงค์ ที่มีประสิทธิภาพทำให้ประชาชนขาดการมีส่วนร่วม ไม่สนใจและไม่ให้ความสำคัญเพียงพอ ข้อมูลข่าวสารไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรง

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาประเมินผลคุณภาพการให้บริการในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อรังในระดับจังหวัดอำเภอ และตำบลในเขตสาธารณสุขที่ 1 ดังนี้

1. เกี่ยวกับคุณภาพกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน พบว่า ในปีงบประมาณ 2545 ทุกจังหวัดอัตราความชุก ต่ำกว่า 1 ต่อ 10,000 ประชากรทั้ง 5 จังหวัด เมื่อศึกษาข้อมูลการค้นพบผู้ป่วยใหม่ย้อนหลัง 5 ปี พบผู้ป่วยกระจายอยู่ในทุกอำเภอและตำบล บางตำบล อาจจะพบ 1 รายในรอบ 5 ปี หรือบางตำบลอาจจะไม่เคยพบผู้ป่วยเลย ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อรังในพื้นที่ระดับอำเภอและตำบล ไม่เห็นความสำคัญ

ของการดำเนินงานค้นหา ทั้งในส่วนของ การตรวจร่างกายผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มาใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุข การตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน จะมีเฉพาะการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อรังแก่ประชาชน โดยเน้นในช่วงรณรงค์เท่านั้น

2. เกี่ยวกับคุณภาพกิจกรรมการให้การรักษาด้วยยาผสม MDT ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่สาธารณสุขที่ 1 ส่วนใหญ่จะไปรักษานอกพื้นที่ อาจจะเป็นเพราะเป็นจังหวัดที่ติดต่อกับกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลใหญ่ที่ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้สะดวก และไม่ทราบว่าในพื้นที่สามารถรักษาได้หรือไม่ และผู้ป่วยต้องการปิดบังไม่ให้คนในชุมชนรับทราบ ทำให้การดำเนินงานในพื้นที่พบผู้ป่วยน้อย ขาดทักษะประสบการณ์ในการตรวจวินิจฉัย และในส่วนของอัตราการตรวจร่างกายประจำปีผู้ป่วยขณะรักษา และผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาในพื้นที่การแจ้งข้อมูลส่งต่อไม่ชัดเจน การติดตามผู้ป่วยเป็นไปได้อย่าง

3. เกี่ยวกับคุณภาพการป้องกันความพิการจากการประเมินพบว่า การป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังขาดการให้ความสำคัญ อาจเกิดจากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในการดูแลความพิการและเจ้าหน้าที่ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการ

4. เกี่ยวกับคุณภาพกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ไม่มีการจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้พิการที่ควรได้รับการสงเคราะห์ และจำนวนผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพและสงเคราะห์

5. ด้านการศึกษาจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ส่วนมากสะดวกที่จะเดินทางไปรักษา แต่ไม่มีการนำผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมาตรวจ เพราะเกรงเพื่อนบ้านจะทราบเรื่องการเจ็บป่วยของตน ส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาที่นอกพื้นที่ด้วยเกรงเจ้าหน้าที่จะไม่รักษาความลับของตน

ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข

1. ควรมีการพิจารณาปรับลดการกำหนดตัวชี้วัดให้เหมาะสมและน้อยลง สำหรับพื้นที่ที่มีผู้ป่วยน้อยและไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข

2. ด้านคุณภาพกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน ควรกำหนดเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนเน้นลงไปในระดับอำเภอและตำบล ให้มีความชุกของโรคต่ำลงไปอีกเพื่อการเฝ้าระวังค้นหาที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

3. ระดับพื้นที่ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มทางระบาดวิทยาของโรคเพื่อดำเนินกิจกรรมอย่างเหมาะสมและสอดคล้อง เช่นในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยในระยะเวลา 10 ปีย้อนหลัง ควรมีกิจกรรมการรณรงค์อย่างน้อยปีละครั้ง ส่วนในพื้นที่พบผู้ป่วยในระยะเวลา 5 ปีย้อนหลัง ควรมีกิจกรรมการรณรงค์และโครงการในการดำเนินงานเสริมมากขึ้น

4. ควรบูรณาการงานโรคเรื้อนเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ของหน่วยสัญญาทั้ง (CUT, CUP, PCU) แบบผสมผสานครบองค์รวมอย่างมีมาตรฐานชัดเจน อาทิการเฝ้าระวังโรคเรื้อนในการตรวจโรคผิวหนัง และผู้ป่วยทางอายุรกรรมระบบประสาทส่วนปลาย

5. มีระบบส่งต่อและประสานสนับสนุนเชื่อมต่อบริการอื่น ๆ ด้านการแพทย์และสังคม โดยมีหน่วยงานระดับเขตและจังหวัดเป็นพี่เลี้ยง นิเทศติดตาม และให้บริการเสริมเชิงรุก เช่น การสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว การตรวจสอบคุณภาพ การรับรองคุณภาพ และการตรวจสอบการปลดปล่อยปัญหาโรคเรื้อนของอำเภอและจังหวัดรวมทั้งการจัดให้มีการขยายเครือข่ายความร่วมมือทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชนกลุ่มชมรมต่าง ๆ ในพื้นที่

6. หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ซึ่งมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำรับผิดชอบประชากรทุกครอบครัว มีทะเบียนสมาชิกในครอบครัว (family folder)⁽²⁾ มีทีมเคลื่อนที่ในการเยี่ยมบ้านในการเฝ้า

ระวังค้นหาโรคเรื้อนรายใหม่และการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านและชุมชนของ PCU, CUP สามารถบูรณาการงานโรคเรื้อนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างครบองค์รวม และเบ็ดเสร็จ และติดตาม ดูแล ป้องกันผู้สัมผัสร่วมบ้านได้ใกล้ชิดต่อเนื่อง และรวมถึงการส่งเคราะห์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยพิการ และได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนโดยมีการวางแผน และมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างเหมาะสมและประสาน สนับสนุนเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพกับ PCU, CUP, CUS และ CUT

7. มีระบบข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันสามารถส่งข้อมูลต่อกันได้ ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ทั้งในส่วนผู้ป่วยในทะเบียนรักษาทะเบียนเฝ้าระวัง และทะเบียนผู้ป่วย พร้อมทั้งเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย

8. มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่ ไม่มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลต้องเป็นเรื่องความรู้ด้านการตรวจโรคผิวหนังและโรคเรื้อน เพื่อให้การดำเนินงานโรคเรื้อน ผสมผสานเข้ากับการดำเนินงานประจำอย่างมีมาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงดารณี วิริยกิจจา ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ที่ให้การสนับสนุนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนในระดับอำเภอและตำบลผู้ให้ข้อมูลรวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูตร ที่ปรึกษากุมารเวชกรรมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาที่มีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูตร. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์; 2535.

2. วีระ รามสูตร. วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์
การกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน. เอกสาร
ประกอบการประชุม การพัฒนางานควบคุม
โรคเรื้อน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า,
2546, (เอกสารอัดสำเนา)
3. วีระ รามสูตร. ความก้าวหน้าและข้อควรปฏิบัติ
เกี่ยวกับการใช้ยาเคมีบำบัดโรคเรื้อนผสม
แบบใหม่ ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัย
โลก. แพทยสมาคม 2530; 10(1) : 5-13.
4. ดำรงค์ บุญยืน. แนวคิดในการกำจัดโรคเรื้อน.
แนวทางการดำเนินงานโครงการปรีณรงค์
ประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนถวายเป็น
พระราชกุศลทรงครองราชย์ ครบ 50 ปี.
กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย จำกัด; 2539.
5. วีระ รามสูตร. ปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน.
วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ 2525 ; 3 :
69-81.
6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ
รายงานสถานการณ์โรคเรื้อน. สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ; ปี 2545
(เอกสาร อัดสำเนา)
7. สุวิมล ศิริภานันท์. การประเมินโครงการ
แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
8. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. กรุงเทพ
มหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา; 2546.
9. International federation of anti - leprosy
association. The Interpretation of epidemiological
indicators in leprosy, London
ILEP; 2001.
10. World Health Organization. How to
monitor leprosy elimination in your
working area. Switzerland: World Health
Organization; 2001.

งานวิจัยประเมินผลคุณภาพการให้บริการงานควบคุมโรคเรื้อนในระดับอำเภอและตำบล พื้นที่
เขต 1 นี้ นับเป็นงานวิจัยที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ในเชิงคุณภาพของบริการและผู้ให้ รวมทั้งผู้รับบริการ
และสะท้อนภาพการควบคุมโรคเรื้อนในเขตปริมณฑลและจังหวัดในเขต 1 ที่อยู่รอบและใกล้ กทม. ข้อมูลจาก
ผลการศึกษาเรื่องนี้เพื่อเชื่อมโยงกับการศึกษาระบบการศึกษาระดับวิทยาลัยของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการที่
สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัยจึงเป็นการสะท้อนภาพรวมทั้งชัดเจนของปัญหาการ
ควบคุมโรคเรื้อนในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียงโดยรอบ ซึ่งมีปัจจัยสังคม เศรษฐกิจ และ
สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ที่เป็นลักษณะเฉพาะของพื้นที่เมืองที่มีความเจริญพัฒนาสูงกว่าเขตอื่น ผลการประเมินและ
ข้อเสนอแนะต่างๆ ชี้ให้เห็นสภาพปัญหาและปัจจัยเกี่ยวข้องชัดเจนที่ควรจักได้รับการใช้ประโยชน์ทั้งจาก
ผู้กำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบการบูรณาการโครงการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนในระบบสุขภาพหลังการ
ปฏิรูประบบสุขภาพ ระบบราชการ และการประกันสุขภาพถ้วนหน้าตลอดจนนักวิชาการเกี่ยวข้อง ฯลฯ ในการ
กำหนดประเด็นปัญหาที่ควรศึกษาวิจัยหรือประเมินผลและผลกระทบต่อไปอีกทั้งเชิงนโยบายและระดับวิทยา
และการปฏิบัติการด้านต่างๆ ฯลฯ เพื่อวิเคราะห์ / สังเคราะห์ จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และปัญหาอุปสรรค
เพื่อทบทวน ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ การกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนในพื้นที่ กทม. และจังหวัด
ใกล้เคียง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะให้มีคุณภาพตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายกำจัด
โรคเรื้อนอย่างยั่งยืน สมดังพระราชปณิธานในปี 2549

บรรณาธิการ

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาความเข้มแข็ง นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

Community Participation in Empowering Development of Mae Lao Leprosarium, Chiangrai Province

- ทิวา สมหวัง* ศศ.ม. (นโยบายและการวางแผนสังคม) Tiva Somvang*, M.A. (Social Policy and Planning)
 จินตนา วรสายันห์* ศศ.ม. (สิ่งแวดล้อม) Jintana Vorasayan*, M.A. (Environments)
 สงกรานต์ ภูพุก* ศศ.ม. (สิ่งแวดล้อม) Songkran Poopook*, M.A. (Environments)
 วิจิตรา ธารีสุวรรณ* วท.ม. (สุขศึกษา) Vijitra Thareesuwon*, M.Sc. (Health Education)
 นฤมล ใจดี* ศษ.ม. (สุขศึกษา) Naruemol Chaidee*, M.A. (Health Education)
 สินชัย คเชนทร์* พบ.ม. Sinchai Kachen*, M.P.A.
 ประทุม สอนสหทอง ศษ.บ. (สุขศึกษา) Pratoom Sonsopthong*, B.Ed. (Health Education)
 ทิพาพร อัปสรณะสมบัติ** ศศ.ม. (สังคมศาสตร์) Tipaporn Upsornthanasombut**, M.A. (Social Work)
 ประกิจ เทียมใจ** ศศ.บ. (สาธารณสุข) Prakrit Tiemjai**, B.P.H. (Public Health)
 * สถาบันราชประชาสมาสัย * Raj Pracha Samasai Institute
 ** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ** Office of Disease Prevention and Control Region 10, Chiangmai

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนานิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม ในนิคมโรคเรื้อน ศึกษาเจตคติของชุมชนใกล้เคียงต่อนิคมโรคเรื้อน และศึกษาการใช้ระบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนานิคมโรคเรื้อน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พื้นที่การวิจัยศึกษาที่นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย และชุมชนใกล้เคียง หมู่ที่ 2 บ้านสองแคว และหมู่ที่ 3 บ้านน้ำลาด ตำบลธารทอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้อาศัย และผู้นำชุมชนที่อยู่ในนิคมแม่ลาว ผู้นำชุมชนตำบลธารทอง นายก อบต. ปลัด อบต. กำนันและผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 2 และ 3 ตำบลธารทอง และชุมชนใกล้เคียง คือ บ้านสองแคว และบ้านน้ำลาด ตำบลธารทอง การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย และคณะ ซึ่งใช้เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและจัดการประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม กระบวนการ AIC และการทำประชาคมหมู่บ้าน

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ด้านสภาพทางสังคม ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 76.64 มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ร้อยละ 89 ได้วางแผนชีวิตที่จะอยู่ในนิคมตลอดไป ร้อยละ 65.69 ต้องการให้นิคมอยู่ในสภาพเดิม คือสมาชิกได้รับค่าอาหาร และจัดสรรที่ดินทำกินโดย

ไม่ตกทอดถึงลูกหลาน และร้อยละ 24 ต้องการพัฒนานิคมให้กลายเป็นหมู่บ้านปกติ โดยสมาชิกไม่ได้รับค่าอาหารและสมาชิกสามารถขอเช่าที่ราชพัสดุ ทำกินถึงลูกหลานได้ ส่วนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนในนิคม สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในด้านการร่วมประชุม ร่วมกิจกรรม ช่วยแรงงาน และบริจาคสิ่งของ และมีบางส่วนไปร่วมประชุมและร่วมกิจกรรม ด้านสภาพเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีฐานะปานกลาง การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ทำนา รองลงมารับจ้างทั่วไป ด้านสภาพทางการเมือง นิคมแม่ลาวแบ่งการปกครองเป็น 2 หมู่ มีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล หมู่ละ 2 คน แต่สมาชิกนิคมสมาชิก อบต. ผู้ใหญ่บ้าน และกรรมการหมู่บ้านมีความคิดเห็นเป็นหนึ่งเดียวสอดคล้องกันในการนำงบประมาณที่ได้รับในแต่ละหมู่บ้านมาทำการพัฒนาร่วมกัน ด้านสภาพแวดล้อมสภาพทั่วไปของนิคมมีลักษณะเช่นเดียวกับชุมชนทั่วไป มีแหล่งน้ำ อ่างเก็บน้ำ วัด โบสถ์ โรงเรียน สภาพบ้านพักอาศัยในนิคมประกอบด้วย บ้านพักผู้ป่วยสร้างเอง บ้านพักผู้อาศัยสร้าง ราชการและองค์กรเอกชนสร้างให้ แต่ส่วนใหญ่เป็นบ้านพักที่ผู้อยู่อาศัยสร้างเอง มีสภาพที่แข็งแรงและหลังใหญ่ จากการสัมภาษณ์ประชาชนบ้านน้ำลัด และบ้านสองแคว ส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อชุมชนแม่ลาว ในส่วนของการศึกษา กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชนในการพัฒนานิคม พบว่านิคมแม่ลาวมีปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนานิคม คือ กลุ่มแกนนำชุมชนมีศักยภาพสมาชิกนิคม และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการพัฒนานิคมอย่างดี โดยส่วนใหญ่เคยผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นผลให้โครงการต่างๆ ที่สมาชิกนิคมได้ร่วมกันเริ่มตั้งแต่ ค้นหาปัญหา หาข้อมูลแยกแยะ และวิเคราะห์ปัญหา วางแผนร่วมตัดสินใจ ระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น บริหารจัดการ รวมทั้งการติดตามประเมินผล โดยมีการสนับสนุนจากฝ่ายรัฐคือทางเจ้าหน้าที่นิคมที่ให้ความสำคัญ และกระตุ้นหรือรื้อฟื้นในการกระตุ้นด้านแนวคิดให้ชุมชนเข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วมมากขึ้นในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชน โดยไม่ต้องรอการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ทำให้เกิดกระบวนการการพัฒนานิคมแม่ลาวให้เป็นชุมชนที่เข้มแข็ง และมุ่งสู่วิสัยทัศน์ที่ชุมชนตั้งไว้ต่อไป

ABSTRACT

Authors have conducted the participatory action research on community participation in empowering development of Mae Lao leprosarium, Chiangrai province, aiming at social integration into normal community in the near future. Population involved in the study were leprosy patients and their family members, leaders in Mae Lao leprosarium and near by two communities selected for the study, together with officials and local leaders and villagers from such tambol administrative authority and communities. Tools for study research were house hold survey, in-depth-interview, participatory observation, focal group discussion, group process, AIC process and community organization, etc. The overall results revealed that 76.64 percent of leprosarium members were satisfied with their present status and living, 65.69 percent expressed status-quo and 24 percent agreed to integrate the leprosarium into normal village. Findings from the study also revealed that two representatives from the leprosarium were already elected as members of tambol administrative authority to vote for financial support to community development of

the leprosarium eventhough the amount and priority seemed to be low due to the legal limitation of status of the leprosarium and government property of land together with financial subsidy from Department of Disease Control. Mae Lao leprosarium actually possessed satisfactory and adequate supporting infrastructures and relating socio-economic, political, and environmental factors together with high potentiality and readiness to further integrate into normal village if the obstacle on legal measures on land property could be solved accordingly. Empowering development were resulted and enabling the leprosarium members to develop 16 inovative projects for community development which would helped further developing into self-supporting and sustainable empowering development. Researchers will help supporting, facilitating, coordinating and consulting such development while monitoring and evaluation would be undertaken every three months. In addition, attitude of near by communities and relating government and non government sectors appeared to be positive and favorable for social integration of Mae Lao leprosarium.

คำสำคัญ : การพัฒนา, ความเข้มแข็ง, การมีส่วนร่วม, ชุมชน, นิคม, ผู้ป่วยโรคเรื้อน

Keywords : Development, Empowerment, Participation, Community, leprosarium, Leprosy Patients.

1. หลักการและเหตุผล

ในระยะแรกก่อนปี พ.ศ. 2498 ที่จะเริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ที่มุ่งค้นหาและรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (domiciliary approach) รัฐบาลมีนโยบายและมาตรการในการควบคุมโรค โดยการแยกกักผู้ป่วยซึ่งเป็นแหล่งแพร่โรคไว้ในนิคมโรคเรื้อน (isolation or segregation approach) เพื่อประโยชน์ในการควบคุมการแพร่กระจายของโรค รวมทั้งเพื่อให้การรักษาส่งเคราะห์เพื่อลดความรุนแรง และหลีกเลี่ยงความรังเกียจกลัวของสังคม จนถึงปัจจุบันมีนิคมโรคเรื้อนในสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่งทั่วประเทศ เพื่อใช้รองรับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการและพึ่งตนเองและครอบครัวไม่ได้ เข้ารับการรักษา และให้การส่งเคราะห์ด้านที่อยู่อาศัย และที่ดินราชพัสดุในการประกอบอาชีพแก่ผู้ป่วยที่ไร้ที่พึ่ง ซึ่งถูกผลักดันออกจากสังคมปกติ ปัจจุบัน ณ 31 กรกฎาคม 2545⁽¹⁾ มีผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคม

ทั้งหมด 2,549 คน และสมาชิกผู้อาศัย 4,057 คน รวมทั้งสิ้น 6,606 คน และมีจำนวน ครว้เรื้อน 2,388 ครว้เรื้อน ซึ่งเป็นภาระของรัฐบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนในด้านต่าง ๆ เฉลี่ยปีละ 50 ล้านบาท

จากผลสำเร็จของโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ดังกล่าวซึ่งสามารถขยายโอกาสความครอบคลุม และโอนมอบงานให้สถานบริการสุขภาพของทุกจังหวัดได้ในปี 2519 และโดยเฉพาะอย่างยิ่งประสิทธิผลของยาเคมีบำบัดผสมรักษาโรคเรื้อนแบบใหม่ (multidrug therapy: MDT) ตั้งแต่ปี 2527⁽²⁾ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาหายในระยะสั้น และผลของสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ที่ดีช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อนที่ถูกต้องแก่ชุมชนและประชาชนทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถรับการรักษาที่บ้าน และได้รับการยอมรับจากชุมชน ประกอบกับการส่งเสริมสนับสนุนสวัสดิการสังคม

จากภาครัฐก็เป็นส่วนสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามสิทธิมนุษยชนเพื่อดำรงชีวิต เช่น คนปกติอย่างมีบูรณาการอยู่ในชุมชน (social integration) ในส่วนของนิคมโรคเรื้อนก็มีการพัฒนา ด้านอาชีพ คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อม และค่อยๆ เปลี่ยนแปลงสถานภาพจากชุมชนของผู้ป่วยโรคเรื้อน ไปสู่การเป็นชุมชนปกติมากขึ้น นอกจากนั้นนิคม บางแห่งยังมีการพัฒนาที่ดีจนสามารถ จัดตั้งเป็น หมู่บ้านในสังกัดกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย การดำรงชีพของสมาชิกนิคมบางคน ไม่สามารถจำกัดให้อยู่ภายใต้กฎระเบียบวินัยสถาน โรคเรื้อนเพียงอย่างเดียวอีกต่อไป ดังนั้น การดำรง สภาพการเป็นนิคมโรคเรื้อนตามวัตถุประสงค์เดิม จึงไม่น่าจะสอดคล้องกับสถานการณ์ทั้งในปัจจุบัน และอนาคต

ดังนั้น เพื่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา ศักยภาพของนิคมโรคเรื้อนเพื่อบูรณาการไปสู่ การเป็นชุมชนปกติที่สามารถพึ่งพาตนเองด้าน เศรษฐกิจ สังคม และบูรณาการด้านสวัสดิการสังคม ของผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้าสู่ระบบการบริหารงานขององค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่นในอนาคต⁽³⁾ จึงเห็นควรทำการ ศึกษาวิจัยบริบททางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งศักยภาพของ ชุมชนในนิคมโรคเรื้อนซึ่งจะเป็นปัจจัยเอื้อหรือปัญหา อุปสรรคที่จะนำไปสู่การบูรณาการนิคมโรคเรื้อน สู่ชุมชนปกติในอนาคต ตลอดจนศึกษากระบวนการ พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแผน ยุทธศาสตร์เพื่อบรรลุเป้าหมาย การพัฒนานิคมตาม ความประสงค์ของชุมชนต่อไป โดยได้เลือกนิคม แม่ลาว จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่นำร่องและรูปแบบ ในการศึกษาค้นคว้า เนื่องจากนิคมแม่ลาว จังหวัด เชียงราย เป็นนิคมโรคเรื้อนที่มีขนาดใหญ่ โดยมีพื้นที่ 6,654 ไร่ มีจำนวนครัวเรือน 482 ครัวเรือน สำหรับ ประชากรซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วย 202 คน และสมาชิก ผู้อาศัย 849 คน รวมทั้งสิ้น 1,051 คน ณ 31 กรกฎาคม 2545⁽¹⁾ ซึ่งเป็นภาระที่รัฐจะต้องจ่ายค่า

อาหาร และให้เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยพิการ เฉลี่ยปีละ 4.3 ล้านบาท สำหรับผู้ป่วยภายในยังได้รับ สิทธิประโยชน์ จากทางราชการแบ่งที่ดินราชพัสดุ ให้ทำกินประมาณ ครอบครัพละ 5-10 ไร่ โดย ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพทำนาและทำไร่ข้าว ตามเชิงเขาและที่ราบตามไหล่เขา และอาชีพรับจ้าง ทั่วไป

ปัญหาที่พบจากการติดตามตรวจเยี่ยมนิคม ที่สำคัญ ได้แก่ เรื่องการจัดระเบียบชุมชน ยังมี ปัญหาเนื่องจากนโยบาย วิสัยทัศน์ในการพัฒนา นิคม ยังไม่ชัดเจน⁽⁴⁾ มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการ ในการพัฒนาหมู่บ้านก็ยังมีปัจจัยจำกัดด้าน งบประมาณ และปัญหาในการดำเนินโครงการต่างๆ เช่น ด้านอาชีพ ถึงแม้จะไม่มีปัญหาด้านเงินทุน และมี ศักยภาพในด้านการผลิตสูง เช่น กลุ่มแม่บ้านต่าง ๆ ที่จะผลิตสินค้าจากวัตถุดิบในนิคม แต่มีปัญหาด้าน ตลาดจำหน่าย เพราะขาดการส่งเสริมสนับสนุนจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาการ และเจ้าหน้าที่ เคหะกิจ ในการให้ความรู้ใหม่ ๆ หรือการดำเนินงาน ของกลุ่ม นอกจากนี้สมาชิกในนิคมยังขาดสิทธิต่าง ๆ เช่น ที่ดินทำกิน ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม แต่เนื่องจากที่ดินนิคมเป็นที่ราชพัสดุ การจับจองที่ทำกินของสมาชิกไม่มีหลักฐานเอกสารสิทธิ์ ใดๆ จึงไม่สามารถขึ้นทะเบียนเกษตรกรรมได้ เพราะ ต้องใช้หลักฐานเอกสารสิทธิในพื้นที่ทำกิน ทำให้ ขาดโอกาสและสิทธิในการเข้าร่วมโครงการหรือการรับ การสนับสนุนอื่นๆ จากโครงการของรัฐ เช่น เข้าร่วม โครงการประกันราคาข้าว และพืชผลการเกษตรต่างๆ การขอกู้ยืมเงินจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ แม้จะเป็นข้อจำกัด และมีผลต่อการพัฒนานิคมโรคเรื้อนอย่างมาก แต่ก็ยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนานิคม กล่าวคือ สมาชิกนิคมผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน และ กรรมการหมู่บ้านผู้มีความคิดเห็น เป็นเอกภาพ หนึ่งเดียวอย่างสอดคล้องกันในเรื่องการมีส่วนร่วม

ในการพัฒนานิคม ซึ่งศักยภาพดังกล่าวข้างต้นย่อมเป็นโอกาสและจุดเด่นที่เอื้ออำนวยอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการพัฒนาชุมชนของตนเองต่อไป

2. คำถามการวิจัย

นิคมโรคเรื้อนสามารถพัฒนาความเข้มแข็งเพื่อบริณาการไปสู่ชุมชนปกติได้หรือไม่

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในนิคมโรคเรื้อน

3.2 เพื่อศึกษาเจตคติของชุมชนใกล้เคียงต่อนิคมโรคเรื้อน

3.3 เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเข้มแข็งของนิคมโรคเรื้อน

4. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)⁽⁵⁻¹⁰⁾ คือการให้ชุมชน (กลุ่มประชากรที่ศึกษา) มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา วิธีการหาข้อมูล แยกแยะและวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ และการติดตามประเมินผล โดยการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็นระยะ 2 ระยะ คือ

ระยะแรก เป็นการศึกษาชุมชนและบริบทที่เกี่ยวข้อง ทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

สำหรับระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อระดมความคิดของสมาชิกนิคม ผู้แทนทุกระดับของกลุ่มต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน

หรือผู้เกี่ยวข้อง ให้มีการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเข้มแข็งของนิคมโรคเรื้อน ตลอดจนร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

5. พื้นที่การวิจัย

สำหรับการเลือกพื้นที่การวิจัย ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง คือเลือกศึกษาที่นิคมแม่ลาว ตำบลธารทอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย และชุมชนใกล้เคียง คือ หมู่ที่ 2 บ้านสองแคว และหมู่ที่ 3 บ้านน้ำลาด ตำบลธารทอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ซึ่งนิคมแม่ลาวสามารถบูรณาการสวัสดิการสังคมและการปกครองท้องถิ่นภายใต้ อบต. ธารทอง ต่อไปในอนาคตได้ ส่วนประชากรที่ศึกษาได้แก่

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้อาศัย และผู้นำชุมชนที่อยู่ในนิคมแม่ลาว

2. ผู้นำชุมชนตำบลธารทอง นายก อบต. สมาชิก อบต. ปลัด อบต. กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 2 และ 3 ตำบลธารทอง

3. ชุมชนใกล้เคียง ได้แก่ บ้านสองแคว และบ้านน้ำลาด ตำบลธารทอง

6. การเก็บข้อมูล

ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1. ระยะเตรียมการ 2. ระยะดำเนินการ 3. ระยะภายหลังการดำเนินงาน โดยการค้นคว้าจากเอกสารต่างๆ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ผู้รู้ การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการการสำรวจครัวเรือน การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม

การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและจดบันทึกการประชุมแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม กระบวนการ AIC^(11,12) และการทำประชาคมหมู่บ้าน

7. ผลการศึกษาวิจัย

7.1 สภาพทางสังคม

นิคมโรคเรื้อนแม่ลาวเดิมในอดีตกาลเป็นที่พักอาศัยของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อพยพมาจากหมู่บ้านต่าง ๆ และจากประเทศพม่าและลาว รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อนจากสถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ จังหวัดเชียงใหม่ จนถึงปี พ.ศ. 2478 จึงได้จัดตั้งเป็นนิคมโรคเรื้อนแม่ลาว ปัจจุบันแบ่งการปกครองออกเป็น 2 หมู่ ได้แก่ หมู่ 1 บ้านนิคมแม่ลาว และ หมู่ 2 บ้านนิคมแม่ลาวเหนือ จากข้อมูลการศึกษาวิจัย พบว่า 1) ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 76.64 มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตในปัจจุบัน 2) ร้อยละ 89 ได้วางแผนชีวิตที่จะอยู่ในนิคมตลอดไป 3) ร้อยละ 65.69 ต้องการให้นิคมอยู่ในสภาพเดิม คือสมาชิกได้รับค่าอาหารและจัดสรรที่ดินทำกินโดยไม่ตกทอดถึงลูกหลาน 4) ร้อยละ 24 ต้องการพัฒนานิคมให้กลายเป็นหมู่บ้านปกติ โดยสมาชิกไม่ได้รับค่าอาหาร และสมาชิกสามารถขอเช่าที่ราชพัสดุหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำกินถึงลูกหลานได้ 5) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนในนิคมเกือบทุกคนมีส่วนร่วมในด้านการร่วมประชุมร่วมกิจกรรมช่วยแรงงาน และบริจาคทรัพย์สินของ 6) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนนอกนิคมส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในด้านการบริจาคสิ่งของ และมีบางส่วนไปร่วมประชุมและร่วมกิจกรรม

7.2 สภาพเศรษฐกิจ

สมาชิกนิคมแม่ลาว ส่วนใหญ่มีฐานะปานกลาง การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ทำนา รองลงมารับจ้างทั่วไป สำหรับบ้านพักอาศัยส่วนใหญ่สร้างเอง สมาชิกบางส่วนมีหนี้สินที่กู้ยืมมาจากกองทุนหมู่บ้าน เงินทุนสวัสดิการผู้ป่วยโรคเรื้อน กรมควบคุมโรค สหกรณ์เครดิตยูเนียนเป็นหนี้สินที่กู้ยืมมาลงทุนในการประกอบอาชีพ โดยชำระเป็นงวด ๆ และมีสมาชิกบางส่วนไม่มีที่ดินทำกิน

7.3 สภาพทางการเมือง

นิคมแม่ลาวแบ่งการปกครองเป็น 2 หมู่

มีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล หมู่ละ 2 คน แต่สมาชิกนิคม สมาชิก อบต. ผู้ใหญ่บ้าน และ กรรมการหมู่บ้าน มีความคิดเห็นเป็นหนึ่งเดียว สอดคล้องกันในการนำงบประมาณที่ได้รับในแต่ละหมู่บ้านมาทำการพัฒนาร่วมกัน อย่างไรก็ตามในการพัฒนาหมู่บ้าน ก็ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ และปัญหาในการดำเนินโครงการต่าง ๆ และในการลำดับความสำคัญในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ของ อบต. แผนของนิคมแม่ลาวจะอยู่ในระดับท้าย ๆ เนื่องจากทาง อบต. เห็นว่านิคมเป็นหน่วยงานภายใต้การดูแลของกรมควบคุมโรค และอีกเหตุผลหนึ่ง คือ อบต. เอง ซึ่งรายได้ส่วนหนึ่งมาจากการเก็บภาษีที่ดินก็ไม่สามารถเก็บภาษีในส่วนที่ดินนิคมได้ ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาในการขอรับการจัดสรรงบประมาณจาก อบต. มาสนับสนุนการพัฒนานิคมในอนาคต

7.4 สภาพด้านสิ่งแวดล้อม

สภาพบ้านพักอาศัยในนิคม ประกอบด้วย บ้านพักผู้ป่วยสร้างเอง บ้านพักผู้อาศัยสร้างเอง ราชการและองค์การเอกชนสร้างให้ แต่ส่วนใหญ่เป็นบ้านพักที่ผู้อาศัยสร้างเองมีสภาพที่แข็งแรงและหลังใหญ่

สภาพทั่วไปของนิคม มีลักษณะเช่นเดียวกับชุมชนทั่วไป นิคมมีแหล่งน้ำ คืออ่างเก็บน้ำห้วยหลวง ใช้ประโยชน์ในการทำเกษตรและเลี้ยงปลา และมีระบบประปาภูเขาปริมาณน้ำเพียงพอใช้ตลอดปี มีไฟฟ้าทุกหลังคาเรือน ถนนในนิคมบางส่วนเป็นคอนกรีตเสริมเหล็ก และบางส่วนเป็นลูกรัง การกำจัดขยะส่วนใหญ่ทำโดยการเผา และบางส่วนทิ้งตามข้างถนนและบริเวณบ้าน สถานที่สำคัญคือ ตำบะ โบสถ์ คริสตจักร โรงเรียน และบ้านพักคนชรา

ผลจากการระดมพลังอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเข้มแข็งของนิคมแม่ลาว และการทำประชาคมหมู่บ้าน พบว่า 1) มีการระดมทรัพยากรในการสร้างหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน 2) การติดตั้งไฟฟ้าถึงเพิ่มขึ้น 3) มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพแวดล้อมที่ชัดเจน คือ

ชาวบ้านร่วมกันพัฒนานกนให้มีสภาพดีขึ้น รณรงค์ทำความสะอาดกำจัดขยะบริเวณบ้านพักอาศัย และถนนหน้าบ้านของตนเอง 4) มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวเกี่ยวกับความก้าวหน้าของแต่ละโครงการหลังจากการประชุม ระดมพลังอย่างสร้างสรรค์ในการพัฒนานิคม

7.5 เจตคติของชุมชนใกล้เคียงต่อนิคมโรคเรื้อน

จากการสนทนากลุ่ม อบต.ธารทอง ซึ่งประกอบด้วย นายก อบต. สมาชิก อบต. ปลัด อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู ผู้ปกครองนิคม อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน และทีมวิจัย ในประเด็นความรู้สึกรู้สึกของกลุ่มสนทนาดังกล่าวต่อชุมชนโรคเรื้อนแม่ลาวสรุปได้ดังนี้คือ 1) ด้านความรังเกียจต่อชุมชนโรคเรื้อนแม่ลาวมีน้อย และในกลุ่มสนทนาบางส่วนเป็นลูกหลานผู้ป่วยโรคเรื้อน 2) เสนอความคิดเห็นในการเปลี่ยนชื่อนิคมโรคเรื้อนแม่ลาวเป็นนิคมถ้ำพระในกรณีที่มีสมาชิกนิคมต้องการทำโครงการในการพัฒนานิคมสามารถทำโครงการร่วมกับ อบต. ธารทองได้ 3) การจัดลำดับความสำคัญของ อบต. แผนของนิคมแม่ลาวจะอยู่ในระดับท้ายๆ เนื่องจากทาง อบต. เห็นว่าเป็นหน่วยงานภายใต้การดูแลของกรมควบคุมโรค 4) การถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบต. ธารทองนั้น ทาง อบต. ยังไม่เข้าใจภารกิจ เนื่องจากเป็นองค์กรใหม่ และแต่ละครั้งก็มีการเปลี่ยนแปลงทั้งนายกและสมาชิก อบต.

จากการสัมภาษณ์ประชาชนบ้านน้ำลาด และบ้านสองแคว ส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อชุมชนแม่ลาว กล่าวคือ ส่วนใหญ่ไม่รังเกียจชุมชนนิคมแม่ลาว มีการติดต่อซื้อขายผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร และงานหัตถกรรมต่างๆ เช่นเดียวกับชุมชนปกติทั่วไป มีการร่วมกิจกรรมในงานบุญ งานประเพณีต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการแต่งงานระหว่างคนในชุมชนนิคมแม่ลาวกับ ชุมชนใกล้เคียง และชุมชนอื่นๆ รวมทั้งการยอมรับร่วมเป็นชุมชนปกติ ภายใต้ อบต. เดียวกัน

7.6 ผลการศึกษาการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานิคมแม่ลาว

7.6.1 ผลจากการตรวจเยี่ยมนิคม

พบว่า การจัดระเบียบชุมชนยังมีปัญหาเนื่องจากนโยบาย และวิสัยทัศน์ในการพัฒนานิคมยังไม่ชัดเจน มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการ ในการพัฒนาหมู่บ้านก็ยังมีปัจจัยจำกัดด้านงบประมาณ และปัญหาในการดำเนินโครงการต่าง ๆ เช่น ปัญหาด้านตลาดจำหน่ายผลผลิต และขาดการส่งเสริมสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7.6.2 ผลจากการสนทนากลุ่ม

คณะผู้วิจัยได้สนทนากลุ่มผู้ป่วย ผู้อาศัย เยาวชน และแม่บ้าน ประมาณ 12 คน เพื่อหาประเด็นปัญหานิคมแม่ลาว สรุปประเด็นดังนี้ เช่น 1) ไม่มีที่ดินทำกิน 2) ขาดทุนประกอบอาชีพ 3) ไม่มีตลาดรองรับผลผลิต 4) ปัญหายาเสพติด 5) ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 6) ถนนไม่ดี 7) ปัญหาน้ำดื่ม น้ำใช้ในช่วงฤดูฝน น้ำไม่สะอาด และ 8) การพนัน

7.6.3 ผลจากการระดมพลังอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนานิคมแม่ลาว (AIC)

คณะผู้วิจัย ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การระดมพลังอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนานิคมแม่ลาว ระหว่างวันที่ 29-31 สิงหาคม 2546 โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม 87 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้อาศัย และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ในนิคมแม่ลาว 63 คน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จากสถานีอนามัยตำบลธารทอง ฝ่ายสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนแม่ลาว และโรงพยาบาลชุมชนพาน พัฒนาการอำเภอธารทอง ครูโรงเรียนนิคมแม่ลาว สมาชิก อบต. ธารทอง และเจ้าหน้าที่นิคมแม่ลาว 14 คน คณะผู้วิจัยและวิทยากร 10 คน ผู้เข้าประชุมได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ในนิคม โดยใช้เทคนิค SWOT ANALYSIS⁽¹³⁾ สรุปได้ดังนี้

จุดแข็ง (Strength)

- 1) เจ้าหน้าที่ที่ดูแลสุขภาพมีความสามารถ และให้บริการได้ดี
- 2) มีความสามัคคีของคนในชุมชน
- 3) มีทรัพยากรธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ เช่น ป่าไม้ น้ำ
- 4) คนในชุมชนมีความรู้ความสามารถ
- 5) หน่วยงานราชการให้ความช่วยเหลือดี
- 6) ผู้นำชุมชนทุกฝ่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันดี
- 7) มีสหกรณ์เครดิตยูเนียน
- 8) มีตลาดสาธิต (ร้านค้าหมู่บ้าน)
- 9) มีอ่างเก็บน้ำห้วยหลวงสามารถเก็บน้ำสำหรับชุมชนไว้ใช้ได้ตลอดปีและเป็นแหล่งท่องเที่ยว
- 10) มีประปาภูเขา
- 11) มีถ้ำพระบำเพ็ญบุญ (ศาสนาพุทธ)
- 12) มีคริสตจักร วิหารธรรม
- 13) มีพื้นที่สำหรับการเกษตรเกือบทุกครอบครัว
- 14) มีมูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์ องค์การฉันทมิตร และ องค์การ Heifer ให้ความช่วยเหลือ

จุดอ่อน (Weakness)

- 1) ระบบการปกครองอ่อนแอ
- 2) ผู้ปกครองขาดการประสานงานกับชุมชน
- 3) ค่าอาหารที่ผู้ป่วยภายในได้รับต่ำ
- 4) สังคมไม่ช่วยเหลือผู้พิการ ยากจน
- 5) ชุมชนขาดความสามัคคีไม่ค่อยร่วมมือกัน
- 6) แม่บ้านว่างงาน ขาดอาชีพเสริม
- 7) มีการซื้อขาย เสพย์ยาเสพติดในนิคม
- 8) ผู้ที่อยู่อาศัยในนิคมมีภูมิลำเนามาจากหลากหลายภูมิภาค ไม่มีเอกภาพ
- 9) ขาดการยอมรับจากคนภายนอก
- 10) การใช้ทรัพยากร เช่น น้ำประปาภูเขา

ไม่คุ้มค่า ไม่มีการวางแผน

- 11) ไม่มีระบบกำจัดขยะในหมู่บ้าน
- 12) ถนนบางสายชำรุดทรุดโทรมไม่มีงบประมาณบำรุงรักษา
- 13) การติดต่อสื่อสารโดยโทรศัพท์ไม่พอเพียง
- 14) ไม่มีตลาดรับซื้อผลิตภัณฑ์จากในนิคม
- 15) ไม่ได้ได้รับความสะดวก ความเป็นธรรม ในการไปรับการรักษาพยาบาลตามระบบ 30 บาท

โอกาส (Opportunities)

- 1) มีองค์กรภาครัฐและเอกชน จากภายนอก มาช่วยสนับสนุน และพัฒนาและส่งเสริมด้านอาชีพ
- 2) มีตลาดรับซื้อสินค้า
- 3) อบต. สนับสนุนงบประมาณพัฒนานิคมบางส่วน
- 4) การยอมรับจากคนภายนอกมากขึ้น

ภัยคุกคาม (Threats)

- 1) ชุมชนภายนอกตั้งข้อรังเกียจว่าเป็นนิคมโรคเรื้อน
- 2) มีสื่อลามกอนาจารและสถานเริงรมย์ ชักจูงให้เยาวชนเสียคน

7.6.4 วิสัยทัศน์

ที่ประชุมได้ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ของนิคม ดังนี้

“ช่วยกันคิด ช่วยกันสร้าง นำทางสู่ความเจริญ ไม่เกินความสามารถของชุมชนแม่ลาว”

7.6.5 ยุทธศาสตร์และแผนงาน/โครงการ ที่ประชุมได้ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์และแผนงาน/โครงการ เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ดังกล่าว ดังนี้

♦ ยุทธศาสตร์การบริหารงานชุมชน

- 1) โครงการการจัดประชาคมหมู่บ้าน
- 2) โครงการผู้นำพบกันวันพุธ
- 3) การจัดตั้งศูนย์ประสานงานองค์กรในนิคม

- 4) ร่างกฎระเบียบหมู่บ้าน
- 5) การพัฒนาผู้นำให้มีคุณภาพ
- 6) การจัดตั้งกองทุนพัฒนาชุมชน

♦ ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

- 7) โครงการสร้างสนามกีฬาหมู่บ้าน
- 8) โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- 9) การพัฒนาศักยภาพนิคมในการรักษาเบื้องต้น
- 10) โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน HIV

♦ ยุทธศาสตร์การพัฒนาจิตใจและคุณธรรม

- 11) โครงการพัฒนาจิตใจพ่อแม่ให้เป็นแบบอย่าง ลด ละ เลิก อบายมุข

♦ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสิ่งแวดล้อม

- 12) โครงการบ้านนาอยู่
- 13) โครงการธนาคารขยะเพื่อแยกและกำจัดขยะถูกวิธี
- 14) โครงการปลูกป่าชุมชน
- 15) โครงการรณรงค์การใช้ปุ๋ยชีวภาพ
- 16) โครงการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอ่างเก็บน้ำห้วยหลวง
- 17) โครงการขยายโทรศัพท์ทั่วชุมชน
- 18) โครงการพัฒนาถนนลาดยาง
- 19) โครงการติดตั้งเสาไฟฟ้าให้แสงสว่างถนนและทางเดิน
- 20) โครงการก่อสร้างแท้งน้ำประปา

♦ ยุทธศาสตร์การพัฒนาอาชีพและรายได้

- 21) การฝึกอบรมการแปรรูปสินค้าเกษตรการพัฒนาฝีมือและการตลาด
- 22) การอบรมอาชีพแก่คนชราและพิการ
- 23) การส่งเสริมเงินทุนด้านอาชีพ

7.6.6 ผลจากการทำประชาคมหมู่บ้าน
ชุมชนได้จัดเวทีประชาคม แผนพัฒนา

หมู่บ้านนิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2546 มีผู้เข้าทำประชาคม 157 คน เพื่อพิจารณาแผนงานโครงการ 17 โครงการ มติประชาคมเห็นด้วย 16 โครงการ (เห็นด้วยในหลักการ แต่ขอให้ปรับวิธีการใหม่ 1 โครงการ ส่วนอีก 1 โครงการ คือ โครงการจัดทำระเบียบข้อบังคับหมู่บ้าน หมู่ 1 และ หมู่ 11 และระเบียบนิคมแม่ลาว จะนำเสนอเวทีประชาคมหมู่บ้านในคราวต่อไป

โครงการที่เห็นด้วย 16 โครงการ คือ

1. โครงการส่งเสริมสุขภาพ
2. โครงการรวมใจธารทอง
3. โครงการผู้นำพบกันวันพุธ
4. โครงการส่งเสริมอาชีพ
5. โครงการจัดทำถนนและพัฒนาถนน
6. โครงการเกษตรธรรมชาติ และเกษตรพอเพียง
7. โครงการจัดทำและขุดลอกคลองระบายน้ำ
8. โครงการพัฒนาจิตใจที่ศูนย์ปฏิบัติถ้าพระบำเพ็ญบุญและศาสนาคริสต์ที่คริสต์จักร
9. โครงการอบรมผู้นำชุมชนและศึกษาดูงานหมู่บ้านเข้มแข็ง
10. โครงการโรงเรียนนำเรียน
11. โครงการจัดทำห้องสมุดและศูนย์คอมพิวเตอร์
12. โครงการติดตั้งหอกระจายข่าวหมู่บ้าน
13. โครงการสร้างถังกรองน้ำ
14. โครงการปาสวยน้ำใส
15. โครงการติดตั้งไฟฟ้ากิ่ง
16. โครงการกำจัดขยะ (เห็นด้วยในหลักการ แต่ขอให้ปรับวิธีการ

7.6.7 แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลโครงการ

นิคมแม่ลาวได้มีหนังสือแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลผลักดันโครงการในการพัฒนานิคมแม่ลาว มีนายเจริญทรัพย์ ทัพเพ็ชร

เป็นเลขานุการ โดยมีหน้าที่ติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของโครงการ และเป็นผู้เชื่อมประสานกับคณะวิจัย ซึ่งคณะวิจัยจะไปติดตามประเมินโครงการทุก 3 เดือน

8 ผลที่เกิดขึ้นหลังจากการทำ AIC และประชาคมหมู่บ้าน

หลังจากการทำ AIC และประชาคมหมู่บ้านแกนนำ ผู้รับผิดชอบโครงการ และสมาชิกโครงการได้ดำเนินโครงการที่รับผิดชอบก่อให้เกิดผลดีต่อชุมชนนิคมแม่ลาว ดังนี้

8.1 โครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ วอลเลย์บอลและเต้นแอโรบิก ปัจจุบันมีผู้สนใจร่วมกิจกรรม 50 ราย และทีมแอโรบิกของนิคมแม่ลาว ได้รับรางวัลรองอันดับ 1 ในการประกวดแอโรบิกของ อบต.ธารทอง

8.2 โครงการรวมใจธารทอง ได้มีการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ HIV และผลกระทบ จำนวน 10 ครอบครัว

8.3 โครงการผู้นำพบกันวันพุธ ได้มีการประชุมผู้นำ และในการประชุมได้นำประเด็นในการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของโครงการมาหารือและหาแนวทางแก้ไข

8.4 โครงการจัดทำห้องสมุดและศูนย์คอมพิวเตอร์ ได้รับการสนับสนุนจากคริสตจักรให้จัดตั้งที่คริสตจักร วิทยารวม

8.5 โครงการส่งเสริมอาชีพ ได้รวมกลุ่มทำการจักสาน โดยใช้เศษวัสดุที่หาได้จากธรรมชาติ เช่น ไม้ไผ่ มีจำนวนสมาชิก ประมาณ 50 คน

8.6 โครงการจัดทำถนนและพัฒนาถนน ได้รณรงค์ในการทำความสะดวกถนนและบริเวณบ้านพักอาศัย ในการกำจัดขยะ รณรงค์ปรับถนนที่มีหลุมและน้ำขัง ส่วนโครงการจัดทำถนนได้ติดตาม และประสานกับ สส.วิศาล เตชะธีรวัฒน์

8.7 โครงการเกษตรธรรมชาติและ

เกษตรพอเพียง มีสมาชิกกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ 20 ครอบครัว เป็นกลุ่มนาร่อง ในการใช้ปุ๋ยหมักปุ๋ยน้ำ ปลุกพืชปลอดสารในนิคม

8.8 โครงการจัดทำและขุดลอกคลองระบายน้ำ ได้เสนอโครงการไปยัง อบต. เพื่อของบประมาณขุดลอกคลองระบายน้ำ และวางท่อใหม่ซึ่งทาง อบต. ได้สนับสนุนงบประมาณ 7,000 บาท เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการเร่งด่วน

8.9 โครงการพัฒนาจิตใจที่ศูนย์ปฏิบัติถ้าพระบำเพ็ญบุญ ได้อบรมทุกวันที่ 15 ของเดือน มีสมาชิกประมาณ 50 คน และจะขยายโครงการไปยังโรงเรียน โดยจะจัดอบรมทุกวันศุกร์สุดท้ายของเดือน ส่วนด้านศาสนาคริสต์ มีกิจกรรมทุกวันอาทิตย์

8.10 โครงการอบรมผู้นำชุมชน และพาไปดูงานหมู่บ้านเข้มแข็ง ทางแกนนำโครงการ ได้จัดไปดูงานที่บ้านสามขา จังหวัดลำปาง ในการศึกษาดูงานทางคณะกรรมการจะพิจารณาความเหมาะสม และความจำเป็นก่อนที่จะอนุญาตให้ไป และจะของบประมาณจากกองทุนหมู่บ้าน

8.11 โครงการโรงเรียนนำเรียน แกนนำโครงการกำลังศึกษารูปแบบที่เหมาะสม

8.12 โครงการติดตั้งไฟฟ้ากิ่ง ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการติดตั้ง จาก อบต. และมูลนิธิสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อน และได้ดำเนินการติดตั้งเรียบร้อยแล้ว

8.13 โครงการติดตั้งหอกระจายข่าวหมู่บ้าน 11 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนเพื่อการปฏิบัติธรรม และสมาชิกนิคมแม่ลาว ดำเนินการเสร็จแล้ว ปัจจุบันได้ใช้ประชาสัมพันธ์ความก้าวหน้าของแต่ละโครงการ และกิจกรรมอื่น ๆ

8.14 โครงการปาสวนน้ำใส คณะกรรมการกำลังศึกษาและจัดร่างระเบียบการใช้ป่าและน้ำรับสมัครอาสาป่าน้ำ จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ และได้ประสานขอสนับสนุนงบประมาณจากไฮเพอร์ประเทศสหรัฐอเมริกา

8.15 โครงการสร้างถังกรองน้ำ อยู่ระหว่างขอเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์การใช้เงินจากมูลนิธิสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อนในการปรับปรุง 60,000 บาท

9. บทสรุปของการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในส่วนของการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมชุมชนในการพัฒนานิคมโดยพบว่า 1) นิคมแม่ลาวมีปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนานิคม คือ กลุ่มแกนนำชุมชน มีศักยภาพ สมาชิกนิคม และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการพัฒนานิคมอย่างดี โดยส่วนใหญ่เคยผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นผลให้โครงการต่างๆ ที่สมาชิกนิคมได้ร่วมกันเริ่มตั้งแต่ค้นหาปัญหาหาข้อมูลแยกแยะและวิเคราะห์ปัญหา วางแผนร่วมกันตัดสินใจ ระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น บริหารจัดการ รวมทั้งการติดตามประเมินผล 2) มีการสนับสนุนจากฝ่ายรัฐและภาคเอกชนคือทางเจ้าหน้าที่นิคมที่ให้ความสำคัญและกระตือรือร้น ในการกระตุ้นด้านแนวคิดให้ชุมชนเข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วมมากขึ้นในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในชุมชน โดยไม่ต้องรอการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ นอกจากนี้ยังมีองค์กรเอกชนทั้งในและต่างประเทศให้การสนับสนุนงบประมาณทำให้เกิดกระบวนการพัฒนานิคมแม่ลาวให้เป็นชุมชนที่เข้มแข็ง พร้อมทั้งจะบูรณาการสู่ชุมชนปกติได้และมุ่งสู่วิสัยทัศน์ที่ชุมชน ตั้งไว้ต่อไป

10. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน

10.1 ชุมชนเข้มแข็ง เป็นกระบวนการมิใช่สูตรสำเร็จ เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา และความตั้งใจของทุกคนอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการที่เริ่มจากการค้นพบศักยภาพของตนเอง และแนวทางการพัฒนาด้วยภูมิปัญญาของตนเอง และรู้จักบริหารจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม ดังนั้น

กระบวนการที่ศึกษาในการพัฒนานิคมแม่ลาวแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ถ้าจะนำไปใช้ที่อื่น จะต้องรู้จักประยุกต์ให้เหมาะสมกับแต่ละชุมชนก่อนนำไปใช้

10.2 บทบาทของหน่วยงานต้นสังกัดควรประสานข้อมูลกับภาครัฐและองค์กรต่าง ๆ ถึงสถานภาพของนิคมในฐานะที่เป็นหมู่บ้านปกติเพื่อให้อาจจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนานิคมต่าง ๆ เช่นเดียวกับชุมชนทั่วไป

10.3 การปรับเปลี่ยนโครงการการบริหารจัดการของนิคม และการพัฒนาการที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนานิคมควรให้เป็นบทบาทของสมาชิกนิคม ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้ชุมชนมีอิสระอย่างแท้จริง ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการพัฒนา

10.4 ระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการนิคมหากมีนโยบายให้มีการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจะประสานและชี้แจงบทบาทและภารกิจให้องค์กรนั้น ๆ เข้าใจเพื่อจะได้เตรียมความพร้อมและเพิ่มศักยภาพให้กับองค์กรและชุมชนในการวางแผนและกำหนดอนาคตของชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูต ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาชีวอนามัยมหาวิทยาลัยมหิดล และนายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาและถ่ายทอดวิชาการ สถาบันราชประชาสมาสัย สำหรับคำแนะนำที่มีคุณค่าในการวิจัยเรื่องนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. การประชุมคณะกรรมการกลาง เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้ารับการรักษา. (เอกสารเย็บเล่ม) 2546.

2. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา; 2546.
3. สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. รายละเอียดการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, (อัครา) 2547.
4. สถาบันราชประชาสมาสัย รายงานการปฏิบัติงานติดตามผลด้านสวัสดิการ และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคม. (เอกสารเย็บเล่ม) 2546.
5. สุภาภรณ์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ ; จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2531.
6. Whyte. Participatory action research. London : SAGE Publications, 1991.
7. Britha M. Methods of development work and research : a guide for practitioners. London : SAGE Publications; 1995.
8. พันธุ์ทิพย์ งามสุด. การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด, 2540.
9. บุญนาค ตี๋กุล. ชนบทไทย : การพัฒนาสู่ประชาสังคม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2543.
10. Sumayao. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) (เอกสารเย็บเล่ม) เชียงใหม่ : สาขาวิชาการพัฒนาการท่องเที่ยวคณะธุรกิจการเกษตร มหาวิทยาลัยแม่โจ้, 2542.
11. สุกัญญา อธิปอนันต์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมการเกษตร โดยกระบวนการ AIC. กรุงเทพฯ ; กองแผนงานกรมส่งเสริมการเกษตร 2542.
12. โกวิท พวงงาม. อบต. ในกระบวนการทัศน์ใหม่ : พัฒนาการสร้างเครือข่ายและเสริมความเข้มแข็ง : การวางแผนพัฒนาตำบลแบบมีส่วนร่วมในแนวทาง ประชาคมตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล, กรุงเทพฯ : เสมาธรรม ; 2543.
13. นันทิยา หุตานุวัตร และคณะ. SWOT : การวางแผนกลยุทธ์ธุรกิจชุมชน. กรุงเทพฯ : คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2545.

การวิจัยเรื่องนี้ นับเป็นตัวอย่างที่ดีของการประยุกต์วิธีการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) และนำขึ้นชมที่สถาบันราชประชาสมาสัยได้ระดมนักวิชาการร่วมกับนักวิชาการของ สคร. เชียงใหม่ เข้าไปศึกษาจนได้ข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนาการมีส่วนร่วมและพัฒนาความเข้มแข็งตามหลักการ ขั้นตอนและเทคนิคต่างๆ ที่ถูกต้องและเหมาะสมจนประสบความสำเร็จในระดับแรกอย่างน่าพอใจที่มีสมาชิก นิคมเข้าร่วมโครงการถึง 157 คน และร่วมวางวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ และโครงการพัฒนาต่างๆ 16 โครงการ และทีมวิจัยจะได้ติดตามประเมินผลต่อไปทุก 3 เดือน รูปแบบของการพัฒนาความเข้มแข็งและความพร้อม ของนิคมแม่ลาว และศึกษาความพร้อมในปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในนิคมและภายนอกนิคม เพื่อปรับเปลี่ยนและบูรณาการเป็นหมู่บ้านหรือชุมชนปกติต่อไปในอนาคต นับเป็นการศึกษาวิจัยที่มีคุณค่าเพื่อ เป็นโครงการนำร่องต้นแบบสำหรับนิคมอื่นๆ ต่อไป

ปัญหาที่ท้าทายคือการพัฒนาความเข้มแข็งให้ยั่งยืนและพัฒนาโครงการนวัตกรรมต่างๆ ซึ่งริเริ่มและวางแผนดำเนินการและติดตามผลโดยประชาคมนิคมแม่ลาวเองให้มีประสิทธิผลและช่วยเพิ่ม ความเข้มแข็งและการพึ่งตนเองเพื่อเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน ขณะเดียวกันต้องเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และพัฒนาทักษะ ของสมาชิกนิคมที่ยังไม่เข้าร่วมให้เข้าร่วมและเป็นเจ้าของและหุ้นส่วน มากขึ้น ให้เกิดการขยายเครือข่ายและการฝึกกำลังและระดมทรัพยากรและพลังงานทั้งจากภายในนิคม และองค์กรเกี่ยวข้อง เช่น อบต. และภาคส่วน ภาครัฐ ภาคเอกชน ที่เกี่ยวข้องและคณะที่ปรึกษาที่เข้มแข็งเพื่อ พัฒนา ให้ครบองค์รวมอย่างมีบูรณาการ มั่นคง และยั่งยืนทั้งในด้าน สุขภาพ สุขภาวะ คุณภาพชีวิต สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม การเสริมด้วยการพัฒนาองค์กร (organization development) เพื่อเสริมสร้างพัฒนาต่อไปให้เกิดความเข้มแข็ง ศักยภาพ ประสิทธิภาพ และการปรับตัวที่ดีมากขึ้น เพื่อสนอง วิสัยทัศน์ ความคิด และความต้องการโดยเฉพาะการบูรณาการเป็นหมู่บ้านหรือชุมชนปกติต่อไป

การติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน ของทีมวิจัยซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความก้าวหน้าและ สัมฤทธิ์ผล เพื่อเสริมสร้างขยายการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ ร่วมกันจากการทำงานร่วมกันในลักษณะ interactive learning through action และเพิ่มความเข้มแข็ง รวมทั้งช่วยประสานสนับสนุนโครงการพัฒนา ต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ แก้ไขจุดอ่อนและอุปสรรคด้านต่างๆ และระดมพลังสังคมและทรัพยากรต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งอย่างยั่งยืนและพัฒนาต่อไปให้เกิดจิตสำนึกประชาสังคม (civic consciousness) และความเข้มแข็งจนเกิดโครงการองค์กรประชาสังคม (civic organization) จากสมาชิกนิคม กลุ่มประชาคม หมู่บ้านใกล้เคียงของตำบลธารทอง และองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชนเกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแม่ลาว และร่วมกันกำหนดอนาคต เพื่อผลักดันให้เป็นชุมชนปกติใหม่ที่น่าอยู่และยั่งยืน เป็นแหล่งท่องเที่ยวซึ่งมี ธรรมชาติแวดล้อมสวยงาม ที่น่าภาคภูมิใจของประชาคมตำบลธารทอง อำเภอแม่ลาว

การติดตามและผลักดันสู่ความสำเร็จดังกล่าวทีมวิจัยจะต้องมุ่งมั่นและวางแผนและขั้นตอน ต่อไปอย่างรอบคอบและมีประสิทธิภาพ เพื่อประสานสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวทางสังคม ร่วมกันจาก ภาคส่วนแกนนำ และพันธมิตรสำคัญคือสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและ อบต. ธารทอง ประชาคมและประชา สังคมแม่ลาวและเครือข่าย ตำบลธารทอง และสำนักงานสาธารณสุข อำเภอแม่ลาว สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย รวมทั้งนายอำเภอแม่ลาวและผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงราย ฯลฯ ภายใต้การประสานสนับสนุน ของสถาบันราชประชาสมาสัยและกรมควบคุมโรค เพื่อผลักดันให้สามารถ บูรณาการและสร้างสรรค์ นิคมแม่ลาวให้เป็นหมู่บ้านแม่ลาว และท้องถิ่นที่น่าอยู่ เน้นแหล่งท่องเที่ยวแห่งใหม่ของจังหวัดเชียงราย อันจะเป็นผลพวงของการพัฒนาที่ยั่งยืนและความสำเร็จที่เป็นประวัติศาสตร์และตำนานฝากไว้ในแผ่นดิน ที่น่าภาคภูมิใจต่อไป

บรรณาธิการ

ปัญหาการกำจัดโรคเรื้อนเชิงปฏิบัติการ เพื่อการศึกษาวิจัยและการแก้ไข

Operational Problems in Leprosy Elimination : Different Perspectives and Possible Studies Solutions.

ชัยวุฒิ บัณฑิต พ.บ.

สถาบันราชประชาสมาสัย

กรมควบคุมโรค

Chaiwut Bundit, M.D.

Raj Pracha Samasai Institute

Department of Disease Control

คำสำคัญ : โรคเรื้อน การกำจัดโรคเรื้อน

Keywords : Leprosy, Leprosy elimination

บทนำ

ตามที่โครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริของประเทศไทยได้ประสบความสำเร็จสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข (elimination of leprosy as a public health problem) ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2537 (อัตราความชุกต่ำกว่า 1 ต่อ 10,000 ประชากร) และได้ประกาศประเทศไทยกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขสมดังพระราชปณิธานในปี พ.ศ. 2539 อันเป็นปีมหามงคลที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงครองราชย์ครบ 50 ปี นั้น

ในการนี้ สถาบันราชประชาสมาสัยได้ปรับโครงการควบคุมโรคเรื้อนในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 (ปี พ.ศ. 2545-2549) เพื่อผสมผสานงานกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนในระบบสุขภาพ และระบบสาธารณสุขมูลฐาน และรณรงค์กระตุ้นสร้างกระแสให้ผู้บริหารระบบสุขภาพและบุคคลากรการแพทย์ การสาธารณสุขในระบบสุขภาพ และชุมชน/ประชาชนได้ตระหนักในความสำคัญของโครงการ

ควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริ เพื่อร่วมกันโดยเสด็จพระราชกุศลรณรงค์การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังหลงเหลือในชุมชน (backlog cases) และผู้ป่วยรายใหม่ให้ทั่วถึงให้มารับการตรวจรักษา ป้องกันความพิการ และฟื้นฟูสภาพให้ไม่เป็นแหล่งแพร่โรค และสามารถบูรณาการในสังคมได้เยี่ยงคนปกติ เพื่อความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนไม่เป็นปัญหาทั้งทางสาธารณสุขและสังคม สมดังพระราชปณิธานได้ในปี พ.ศ. 2549 อันเป็นปีมหามงคลทรงครองราชย์ครบ 60 ปี และเป็นปีสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 ด้วย โดยสถาบันราชประชาสมาสัยได้จัดระบบพัฒนาคุณภาพ ระบบสุขภาพ โดยจัดมาตรฐานคุณภาพงานกำจัดโรคเรื้อนขึ้น และจัดระบบการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน (Leprosy Accreditation : LA) ขึ้นรวมทั้งการจัดระบบการตรวจรับรองอำเภอและจังหวัดปลอดปัญหาโรคเรื้อน (Leprosy Free Area : LFA) ขึ้นด้วย เพื่อสนับสนุนการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป

บทความพิเศษเรื่องนี้ มุ่งวิเคราะห์ปัญหาในเชิงปฏิบัติการ (operational problems) ของการกำจัดโรคเรื้อนในมุมมองของนักบริหาร เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการเกี่ยวข้องในการกำจัดโรคเรื้อนระดับต่างๆ ในระบบสุขภาพได้ตระหนักและขยายผลการศึกษาปัญหาเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาแนวทางและยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายุทธศาสตร์อย่างเหมาะสม สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพต่อไป

ปัญหาของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย

ปัญหาของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทยที่พบบ่อยในภาพรวม อาจสรุปสาระสำคัญได้พร้อมข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมได้ในระดับต่างๆ ดังนี้

1. ปัญหาสถานะความชุกโรคต่ำอาจกระทบเชิงนโยบาย และการสนับสนุนการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน

1.1 แม้โครงการควบคุมโรคเรื้อนเป็นโครงการในพระราชดำริ ซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงสนพระทัยและทรงพระราชทานพระมหากรุณาธิคุณและพระราชทรัพย์ ตลอดจนพระราชทูตฯ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่างๆ ตลอดจนนับแต่ทรงรับโครงการไว้ในแนวพระราชดำรินับแต่ปี พ.ศ. 2499 ทางรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักความสำคัญของพระมหากรุณาธิคุณให้การสนับสนุนทั้งสถาบันราชประชาสมาสัย และมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมรูปถวัลย์ด้วยดีตลอดมา แต่เมื่อสถานการณ์โรคเรื้อนได้เปลี่ยนไปหลักจากโครงการฯ ดำเนินการมาถึงปัจจุบัน (49 ปี) สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอยู่ทั่วประเทศมารักษาจนหายอยู่ในสังคมได้ทั้งหมด รวมถึง 172,476 รายจากที่ประมาณไว้ 150,000 ราย คงเหลือผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาในปี 2546 เพียง 1,879 ราย ทำให้อัตราความชุกโรคต่ำจากระยะเริ่มขยายโครงการในปี พ.ศ. 2500 ในอัตราผู้ป่วย 50 คนต่อ 1 หมื่นประชากร เหลือเพียง 0.03 คนต่อ 1 หมื่น

ประชากรในปี 2546 หลังจากความชุกลดต่ำกว่า 1 คนต่อ 1 หมื่นประชากรเป็นต้นมา ตั้งแต่ปี 2537 สถานการณ์หลังกำจัดโรคเรื้อนสำเร็จแล้วในมุมมองด้านผู้บริหารระดับสูง หรือผู้กำหนดนโยบายพิจารณาเห็นว่า ลำดับความสำคัญของงานโรคเรื้อนน่าจะลดลง (lower priority) ซึ่งอาจกระทบต่อการสนับสนุนเชิงนโยบาย ความมุ่งมั่น และทรัพยากรฯลฯ เพื่อรักษามาตรฐานคุณภาพของงานกำจัดโรคเรื้อนในระบบสุขภาพให้ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน เพื่อส่งผลให้ประสบความสำเร็จกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ได้สมดังพระราชปณิธาน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นจะต้องทำการศึกษาปัญหาดังกล่าวในเชิงลึก และการรณรงค์กระตุ้นให้ผู้บริหารทุกระดับได้ตระหนักถึง ความสำคัญของโครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริ และความจำเป็นจะต้องร่วมกันโดยเสด็จพระราชกุศล ประสาน สนับสนุน การกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนให้สำเร็จตามเป้าหมายสมดังพระราชดำริ และพระราชปณิธาน

1.2 จากผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบในปี 2546 รวม 634 ราย ยังพบมีความพิการระดับสองถึง 76 ราย (ร้อยละ 11.98) และอัตราความพิการระดับสองในผู้ป่วยค้นพบใหม่ในปี 2540-2545 ยังไม่ลดต่ำกว่าร้อยละ 10 ตามเป้าหมาย โดยยังพบสูงร้อยละ 11.52, 10.30, 13.59, 13.93 และ 14 ตามลำดับสะท้อนการค้นพบผู้ป่วยยังล่าช้า ดังนั้นการศึกษาวิจัยและวางยุทธศาสตร์ให้ค้นหารักษาผู้ป่วยเร็วยิ่งขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน

2. ปัญหาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน (case detection)

แม้จะสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ตั้งแต่ปี 2537 แต่ก็ยังปรากฏมีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่แต่ละปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยตกค้างหลงเหลือหรือหลบซ่อนมาตรวจรักษาล่าช้าเกิน 1 ปีหลังเริ่มมีอาการ (backlog or consequenced cases) โดยผู้ป่วยรายใหม่ยังพบแต่ละปี คือ 3,015, 2,058 ราย

ตามลำดับในปี 2538 และ 2539 และต่อมา 1,457, 1,111, 864, 1,037, 789 และ 634 ราย ตามลำดับ ในปี 2540-2546 นอกจากผู้ป่วยดังกล่าวจะเป็น backlog cases ส่วนใหญ่ เช่น พบถึงร้อยละ 48.48 ในปี 2546 และผู้ป่วยเกิดใหม่จริงๆ (ค้นพบภายในระยะเวลา 1 ปีลงไป หลังเริ่มมีอาคารครั้งแรก) ร้อยละ 51.52 สะท้อนว่านอกจากยังมีผู้ป่วยที่เป็นแหล่งแพร่โรคและการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อรังในชุมชนแล้ว อาจมีผู้ป่วยเก่าที่เคยลงทะเบียนรักษาอยู่แล้ว พยายามไปแสวงหาการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยที่เป็นสถานบริการปฐมภูมิ (Primary care unit : PCU) ที่อื่นๆ เพราะไม่เชื่อมั่นในผู้ให้บริการและสถานบริการ หรือเกรงเพื่อนบ้านและผู้อื่นจะทราบว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรัง จึงพยายามออกไปตรวจรักษาในสถานบริการที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคผิวหนัง และโรคเรื้อรังเพื่อความมั่นใจ (shopping around leprosy cases) หรือบางรายอาจเป็นผู้ป่วยเก่าที่รักษาครบหายแล้วแต่ไม่มั่นใจหรือยังเกิดวิตกกังวลอยากรักษาต่ออีกก็ไปขอลงทะเบียนการรักษาที่สถานบำบัดแห่งอื่นๆ ไกลบ้านซ้ำซ้อน โดยไม่แจ้งสถานบำบัดเดิมทราบ ฯลฯ กรณีปัญหาของผู้ป่วยดังกล่าว (backlog cases, really new cases, re-cycling / re-registered cases) จึงควรได้รับการศึกษาวิจัยและแก้ไขต่อไป

นอกจากนั้น ควรดำเนินการโครงการรณรงค์เร่งรัด ค้นหา และกำจัดโรคเรื้อรัง ถวายเป็นพระราชกุศลในพระราชวโรกาส (ปรร.) ต่างๆ ที่เคยรณรงค์ได้ผลมาแล้ว เช่น ปรร.50, ปรร.72, ปรร.2545 จึงควรดำเนินการต่อไปเป็นระยะๆ เช่น ปรร.60 เพื่อกระตุ้นให้ผู้บริหารระดับสูงได้รักษาลำดับความสำคัญเชิงนโยบาย และความสนใจสนับสนุนงานโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพระบบสุขภาพชุมชน และประชาชนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมโดยเสด็จพระราชกุศล เพื่อกำจัดโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน

3. ปัญหาการติดตามการรักษาผู้ป่วย (case holding) การป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสภาพในสภาวะที่อัตราความชุกต่ำ (low endemic condition)

3.1 ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาทั่วประเทศ ในปี 2546 มีเพียง 1,879 ราย ด้วยอัตราความชุกต่ำเพียง 0.30 / 10,000 ประชากร และมีผู้ป่วยพบใหม่เพียง 634 ราย ซึ่งเมื่อเทียบสัดส่วนผู้ป่วยดังกล่าวในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบพื้นที่และประชากรโดยรอบ จำนวนผู้ป่วยต่อสถานบริการจึงต่ำมาก (low cases / patient load) และการกระจายผู้ป่วยมีมากขึ้นอยู่ห่างไกลกัน ยากและสิ้นเปลืองต่อการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยขาดการมารับยาไม่สม่ำเสมอ หรือเกิดอาการแทรกซ้อนหรือหยุดการรักษาที่กำหนด ฯลฯ นอกจากนั้นเมื่อแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสพบและตรวจรักษาผู้ป่วยน้อยลง หรือไม่มีเลย ความรู้ / ทักษะทางคลินิกและการปฏิบัติการด้านโรคเรื้อรังย่อมลดลงและหมดไป อันอาจเกิดการวินิจฉัยโรคผิด (wrong diagnosis) หรือวินิจฉัยพบผู้ป่วยมากเกินไป (over diagnosis) ทำให้สิ้นเปลืองการรักษาและติดตามโดยใช่เหตุ ฯลฯ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเชิงระบาดวิทยาและระบบสาธารณสุขในพื้นที่ความชุกสูงและต่ำ และวางยุทธศาสตร์รับแก้ ทั้งการให้บริการผู้ป่วย การปรับโครงสร้าง และบุคลากรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบข้อมูล การให้สุขศึกษาและปรึกษาหารือ การจูงใจ และการพัฒนาการเปิดและกระจายหน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกชุมชนอบอุ่นย่อยในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (contracting unit for primary care : CUP) แก่ประชาชนให้สะดวกมากขึ้น รวมทั้งการจัดตั้งคลินิกโรคผิวหนังพิเศษใน PCU และ CUP ของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่มีโรคเรื้อรังชุกสูงและให้ รพท. / รพช. ที่เป็น CUS และ CUP ที่มีแพทย์โรคผิวหนังให้เป็นแม่ข่าย แกนนำแก่เครือข่าย CUP และ PCU ในอำเภอ/ตำบล ในรูปของการแบ่งเขต

เครือข่ายย่อย (zoning) ของอำเภอ / ตำบล ในจังหวัด และควรเร่งรัดจัดการอบรมโรคเรื้อรังเพิ่มเติมแก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือเวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของ CUP และ PCU รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำสุขภาพครอบครัว (กศค.) หรือแม่บ้าน และแกนนำอาสาสมัครนักเรียน (อสร.) ฯลฯ รวมทั้ง น่าจะศึกษาวิจัยปัญหาและผลกระทบโครงการ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้ง การปฏิรูประบบสุขภาพ และระบบราชการใหม่ต่อ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน ผลสมณงานงานกำจัดโรคเรื้อรังและสถานการณ์ โรคเรื้อรังและวางยุทธศาสตร์เพื่อดำเนินการปรับปรุง แก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

3.2 เนื่องจากในผู้ป่วยเก่าที่ค้นพบและ รักษาหายแล้วอยู่ในชุมชนปกติ 172,474 ราย นับแต่ เริ่มโครงการจนถึงปี 2546 ยังมีผู้ป่วยที่พิการและ ได้รับผลกระทบทางสังคมประมาณ 45,010 ราย (ร้อยละ 26.09) และในผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษา ในปี 2546 จำนวน 1,879 ราย ก็มีความพิการรวม 572 ราย (ร้อยละ 30.44) สะท้อนปัญหาผู้ป่วยพิการ เหล่านี้นับวันจะแก่ชราภาพลงทำให้การประกอบอาชีพ พึ่งตนเองเพื่อบูรณาการในครอบครัว / ชุมชน และ สังคมตามปกติต่อไปได้ยาก (social integration) และอาจเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐบาลและ สถาบันราชประชาสมาสัย และภาคเอกชน ซึ่งมีขีด ความสามารถของสถาบันและนิคมโรคเรื้อรังต่างๆ จำกัด และรับผู้ป่วยพิการราว 3,000 คนไว้เต็มกำลัง อยู่แล้ว ดังนั้นการศึกษาวิจัยทางด้านระบาดวิทยา ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพิการและผู้ป่วยสูงอายุรวมทั้งการ ศึกษาพัฒนารูปแบบการป้องกันความพิการ รวมทั้ง การสงเคราะห์และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยพิการและผู้ป่วย สูงอายุดังกล่าวทั้งในสถาบันราชประชาสมาสัย / หน่วยงานโรคเรื้อรังภาคเอกชน เช่น สถาบันแมคเคน เพื่อการฟื้นฟูสภาพ มูลนิธิชีวิตใหม่ ฯลฯ นิคม โรคเรื้อรังทั้ง 12 แห่งในแบบ institution-based

rehabilitation รวมทั้งการสงเคราะห์และฟื้นฟูสภาพ โดยชุมชนเอง (community-based rehabilitation : CBR) ที่สามารถเชื่อมโยงและบูรณาการด้วยกัน ได้ด้วย (interlinked integrated) ในแต่ละเขต / ภาค ซึ่งมีบริบทและปัจจัยทั้งทางระบาดวิทยาสังคม / วัฒนธรรม ฯลฯ แตกต่างกัน จึงควรเร่งศึกษาวิจัย เพื่อนำผลมาใช้แก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไปโดยรีบด่วน

3.3 จากปัญหาการอพยพของแรงงาน ต่างด้าวจากประเทศใกล้เคียงเข้ามาทำงานใน ประเทศไทย รวมทั้งการเคลื่อนย้ายประชากรใน ภูมิภาค / ชนบท เข้ามาทำงานในเขตเมือง เช่น เทศบาล และ กทม. ย่อมมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรคเรื้อรังเข้ามาในพื้นที่เขตเมืองดังกล่าว และเพิ่ม ปัญหาโรคเรื้อรังในเขตเมืองมากขึ้น ตัวอย่างยืนยัน เช่น อัตราความชุกโรคเรื้อรังใน กทม. ในปี 2540-2546 มิได้มีแนวโน้มลดลงอย่างน่าจะเป็นคือยังพบ ในอัตรา 0.12, 0.14, 0.16, 0.19, 0.19, 0.15 และ 0.15 ต่อ 1 หมื่นประชากรตามลำดับ และอัตราการ ค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร 1 แสนคน ใน กทม. ปี 2540-2546 ก็ยังมีแนวโน้มลดต่ำลงในช่วง 3 ปีแรกอย่างน่ามั่นใจเช่นกันคือ พบในอัตรา 1.41, 1.14, 1.26, 0.78, 0.79, 0.59 และ 0.59 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นปัญหาโรคเรื้อรังในเขตเมืองซึ่งมีความ รังเกียจกลัวโรคเรื้อรังสูงกว่าในชนบท และโครงสร้าง ระบบบริการสาธารณสุขของเทศบาล และ กทม. ในระดับศูนย์บริการสาธารณสุขยังไม่รับบริการตรวจ รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ใน กทม. ยังอาศัยสถาน บำบัดโรคผิวหนัง และสถาบันราชประชาสมาสัย รวมทั้งคลินิกผิวหนัง ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ต่างๆ ซึ่งสวนทางกับแนวทางและยุทธศาสตร์ การบูรณาการ ดูแลรักษาผู้ป่วยทุกโรคฟรี ในพื้นที่ CUP และ PCU ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะเดียวกันในพื้นที่เขตเมืองเทศบาลต่างๆ คลินิก สาธิตบริการ เช่น คลินิกผิวหนัง คลินิกโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และวัณโรค ของสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคเขตต่างๆ ก็ถูกยุบมิให้เปิดบริการในระดับ

CUP / PCU หรือ CUT ซึ่งปัญหาโรคเรื้อนในเขตเมืองต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการศึกษาวิจัย ทั้งด้านระบาดวิทยาสังคมและวิจัยระบบสาธารณสุข พร้อมรูปแบบการควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมือง การศึกษาปัญหาโรคเรื้อนในแรงงานอพยพ ในโรงงานอุตสาหกรรม และแรงงานก่อสร้าง ฯลฯ เพื่อทราบข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ที่แน่ชัด และนำผลการวิจัยมาปรับพัฒนาการควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมืองต่างๆ ทั้งใน กทม. และเทศบาลต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.4 จากปัญหาผู้ป่วยลงทะเบียนรักษามีน้อยลงและกระจายสูงมาก รวมทั้งเคลื่อนย้ายนอกพื้นที่และลงทะเบียนซ้ำซ้อน ฯลฯ ทำให้การติดตามการดูแลรักษาและป้องกันความพิการผู้ป่วย และผู้ป่วยที่เฝ้าระวังหลังรักษาครบ โดย CUP และ PCU อาจมีปัญหาสิ้นเปลืองยุ่งยากรวมทั้งปัญหาการประสานในพื้นที่และนอกพื้นที่มากขึ้นดังกล่าว และก่อปัญหาการลงทะเบียนผิดและซ้ำซ้อน รวมทั้งการจำหน่ายผู้ป่วยจากทะเบียนล่าช้าและอาจกระทบต่อการกำจัดการโรคเรื้อนได้ และยังทำให้อัตราความชุกสูงอยู่เนืองนิจความเป็นจริง

การศึกษาวิจัยปัญหาดังกล่าวจึงควรเร่งรัดดำเนินการเพื่อนำผลมาปรับแก้ไขปัญหาต่อไป รวมทั้งการวิจัยปรับการให้กินยา MDT ประจำเดือนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ (supervised monthly MDT treatment) เน้นให้สมาชิกในชุมชน / ครอบครัวดูแลแทน (Accompanied MDT หรือ AMDT) ฯลฯ เป็นต้น

3.5 ปัญหาผู้ป่วยที่ลงทะเบียนยังรับยาไม่สม่ำเสมอและไม่ครบตามกำหนดได้ตามเป้าหมาย โดยพบอัตราการรับยาเคมีบำบัดผสมครบถ้วนของผู้ป่วยในปี 2542-2545 ในผู้ป่วยชนิดพบเชือน้อย (PB) ร้อยละ 70, 73, 86 และ 82.58 ตามลำดับ และในผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมากร้อยละ 87, 66, 83 และ 83.13 ตามลำดับ ปัญหาดังกล่าวสะท้อนประสิทธิภาพการให้การรักษาและติดตามการรักษาของระบบสุขภาพยังไม่ดีพอ และเมื่อนำมาพิจารณาในระบบหลัก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน CUP และ PCU ซึ่งพบว่า ในระยะแรกงบประมาณรายหัวประชากร (capitation) ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคทุกโรค ยังต่ำไม่ถึง 200 บาทต่อหัว และการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ CUP และ PCU ก็ยังทำได้จำกัด ปัญหาเหล่านี้ควรได้รับการศึกษาวิจัยให้ชัดเจน และทำการปรับแก้ เพราะการกำจัดการโรคเรื้อนมิใช่มุ่งเกณฑ์ลดอัตราความชุกต่ำกว่า 1 ต่อ 10,000 ประชากรลงไปเท่านั้น แต่ควรมุ่งหวังให้ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาได้รับยา MDT สม่าเสมอและครบถ้วน และป้องกันไม่ให้เกิดความพิการมากขึ้นด้วย การศึกษาวิจัยและปรับยุทธศาสตร์การติดตามการรักษาผู้ป่วยและการตรวจแนะนำด้านการป้องกันความพิการ การตรวจการเสียหายที่ของระบบประสาทส่วนปลาย และประสาทอักเสบถูกทำลาย การรักษาป้องกันความพิการให้ผู้ป่วยด้วยยา prednisolone ฯลฯ โดย PCU และ CUP ซึ่งน่าจะเร่งรัดดำเนินการปรับแก้ไขปัญหาโดยเร่งด่วน

3.6 จากการปฏิรูประบบสุขภาพ และระบบราชการใหม่ อาจมีผลกระทบต่อบุคลากรที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อน และผู้นิเทศ / ประสานงานโรคเรื้อนเดิม และในระบบปฏิรูปใหม่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงมากมายโดยเฉพาะการรวมกลุ่มงานแบบบูรณาการหลายโรคหลายหน้าที่รับผิดชอบมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจก่อปัญหาและผลกระทบการกำจัดการโรคเรื้อนโดย CUP และ PCU ต่อไปได้ รวมทั้งโครงการสนับสนุนของ สคร., สสจ. และ สสอ. รวมทั้ง CUT และ CUS ปัญหาดังกล่าวควรได้รับการศึกษาวิจัย และวางยุทธศาสตร์ปรับแก้ไขต่อไปโดยด่วน

3.7 ปัญหาการวิจัย การรักษาผู้ป่วยด้วยยา MDT ทดลองระบอบใหม่ฯ ระยะสั้นมากขึ้นควรเร่งรัดดำเนินการ รวมทั้งการลดระยะเวลาการรักษาผู้ป่วย MB จาก 2 ปี เหลือ 1 ปี ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกเพื่อสามารถกำจัดการเรื้อนอย่างยั่งยืน ได้ผลรวดเร็วมากขึ้น แต่ในการวิจัยไม่ควร

บูรณาการ ระหว่างปัจจัยด้านความซัดของยา (Efficacy) กับปัจจัยด้านการปฏิบัติการ (operational factors) เพราะจะทำให้ยากต่อการแปลผลบทบาทของปัจจัยดังกล่าว

4. ปัญหาความรังเกียจโรคเรื้อนและการมีส่วนร่วมของชุมชน / ประชาชน

แม้ผลและผลกระทบจากการดำเนินงาน สุขศึกษาในระบบ 40 กว่าปีที่ผ่านมา รวมทั้งการจัดรณรงค์สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์เชิงรุกในสัปดาห์ราชประชาสมาสัยแต่ละปี รวมทั้งการจัดโครงการรณรงค์ประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนถวายเป็นพระราชกุศลในพระราชวโรกาสต่างๆ เช่น พร.50, พร.72, พร. 2545 เป็นต้น จะทำให้ชุมชน / ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในความสำคัญของโครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริ และลดความรังเกียจกลัวโรคเรื้อน ยอมรับผู้ป่วยและครอบครัว และผลิตภัณฑ์จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยโรคเรื้อนมากขึ้นก็ตาม แต่จากการศึกษาเชิงคุณภาพเชิงลึกทางมานุษยวิทยาของนักวิจัย ของสถาบันราชประชาสมาสัย ในระดับชุมชน ชนบทในพื้นที่ความชุกโรคเรื้อนสูง บางพื้นที่ยังพบความรังเกียจกลัว และไม่ยอมรับผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ ในระดับสูงมากอยู่

หลายแห่ง และแม้การศึกษาสำรวจความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตน (KAP-survey) ของประชาชนต่อโรคเรื้อนจะพบว่าการศึกษาประชาสัมพันธ์ต่อเนื่องส่งผลกระทบให้ประชาชนมีความรู้ ทศนคติดี รู้จักอาการและอาการแสดงเริ่มเป็นของโรคเรื้อนและการติดต่อต่างๆ ดี ฯลฯ แต่ผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่ก็ยังหลบซ่อนตัว และมาตรวจรักษาล่าช้า (ร้อยละ 48.48 ในปี พ.ศ. 2546) ดังนั้น การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องในปัญหาดังกล่าว จึงควรเร่งรัดในพื้นที่ต่างๆ ในเขต ในภาคต่างๆ ซึ่งมีความแตกต่างทั้งทางระบาดวิทยาและทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม และปรับยุทธศาสตร์ให้ชุมชน / ประชาชน / ผู้นำชุมชน / อาสาสมัครต่างๆ มีศักยภาพความตระหนัก และมีส่วนร่วมโดยเสด็จพระราชกุศลในการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน เพื่อสนองพระราชดำริ พระราชทฤษฎี และพระราชปณิธาน สืบไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศาตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการให้คำปรึกษาแนะนำที่มีคุณค่า

บทความพิเศษนี้มีคุณค่ามากสำหรับผู้บริหารระดับสูง และผู้ปฏิบัติงานกำจัดโรคเรื้อนทุกระดับในระบบสุขภาพ เพราะเป็นมุมมองของนักบริหารผู้รับผิดชอบสถาบันโรคเรื้อนแห่งชาติ คือ สถาบันราชประชาสมาสัย และโครงการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 (ปี พ.ศ. 2545-2549) เพื่อบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนได้อย่างยั่งยืนไม่เป็นปัญหาทั้งทางสาธารณสุขและสังคม สมดังพระราชปณิธาน ในปี 2549 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 และเป็นปีมหามงคลทรงครองราชย์ครบ 60 ปี ผู้เขียนได้วิเคราะห์ปัญหาการกำจัดโรคเรื้อนในภาพรวมที่สำคัญ (critical problems) ที่มีผลและผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ด้วยการวิเคราะห์ค้นหาปัญหา (identifying) และลำดับให้เห็นความสำคัญมากน้อยของปัญหา (prioritizing) รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาในเชิงวิทยาศาสตร์และพัฒนาารูปแบบ / ระบบ และมาตรการใหม่ๆ เพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาข้อมูล องค์ความรู้ และการปรับแก้ไขปัญหา และพัฒนาสู่ความสำเร็จ การกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน สมดังพระราชปณิธานต่อไป

อัตตมโนทัศน์กับสุขภาวะเพื่อการประยุกต์ในปัญหา บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนและโรคเอดส์

Self Esteem and Health : Practical Application to Affected Children of Leprosy and AIDS.

นวพร ดีมาก วท.ม.

วิจิตรา ธารีสุวรรณ วท.ม.

สถาบันราชประชาสมาสัย

กรมควบคุมโรค

Nawaporn Deemark, Msc.

Vijitra Thareesuwon, Msc.

Raj Pracha Samasai Institute

Department of Disease Control

คำสำคัญ : อัตตมโนทัศน์, สุขภาวะ, บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนและโรคเอดส์ที่มีปัญหา

Keywords : Self-Esteem, Health, Affected children of leprosy and AIDS.

1. บทนำ

ความรู้และทฤษฎีเกี่ยวกับอัตตมโนทัศน์ (self-esteem) นับว่ามีความสำคัญและนับว่าจะช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์เชิงปฏิบัติในการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะบุคคลในวัยเด็ก วัยรุ่นและผู้ใหญ่ เพื่อเข้าใจถึงการพัฒนาอัตตมโนทัศน์ และมุ่งเน้นที่จะค้นหาและพัฒนาวิธีการในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสู่ระดับที่เหมาะสมพอดี (optimal levels) ของอัตตมโนทัศน์ รวมทั้งเพื่อป้องกันการมีอัตตมโนทัศน์ในระดับต่ำ และเพื่อสร้างเสริมเพิ่มอัตตมโนทัศน์ในวัยเด็ก วัยรุ่นและผู้ใหญ่ต่อไป โดยอัตตมโนทัศน์นับเป็นแนวคิดทางจิตวิทยาซึ่งค่อนข้างซับซ้อนต่อความเข้าใจและการนำมาประยุกต์เชิงปฏิบัติในผู้ให้บริการสุขภาพ บทความฟื้นฟูวิชาการนี้จึงมุ่งที่จะทบทวนความรู้ความเข้าใจอัตตมโนทัศน์ที่เข้าใจง่ายเชิงประยุกต์และความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะและวิถีชีวิตในวัยเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ต่อไป รวมทั้งวิธีการประเมินและ

สร้างเสริมอัตตมโนทัศน์ ตลอดจนแนวทางการส่งเสริมอัตตมโนทัศน์ที่สามารถประยุกต์ในปัญหาของผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคเรื้อนผู้ได้รับผลกระทบจากความรังเกียจเดียดฉันท์ของสังคม (social prejudice) และการประทับตราบาปจากสังคม (social stigma) อันส่งผลต่อการพัฒนาของอัตตมโนทัศน์และผลกระทบต่อสุขภาวะที่ตามมา รวมทั้งต่อศักยภาพที่จะต้องเผชิญปัญหาและพึ่งตนเองในการดำรงชีวิตในสังคมแวดล้อมต่อไป

2. ความหมายและความสำคัญของอัตตมโนทัศน์ต่อสุขภาวะ

อัตตมโนทัศน์ (self-esteem) อาจนิยามง่าย ๆ ว่า "เป็นสิ่งที่บุคคลมีความเชื่อมั่นมากน้อยในคุณค่า ความสามารถ ความสำคัญ และความสำเร็จของตนเอง

อัตตมโนทัศน์ หรือ ความรู้สึกต่อคุณค่าใน

ตนเอง นับเป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาในด้านแนวคิดการมองตนเองหรือการประเมินตนเองว่าตนเองรู้สึกและรับรู้อย่างไรกับตัวตนของเขา ทั้งในด้านความสามารถ ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีคุณงามความดี มีความเข้มแข็ง พลังอำนาจ และความสำเร็จ มากน้อยจากประสบการณ์ในการดำรงชีพและประกอบกิจกรรมที่ตนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมโรงเรียน เพื่อนร่วมงานและสังคมแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งแสดงออกในรูปของทัศนคติที่มีต่อตนเองและพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์กับเพื่อนและเพื่อนร่วมงานและสุขภาวะทางด้านอารมณ์ที่อ่อนไหว มั่นคง เก็บกด ก้าวร้าว อิจฉา เมตตากรุณา ฯลฯ การรู้สึกว่าได้ได้รับความรักและการยอมรับนี้ได้ รวมทั้งความรู้สึกมั่นใจ เชื่อมมั่นในตนเอง มากน้อย ตลอดจนความรู้สึกมั่นใจในความสามารถ ในการพึ่งพาตนเองและมีความมีอิสระที่จะไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และการประสบความสำเร็จในการศึกษาและการประกอบอาชีพ สามารถทำงานเก่งเป็นที่ยอมรับและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นประสบการณ์จากการเรียนรู้ตลอดชีวิตของคนในวัยต่างๆ นับแต่วัยเด็กจากความสัมพันธ์อบอุ่น มั่นคง ปลอดภัย และการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่จนถึงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ นับแต่ความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเองทางด้านครอบครัว ด้านการศึกษาในโรงเรียน ด้านสังคม ด้านภาพลักษณ์หรือกายภาพ รูปร่างหน้าตาของตนเอง (physical or body image) ความรู้สึกภายในต่อคุณค่าตนเอง (inner-self-esteem) และความรู้สึกที่ได้รับจากบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายนอก (other-self-esteem) รวมทั้งความรู้สึกต่อคุณค่าตนเองในภาพรวม (global-self-esteem) ว่าเราเป็นคนดี คนเลว คนเก่ง คนไม่เก่ง ชอบและมั่นใจในความเป็นตัวตนของตัวเองมากน้อย ฯลฯ

อัตตมโนทัศน์จึงเป็นตัวกำหนดหรือปัจจัยสำคัญต่อสุขภาวะทั้ง ทางกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ครบองค์รวมมากน้อย

และต่อพฤติกรรมที่ซ่อนเร้นภายในและแสดงออกในบุคลิกภาพและความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งต่อความล้มเหลวและความสำเร็จในการดำรงชีวิตต่อไปของแต่ละบุคคลนับแต่วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่

ตัวอย่าง เช่น บุคคลที่มีอัตตมโนทัศน์ต่ำมักเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพกายที่ไม่ดี เช่น มะเร็งเต้านม โรคหัวใจ โรคภูมิแพ้ ฯลฯ และการมีบทบาทพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (sick role behaviors) ที่ไม่ดี เช่น ไม่ไปตรวจรับการรักษาตามกำหนดนัดหมาย หรือเกิดสุขภาพจิตไม่ดีจากความไม่สามารถทางจิตวิทยาที่จะติดต่อสื่อสารสัมพันธ์ด้วยดีกับผู้อื่น รวมทั้งความสามารถในการเผชิญและแก้ไขปัญหาได้มากน้อย นอกจากนั้นการมีอัตตมโนทัศน์ต่ำยังมีผลด้านสรีรวิทยาทางจิตวิทยาและสรีรวิทยาทางสังคมต่อสุขภาพทางกายเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายได้ง่ายด้วย

ตัวอย่างเช่น บุคคลประเภท Type A ที่คิดเร็ว ทำเร็ว คิดแต่ตนเองเป็นใหญ่ไม่เชื่อและรับฟังคนอื่น มักเกิดโรคความดันและโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มาก ผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคเรื้อนขาดความรักความอบอุ่นจากพ่อแม่ที่พิการและเสียชีวิตและถูกสังคมรังเกียจ ประทับตราบาปว่าเป็นลูกคนเป็นโรคเอดส์ที่ไม่ดี สำนอนทางเพศและโรคเรื้อนที่เป็นคนมีบาปแพร่โรคและพิการ น่ารังเกียจกลัว รวมทั้งการขาดแคลนและความยากจน ฯลฯ เด็กเหล่านี้จะมีปมด้อย หลบซ่อนตัว ไม่มีความมั่นใจตนเองเก็บตัว ซึมเศร้า เครียด ไม่ชอบสังคมกับเพื่อน ท้อแท้ต่อชีวิต ฯลฯ เป็นต้น

ดังนั้นความรู้ ความเข้าใจ ในอัตตมโนทัศน์และความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะ รวมทั้งปัจจัยด้านสังคมและพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตของบุคคลวัยต่างๆ จึงมีนัยสำคัญสำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและดูแลรักษาทั้งก่อนเจ็บป่วยและฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. การประเมินอัตตมโนทัศน์

การประเมินอัตตมโนทัศน์นับว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เพราะเป็นเรื่องของแนวคิดทางจิตวิทยาและจิตเวชที่ซับซ้อนและมีมุมมองได้หลายมิติ อันเกิดจากการยอมรับรู้ในตนเอง (perceived self) และการให้คุณค่าหรือความต้องการที่ตนเองอยากได้อาจจะเป็น (ideal life) หรือความต้องการที่มีคุณค่า (esteem needs) ฯลฯ ดังนั้นเรื่องของมโนทัศน์ (concept) และตนเอง (self) ของมนุษย์จึงมีมิติที่กว้างขวางและไม่แน่นอนมีความเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุด และกระบวนการพัฒนาของอัตตมโนทัศน์หรือความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเองย่อมเพิ่มมากขึ้นตามวัยและอายุ จนพัฒนาเป็นบุคลิกภาพและเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันมากมายในแต่ละวัย แต่ละครอบครัว แต่ละอาชีพ แต่ละสังคมสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ฯลฯ จึงมีความผิดพลาดได้ง่ายและยากที่จะวัดความถูกต้องและแม่นยำ

ด้วยความยุ่งยากซับซ้อนต่างๆ ดังกล่าวและข้อจำกัดของความรู้ ประสบการณ์ ของผู้เขียน คงจะยกตัวอย่างเพียงบางวิธีที่เข้าใจได้ง่ายและคิดว่าอาจนำมาประยุกต์ใช้ได้ในการประเมินวัดอัตตมโนทัศน์ของบุตรผู้เป็นโรคเรื้อรังและโรคจิต (เด็กกำพร้าของผู้ป่วยโรคจิต) ซึ่งเป็นขอบเขตภาระกิจของมูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์ต่อไป โดยก่อนพัฒนาและใช้และแปรผลควรจะต้องหารือหรือทำโดยผู้รู้และมีประสบการณ์ โดยเฉพาะนักจิตวิทยา และแพทย์จิตเวช ฯลฯ

3.1 วิธีการรายงานหรือวิเคราะห์ตนเอง (Self-report : SR)

โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามให้บุคคลมองตนเองแล้วเขียนรายงานใช้เวลา 10-30 นาที โดยใช้แบบฟอร์มออกแบบต่างกันสำหรับวัยต่างๆ ซึ่งวิธีนี้มีความผิดพลาดสูงจากบุคคลแต่ละคนมีอคติแตกต่างกันไป และการใช้เกณฑ์วัดคะแนนการทดสอบที่ใช้วิเคราะห์ทางสถิติและคอมพิวเตอร์

ต่อไปได้

3.2 การจัดทำบัญชีรายการอัตตมโนทัศน์ไว้ (Self-Esteem Inventories : SEI)

วิธีนี้ต้องมีการปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยเป็นระยะๆ ส่วนใหญ่ใช้เวลาเพียง 15 นาที ในแบบฟอร์มสำหรับใช้ทดสอบในวัยเด็กวัยเรียนที่มีราว 58 รายการ และวัยผู้ใหญ่รวม 25 รายการ ที่อาจถามและบันทึกโดยคนอื่น เพื่อนและพ่อแม่หรือครู วิธีที่นิยมใช้เพื่อการศึกษาทางคลินิกและวิจัย โดยทดสอบซ้ำหลัง 3 ปี ความถูกต้อง (Reliability) ของวิธีนี้มีราว 0.87-0.92 โดยส่วนความแม่นยำ (Validity) พบว่าสูง โดยเฉพาะ predictive validity ของ SEI ที่สัมพันธ์ด้วยดีกับความสำเร็จของความสามารถในการเรียนและสติปัญญา รวมทั้ง SEI ยังสัมพันธ์ด้วยดีกับความคิดริเริ่ม การต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน ความตั้งใจการแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง ความวิตกกังวล พฤติกรรม ความต้องการในสังคม การยอมรับตัวเองและการปรับตัวในบุคลิกภาพและครอบครัว

3.3 Children's Self-Concept Scale : CSCS

ทดสอบว่าเด็กนั้นมีความรู้สึกต่อตนเองอย่างไร ชอบหรือไม่ชอบตนเองอย่างไร โดยมีรายการในแบบสอบถามรวม 80 รายการ ใช้เวลาราว 20 นาที การวัดความแม่นยำของเนื้อหาที่สัมพันธ์กับสุขภาพ เช่น ความวิตกกังวลมีคะแนนระหว่าง -0.54 ถึง -0.69 และกับปัญหาสุขภาพ -0.48 และกับความรักพ่อแม่ 0.61 ส่วนในด้านความถูกต้อง CSCS มีสูงพอในคุณภาพการวัดอัตตมโนทัศน์โดยมี internal consistency 0.78 ถึง 0.93 และ test-retest stability 0.77 วิธีนี้จึงเหมาะต่อการวิจัยและงานด้านคลินิก

3.4 Self-Observational Scales : SOS

วิธีสังเกตหรือสำรวจตนเองนี้นิยมใช้ในเด็กวัยเรียนตั้งแต่ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น จนถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีรายการ 50, 60 และ 72 รายการตามลำดับในแบบฟอร์มเพื่อวิเคราะห์

คะแนนด้วยคอมพิวเตอร์ต่อไปและจัดทำบันทึกการใช้ไว้ในระดับโรงเรียนต่างๆ ด้วยคำถามง่ายๆ เพียงตอบใช่หรือไม่ใช่ SOS ใช้วัดอัตตมโนทัศน์เพื่อการพึ่งพาด้วย เช่น วัดการยอมรับตนเอง ความรู้สึกมั่นคงของตนเอง วุฒิภาวะในสังคม และการผูกมิตรแท้ได้กับเพื่อนและครู ฯลฯ โดยมีความถูกต้อง 0.65-0.85

3.5 การวัดโดยการสังเกตโดยผู้อื่น (Observation measures)

โดยสังเกตพฤติกรรมและวัดอัตตมโนทัศน์ทางอ้อม โดยสร้างวิธีทดสอบพฤติกรรมที่จะเอื้ออำนวย บังคับหรือพฤติกรรมซ่อนเร้นอยู่ภายในบุคคล และตามบุคลิกภาพและลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ฯลฯ โดยวัดความถูกต้องและแม่นยำในแนวทางเดียวกันกับวิธีการสังเกตตนเอง ส่วนใหญ่นิยามวัดคุณค่าและศักยภาพของเด็กจากการสังเกตของพ่อแม่และครู จากการสังเกตพฤติกรรมเด็กที่บ้านและโรงเรียน เช่น ความคิดริเริ่ม จุดสนใจของเด็กในสังคม ความสำเร็จและล้มเหลว ความมีเสน่ห์ดึงดูดใจเพื่อนๆ และความมั่นใจตนเอง ฯลฯ ซึ่งมีรายการสังเกตราว 16 รายการ ใช้เวลาสังเกตต่อ 1 รายการเพียง 3-4 นาที

4. การสร้างเสริมเพิ่มอัตตมโนทัศน์

การสร้างเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีเชิงบวกต่อตนเองหรืออัตตมโนทัศน์ที่ดีย่อมเกิดสุขภาพจิตที่ดีและสุขภาพกายรวมทั้งคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาจึงเป็นสิ่งจำเป็นต้องดำเนินการทั้งในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ เช่น การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ดีเพื่อชักจูงเด็กไปสู่โรงเรียนที่มีคุณภาพ คุณธรรม และคุณวุฒิเลิศ และพัฒนาอัตตมโนทัศน์ที่ดีมากย่อมจูงใจให้เด็กมีภาวะผู้นำและมีระเบียบวินัย รวมทั้งความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองสูง และมีทัศนคติและพฤติกรรมตลอดจนการปรับตัวที่ดีเชิงบวกที่สร้างสรรค์ ตลอดจนการสร้างเสริมสร้างอัตตมโนทัศน์ด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่มีความรักความอบอุ่นและความเข้าใจเห็นอกเห็นใจระหว่างพ่อแม่ลูกย่อม

ทำให้เด็กมีความรู้สึกที่มีคุณค่าต่อตนเองและเรียนรู้ที่จะสร้างการยอมรับในตนเอง แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าพ่อแม่ขาดความรักความอบอุ่นเข้าใจหรือเข้าใจผิดหรือจู้จี้จ้านกับชีวิตส่วนตัวของลูกมากเกินไป หรือมีการทะเลาะวิวาทสร้างความขุ่นเคืองใจ ขัดแย้งในครอบครัว เด็กก็จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีความสำคัญ ว่าเหว่ เกือบด ก้าวร้าว ฯลฯ ตามมา ถ้าพ่อแม่หมั่นสนใจเอาใจใส่ความรู้สึกและพฤติกรรมของลูกโดยเฉพาะยามเวลาวิกฤตหรือไม่สบายใจและรีบตอบสนองแก้ไขให้ได้ทันเวลาจะส่งผลกระทบที่ดีมาก และพัฒนาให้เกิดอัตตมโนทัศน์ที่ดีและพัฒนาทักษะที่ดีตามมา การประเมินตนเองได้ดีมากน้อยของเด็กจึงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของมารดา ผู้ใกล้ชิดเด็กอย่างมาก โดยเฉพาะมารดาที่รู้จักสนใจให้ความรักความอบอุ่นและดูแลช่วยเหลือลูกอย่างใกล้ชิดอย่างเหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างให้เด็กมีทักษะรู้จักช่วยตนเองต่อไป เด็กที่มีอัตตมโนทัศน์ต่ำจึงมักมาจากครอบครัวที่มารดาขาดอัตตมโนทัศน์ และครอบครัวที่มีความขัดแย้งและกดดันสูง ในทางตรงข้ามเด็กที่มีอัตตมโนทัศน์สูงมักมีมารดาที่มีอัตตมโนทัศน์สูง

การวิจัยพบว่าการรับรู้ของพ่อแม่และความรู้สึกพ่อแม่ต่อลูกและความรู้สึกลูกที่มีต่อตนเอง มีส่วนสัมพันธ์กันมาก พฤติกรรมของเด็กและอัตตมโนทัศน์ของเด็กที่ประเมินพบว่าการเปลี่ยนแปลงไปโดยสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับอัตตมโนทัศน์ของพ่อแม่ต่อลูก ดังนั้นเมื่อใดที่พ่อแม่เปลี่ยนการรับรู้และความรู้สึกของตน ลูกก็จะเปลี่ยนอัตตมโนทัศน์และพฤติกรรมตามไปด้วย

สิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนพบว่ามีผลกระทบอย่างมากต่ออัตตมโนทัศน์ของเด็กจากอิทธิพลความใกล้ชิดของเพื่อนและครูมากน้อย โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การแข่งขันและให้รางวัล ผลการเรียนและการจัดโปรแกรมช่วยเหลือจิตใจเด็กที่มีปัญหาอัตตมโนทัศน์ต่ำหรือมีอัตตมโนทัศน์ในเชิงลบ

ประยุกต์ใช้ตามทัศนคติในการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีปัญหา อาทิ เด็ก และเด็กวัยรุ่น รวมทั้งเด็กพฤติกรรมเบี่ยงเบนและผู้พิการ ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กบุตรผู้ป่วยโรคเอดส์ที่กำลังทำร้ายพ่อแม่ และเด็กบุตรผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พิการและถูกสังคมรังเกียจ เดียดฉันท์เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่บุคคลที่มีปัญหาอัตตมโนทัศน์ต่ำอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไปเพื่อพัฒนาเพิ่มศักยภาพ ความเข้มแข็ง สุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำที่มีคุณค่า

บรรณานุกรม

- Cospersmith S. The antecedents of self-esteem. Sanfransisco : WH Freeman and Co; 1987.
- Michace A. Crouch. Family and community health. The journal of health promotion and maintenance 1983 ; 6(2) : 1-78.
- Briggs DC. Your child's self-esteem. Garden City, NY : Doubleday, 1975 ; p3.
- Matarazzo JD. Behavioral health and behavioral medicine : frontiers for a new healthy psychology. Am Psychol 1980 ; 35 : 807-17.
- Hamburg DA, Elliot GR, Parron DI, editors : Health and behavior : frontiers of research in the behavioral sciences. Washington DC : National Academy Press; 1982.
- Jaques JM, Chason KH. Self-esteem and low-status groups : A changing scene ? Sociological Quaterly 1977 ; 18 : 399-412.
- Rosen B. Self-concept disturbances among mothers who abuse their children. Psychol Rep 1978 ; 43 : 323-6.
- Rosen berg. BS, Gaier EL. the self-concept of the adolescent with learning disabilities. Adolescence 1977 ; 12 : 489-98.
- Murray CH, Confirmation, Self-esteem, and patient-compliance, unplushed doctoral dissertation. Denver (Col.) : Univ of Denver; 1980.
- Ray C. Psychological implications of mastectomy. Br J Clin Psychol 1977 ; 16 : 373-7.
- Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton (NJ) : Princeton University Press; 1965.
- Hamachek DE. Encounters with the self. 2nd ed. New York : Holt Rinehart and Winston; 1978.
- Barksdale LS. Building self-esteem. Los Angelis : The Barksdale. Foundation; 1972.
- Shavelson RJ, Hubner JJ, Stanton JC. Self-concept : Validation of construct interpretations. Rev Ed Research 1976 ; 46 : 407-44.
- Mead GH. Mind, self and society. Chicago : University of Chicago Press, 1934.
- Sullivan HS. The interpersonal theory of psychology. New York : Norton; 1950.
- Erickson EH. Identity, youth and crisis. New York : Norton, 1968.
- Kegan R. The evolving self. Cambridge (Mass) : Harvard University. Press, 1982.

19. Klaus MH, Kennell JH. Maternal-infant bonding. St Louis, 1976.
20. Brookover WB, Thomas S, Patterson A. Self concept of ability and school achievement. *Sociology of Ed* 1964 ; 37 : 271-8.
21. Mc Guire WJ, Mc Guire CV. The spontaneous self concept as affected by personal distinctiveness. In Lynch MD, Norem-Hebeisen AA, Gergen K, editors : *Self-concept : advance in theory and research*. Cambridge, Mass : Ballinger ; 1981. p 147-72.
22. Purkey WW. Self-concept and school achievement. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice Hall ; 1970.
23. Diggory JE. Self-evaluation : concepts and studies, New York : Jahn Wiley and Sons ; 1966.
24. Coppersmith S. Building self-esteem in the classroom. In Coppersmith S editor : *Developing motivation in young children*. San Francisco : Alton Publishing Co; 1975.
25. Shavelson RJ, Huber JJ, Stanton GC. Self-concept : validation of construct interpretation. *Rev Ed Res* 1976 ; 46 : 407-41.
26. Jerjild AT. In search of self. New York : Columbia university, teacher college, Burcan of Publication ; 1972.
27. Reasoner RW. Building self-esteem : teachers guide. Palo Alto, California : Consulting Psychologists Press.; 1982.
28. Brookover WB. Self-concept of ability and school achievement. US Office of Ed, Cooperative Research Proj No.1636. Michigan State University; 1965.
29. Dusek JB, Flahery JF. The development of the self-concept during the adolescent years. *Monographs of the Soc for Res in Child Dev*, 1981 ; 46(4) : Serial No. 191 : 47.
30. Wells LE, Marwell G. Self-esteem : Its conceptualization and Measurement. Beverly Hills (Calif) : Sage-Publications; 1976.
31. Grandall VC, Grandall VJ. A children's social desirability questionnaire. *J Consult Psycho* 1965 ; 29 : 27-36.
32. Sax G. Principle of educational and psychological measurement and evaluation. Belmont (Calif) : Wadsworth-Publishing Co; 1980.
33. Drummond RJ, McIntire WG. Evaluating the factor structure of self-concept in children : a cautionary note. *Meas Eval Guid* 1977 ; 9(4) : 172-6.
34. Reasoner R. Building Self-Esteem : A comprehensive program. Palo Alto, CA : consulting psychologists Press; 1982.
35. Marston AR, Self-reieforcement : the relevance of a concept in analogue research in psychotherapy. *Psychother : Theory Rev, Prac* 1965 ; 2 : 1-5.
36. Fits WH. Mannual for the tennessee self-concept scale. Nashviue (Tenn) : Counselor recordings and tesis; 1965.
37. Battle J. Culture free self-esteem inventories for children and adults. Seattle : Special Child Publications; 1981.

มนุษย์เรานับแต่เกิดต่างมีประสบการณ์ที่ทำให้เกิดเหตุการณ์หรือสภาวะที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาอัตตมโนทัศน์ต่อไปตลอดชีวิต นับแต่มนุษย์แต่ละคนเริ่มสามารถเรียนรู้จักตนเองว่ามีคุณค่าความดีความไม่ดีของตนเองมากน้อย เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและมีบุคลิกภาพและวิถีชีวิตตลอดจนสุขภาวะและมีพฤติกรรมต่างๆ ที่แตกต่างกัน ด้วยความคาดหวังในบทบาทตนเองในสังคม การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นในสังคม และสไตล์ของการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ฯลฯ ขอแสดงความชื่นชมต่อผู้เขียนบทความวิชาการเรื่อง **อัตตมโนทัศน์ที่พยายามเสนอเรื่องนี้อย่างกว้างขวางทางจิตวิทยาให้เข้าใจง่าย เพื่อเป็นพื้นฐานเบื้องต้น** สำหรับการศึกษาเชิงลึก สำหรับผู้สนใจและเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในสถาบันราชประชาสมาสัยและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งสำนักโรคเอดส์ ฯลฯ ซึ่งต้องทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนและโรคเอดส์ รวมทั้งบุตรของผู้ป่วย ดังกล่าวโดยเฉพาะเด็กกำพร้าบุตรผู้ป่วยโรคเอดส์ที่พ่อแม่เสียชีวิตแล้ว ผู้มีปัญหาและผลกระทบจากการมีอัตตมโนทัศน์ที่ต่ำ ความรู้ทางอัตตมโนทัศน์ย่อมช่วยให้สามารถดำเนินโครงการสร้างเสริมเพิ่มอัตตมโนทัศน์ต่อไป

เป็นที่น่ายินดีที่มีผู้สนใจเริ่มศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวนี้ภายใต้ทีมงานนำโดย **อาจารย์ดุษฎิ เจริญสุข** จากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ผู้กำลังศึกษาปริญญาเอกที่มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ร่วมกับนักวิจัยจากสถาบันราชประชาสมาสัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3, 6 และ 10 รวมทั้งสำนักโรคเอดส์ ฯลฯ ทำการศึกษาอัตตมโนทัศน์ของเด็กกำพร้าบุตรผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้รับการศึกษานี้ในโครงการราชประชาสมาสัยเฉลิมพระเกียรติในหัวข้อวิจัยเรื่อง **"ความต้องการ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และผลกระทบต่อสุขภาวะของเด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์"** โดยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเพิ่มพลัง แนวคิดการพัฒนาทักษะชีวิต และการสร้างภาพอนาคตในการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับเด็กกำพร้าดังกล่าว และผู้ปกครองที่มาเข้าร่วมเข้าค่ายในการประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว และได้ติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วมโดยการเยี่ยมบ้าน การสังเกต และการรายงานฝ่ายเกี่ยวข้องดูแลช่วยเหลือต่อไปด้วย ฯลฯ

ดังนั้นผู้สนใจเรื่องนี้จะอาจศึกษาในรายละเอียดกับอาจารย์ดุษฎิ เจริญสุข ขณะเดียวกันทีมวิจัยของอาจารย์ดุษฎิ เจริญสุข และกรรมการมูลนิธิราชประชาสมาสัยฯ รวมทั้งนักวิชาการของสถาบันราชประชาสมาสัย ควรศึกษาบทความนี้ด้วยเพื่อการเรียนรู้และนำไปขยายผลศึกษาวิจัยต่อไป โดยเฉพาะการวิจัยในเด็ก **บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อน และเด็กกำพร้าที่พ่อแม่ตายจากโรคเอดส์** ผู้รับการศึกษานี้ในโครงการราชประชาสมาสัยเฉลิมพระเกียรติ ของมูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์

บรรณาธิการ

แนวทางการประยุกต์การตลาดเพื่อสังคม ในโครงการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อน Application of Social Marketing to Leprosy Control and Elimination Programmes

วิจิตรา ธารีสุวรรณ วท.ม.

นฤมล ใจดี กศ.ม.

สถาบันราชประชาสมาสัย

กรมควบคุมโรค

Vijitra Thareesuwon, M.sc.

Naruemol Chaidee, M.Ed.

Raj Pracha Samasai Institute

Department of Disease Control

คำสำคัญ : การตลาดเพื่อสังคม, โครงการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อน

Keywords : Social Marketing, Leprosy Control and Elimination programme

บทนำ

ปัญหาโรคเรื้อนในอดีตของประเทศไทยก่อนเริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำรินปี พ.ศ. 2499 นับว่ามีปัญหารุนแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างมาก เพราะนอกจากการประมาณมีผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งประเทศถึง 150,000 คน ด้วยอัตราความชุก 50 ต่อประชากร 1 หมื่นคนแล้วยังมีปัญหาค่าความรังเกียจโรคเรื้อนของสังคมสูงมาก ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนต้องหลบซ่อนตัวไม่มาตรวจรักษา เพราะเกรงจะถูกผลกระทบต่อนตนเองและครอบครัว สถานือนามัยและโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ยอมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนไปรียาบนอาคาร เพราะเจ้าหน้าที่รังเกียจ และเกรงผู้ป่วยอื่นจะรังเกียจ ฯลฯ ปัญหาต่างๆ ดังกล่าวค่อยๆ ลดความรุนแรงลงด้วยพระบารมี และพระมหากรุณาธิคุณ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงรับโครงการควบคุมโรคเรื้อนไว้เป็นโครงการในพระราชดำริ และพระราชทานพระราชทรัพย์ให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งสถาบัน

ราชประชาสมาสัย เพื่อฝึกอบรม วิจัย และเผยแพร่ความรู้โรคเรื้อน รวมทั้งพระราชทานทุนทรัพย์ให้จัดตั้งมูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของสถาบันฯ และโครงการควบคุมโรคเรื้อนจนประสบความสำเร็จขยายโครงการทั่วประเทศ และกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2537 สมเด็จพระราชปณิธาน^(1,2) แต่ก็ยังมีปัญหาที่เหลืออยู่ เช่น ยังมีอำเภอลงถึง 61 อำเภอ ที่ยังมีปัญหาความชุกโรคสูง และผู้ป่วยยังหลบซ่อนตัว/ มาตรวจรักษาล่าช้าทำให้พิการและแพร่โรคต่อไปจนผู้ป่วยใหม่ยังไม่ลดลงในแต่ละปี⁽³⁾

ผลสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนดังกล่าวส่วนใหญ่ นอกจากเป็นผลจากประสิทธิภาพของการใช้ยาเคมีบำบัดผสม (multidrug therapy : MDT) แล้วยังเกิดจากการรณรงค์เผยแพร่ข้อมูล ให้ความรู้ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (information,

education และ communication : IEC) โดยเฉพาะการรณรงค์แบบมีส่วนร่วม (participatory approach) เช่น การจัดโครงการปรีณรณรงค์ประชาร่วมใจเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน ในวาระครบ 50 ปี ทรงครองราชย์ของในหลวง (ปรร. 50) และปีที่เจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา (คปรร. 72) รวมทั้งรณรงค์ในสัปดาห์ราชประชาสมาสัยในเดือนมกราคมของทุกปี เช่น ปรร. 2545 เพื่อเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และลดความรังเกียจของประชาชนและชุมชน โดยเฉพาะเพื่อสร้างกระแส (advocacy) กระตุ้นให้ประชาชนและชุมชนตระหนักและมีส่วนร่วมโดยเสด็จพระราชกุศลร่วมกันค้นหาผู้ป่วยที่ยังหลบซ่อน (backlog cases) และผู้ป่วยใหม่รีบมาตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ สม่ำเสมอจนหาย ก่อนจะแพร่เชื้อโรคเรื้อนและพิการมากตามมา⁽²⁾

ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของ IEC ในยุคของโลกาภิวัตน์และโลกของ digital ผู้เขียนจึงขอเสนอบทความนี้ถึงการนำแนวทางของการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) มาประยุกต์ใช้ในโครงการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนที่เหลือต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการครอบคลุม นิยาม และหลักการของการตลาดเพื่อสังคม และแนวทางการนำการตลาดเพื่อสังคมมาประยุกต์ใช้ประโยชน์ เพื่อปรับปรุงการรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลให้ความรู้และการสื่อสาร (IEC) ด้านโรคเรื้อนโดยเฉพาะแก่ประชาชนและชุมชน และเพื่อประโยชน์ต่อโครงการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนต่อไปอย่างยั่งยืนต่อไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อสร้างกระแส (advocacy) กระตุ้นและเพิ่มความตระหนักและความมุ่งมั่น ยอมรับความสำคัญของโรคเรื้อนทางการเมือง (political commitment) และคงลำดับความสำคัญของงานโรคเรื้อนให้อยู่ในลำดับสูงพอสมควร (sustainable priority) อย่างยั่งยืน เพื่อสนับสนุนนโยบายและทรัพยากรเพื่อการดำรงอยู่ของโครงการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน การสร้างภาพพจน์ที่ดี (image) การเติบโตและความมั่นคงยั่งยืน (growth and sustainability) และการอยู่รอด

(survival) รวมทั้งการดำรงศักยภาพและสถานะการแข่งขัน (competitive positioning) ขององค์การเกี่ยวข้องโดยเฉพาะสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค และมูลนิธิราชประชาสมาสัย ฯลฯ สืบต่อไป

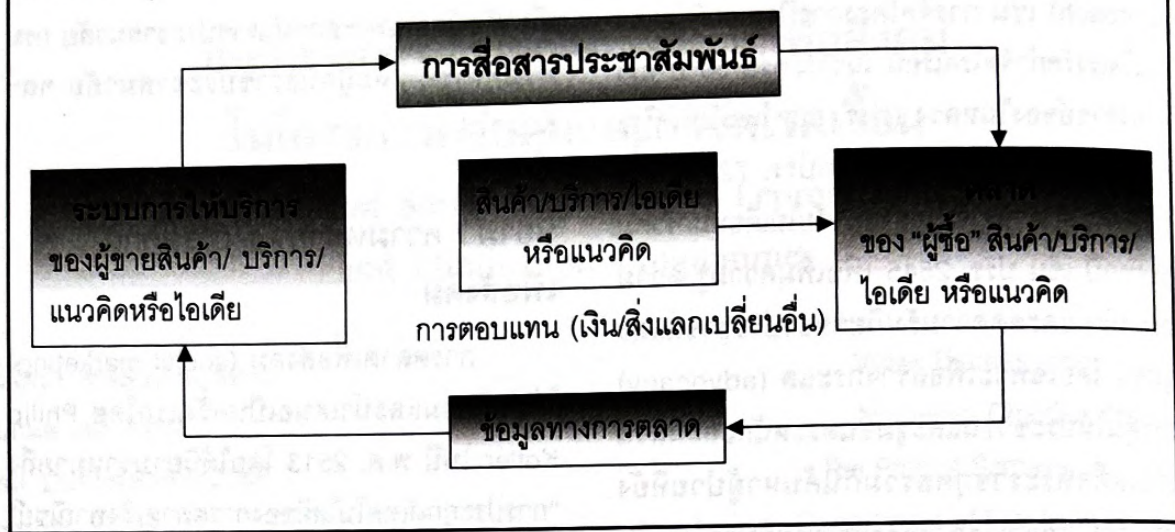
นิยาม / ความหมายของการตลาดเพื่อสังคม

การตลาดเพื่อสังคม (social marketing) ได้ถูกนิยามและนำเสนอเป็นครั้งแรกโดย Philip Kotler ในปี พ.ศ. 2513 โดยได้นิยามว่าหมายถึง "การประยุกต์เทคโนโลยีของการตลาดเชิงพาณิชย์" (commercial marketing) ในการวิเคราะห์ การวางแผน การบริหารจัดการ และการประเมินผลโครงการที่ออกแบบเพื่อให้มีอิทธิพลและผลกระทบต่อพฤติกรรมที่สมัครใจ ปรับเปลี่ยนหรือร่วมมือของกลุ่มประชาชนเป้าหมาย (target audiences) เพื่อที่จะปรับปรุงสวัสดิการของบุคคลและสังคมต่อไป⁽⁴⁾

ดังนั้นเมื่อประยุกต์ค่านิยามดังกล่าวเข้ากับสุขภาพหรือบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องมาปรับใช้เทคนิคของการตลาดเชิงพาณิชย์ให้เหมาะสมและสอดคล้องเพื่อหวังผลในการเพิ่มการยอมรับของพฤติกรรมเชิงสุขภาพ หรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ รวมทั้งการให้บริการ หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ตามที่ปรารถนา การตลาดเพื่อสังคมจึงมุ่งเน้นที่ผู้บริโภค (consumer) ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย (target audiences) ของการให้บริการหรือให้ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นการมุ่งเน้นสำคัญ (central focus) สำหรับการวางแผนและดำเนินโครงการสุขภาพหรือให้บริการสุขภาพ⁽⁵⁾

ระบบการตลาดตามนิยามของ Kotler จึงอาจขยายภาพและประยุกต์ในการตลาดเพื่อสุขภาพโดยสรุปได้ดังภาพต่อไปนี้⁽⁴⁾

ภาพที่ 1 ระบบการตลาดตามทัศนะของ Kotler P.



การบริหารจัดการตลาดสุขภาพจึงมุ่งเพื่อจัดบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการและความปรารถนาของกลุ่มเป้าหมายและสร้างสรรค์ให้เกิดคุณภาพบริการ คุณภาพของสุขภาพ และคุณภาพชีวิตอย่างแท้จริง โดยจากการทบทวนพฤติกรรมผู้บริโภคบริการสุขภาพ พบว่ามีความคาดหวัง 6 ด้านคือ ⁽⁵⁾

- 1) หายและสบาย / เพิ่มภาวะ (well-being enhancement)
- 2) การได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่ต่อความต้องการมีปฏิสัมพันธ์ทางจิตวิทยาระหว่างบุคคลอย่างอบอุ่นและมั่นใจ (interpersonal psychological need fulfillment)
- 3) การลดความไม่แน่นอนต่างๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพการให้บริการสุขภาพ (reduction in uncertainty)
- 4) การดำเนินการครอบคลุมความเสี่ยง (control of risk)
- 5) ความสะดวกสบาย (convenience)
- 6) ไม่เสียเวลารอ หรือรับบริการนาน (time conservation)

และในการสำรวจของ voluntary hospital of

America (VHA) พบว่าผู้บริโภคมีความต้องการความปรารถนาและความมุ่งหมายต่อผู้ให้บริการและกระบวนการบริการสุขภาพตามลำดับขั้นดังนี้ :-

- 1) ความอุ่นใจ สนใจ เอาใจในการบริการ
- 2) ความสามารถของแพทย์
- 3) ความก้าวหน้าในเทคโนโลยีและเครื่องมือแพทย์
- 4) บริการเฉพาะด้าน
- 5) ผลลัพธ์ของการรักษาหรือบริการ

หลักการของการตลาดเพื่อสังคม (principle of social marketing)

1) หลักการของการตลาดเพื่อสังคมมุ่งเน้นหรือ focus ที่พฤติกรรมของประชากรเป้าหมาย (target audience) โดยแต่ละบุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต่อเมื่อแนวทางการดำเนินการตลาดเพื่อสังคม (social marketing approach) นั้น เข้าได้กับการรับรู้ (perception) ค่านิยม (values) และสะดวกสบายเพียงพอต่อเขา การตลาดเพื่อสังคมจึงเป็นความพยายามที่จะสร้างอิทธิพลหรือให้มัลต่อการตัดสินใจของปัจเจกบุคคล และพฤติกรรมที่เป็นผลตามมาจึงขึ้นอยู่กับความเข้าใจและการรับรู้ และมีพฤติกรรมตามมูลค่าและ

ผลประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เขาปรารถนา ดังนั้นแนวทางหลักในการดำเนินการตลาดเพื่อสังคม (social marketing approach) เพื่อมุ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงถูกชี้นำโดยการสันนิษฐาน (assumption) 3 อย่างคือ

1.1 ทฤษฎีของการแลกเปลี่ยน (theory of exchange)

ซึ่งมีมุมมองการตลาดที่มีพื้นฐานอยู่บนความคิดที่ว่า ปัจเจกบุคคลจะแลกเปลี่ยนทรัพยากรที่มีคุณค่ามาก เช่น เงิน ความพยายาม และเวลา เพื่อการรับรู้ในผลประโยชน์ที่จะได้รับต่อเมื่อเขาได้รับรู้ว่ามีผลประโยชน์ของพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนใหม่นั้นมีมากกว่าการรับรู้ในด้านราคาที่จะต้องจ่ายหรือคัมค่าชัดเจน ดังนั้นงานของการตลาดเพื่อสังคมที่สำคัญจึงอยู่ที่การชักจูง แนะนำประชากรเป้าหมายว่าจะได้ประโยชน์มากกว่า เสียเงิน เสียแรง และเสียเวลา ฯลฯ จากการนำพฤติกรรมที่ต้องการให้ปรับเปลี่ยนนั้นๆ มาใช้เปลี่ยนพฤติกรรมใหม่

1.2 พฤติกรรมการเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับในระดับต่ำและสูง (low and high involvement behaviour)

ในการพัฒนายุทธศาสตร์การตลาดที่มีประสิทธิภาพด้านผลิตภัณฑ์ (product) เช่น บริการสุขภาพ หรือการปฏิบัติตน จำเป็นต้องเข้าใจความซับซ้อนของการตัดสินใจในเรื่องไม่สำคัญมากนัก ต้องการข้อมูลเพียงไม่มาก และไม่มีผลลัพธ์ด้านอารมณ์ หรือสังคม ตัวอย่างเช่น การตัดสินใจระหว่างการเลือกซื้อสบู่ที่มียี่ห้อเป็นที่นิยมมากน้อยจะเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจระดับต่ำ โดยมองแค่ความน่าใช้จากการบรรจุหรือกระดาศที่หุ้มสบู่ไว้หรือคำขวัญน่าใช้ก็เพียงพอให้ตัดสินใจซื้อไปแล้ว แต่สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ต้องการการตัดสินใจเกี่ยวข้องในระดับที่สูงกว่า โดยต้องการการชักชวน ชี้นำผู้บริโภคด้านสุขภาพให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ให้ยั่งยืนต่อไป ถ้าสอดคล้องเข้ากับแนวความคิด หรือโอเคอย่างกว้างขวาง หรือ

เกี่ยวข้องกับบุคคลจำนวนมาก ผู้ให้บริการสุขภาพในระบบการตลาดเพื่อสังคม จึงจำเป็นต้องได้รับการอบรมให้รอบรู้ทฤษฎีหลายๆ อย่าง รวมทั้งพัฒนาด้านทักษะในการสื่อสารและการวิจัยการตลาดเพื่อการวิเคราะห์ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

1.3 ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากรูปแบบของ Prochaska และ D. Clemente's Transtheoretical Model การจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลต้องมีความพร้อมเสียก่อน ดังนั้นวิธีการตลาดเชิงสังคมจำเป็นต้องวางแผนกลยุทธ์การให้ข้อมูลเกี่ยวข้องที่ตรงและสอดคล้องกับระยะของพฤติกรรมที่จะเปลี่ยน เช่น ในระยะแรกที่บุคคลยังไม่ได้แม้แต่จะคิดล่วงหน้าถึงว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรม หรือคิดถึงทางเลือกของพฤติกรรมที่อยากจะเปลี่ยน สิ่งท้าทายสำหรับบทบาทการตลาดเพื่อสังคมจึงอยู่ที่การกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยน และสร้างความเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมใหม่นั้นจะเหมาะสมและเข้าได้ดีกับชีวิตประจำวัน ดังนั้นในระยะการไตร่ตรอง ผู้บริโภคหรือผู้ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเริ่มตระหนักว่าจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยวิธีใด และจะประสบความสำเร็จหรือไม่และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากน้อยคัมกับประโยชน์ที่จะได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่หรือไม่เพียงไร ตลอดจนความสามารถที่จะปรับ และผลกระทบ เช่น ปฏิกริยาจากเพื่อนและครอบครัวในระยะนี้จำเป็นต้องวางแผนให้ข้อมูลและความรู้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม และเริ่มปฏิบัติงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ตามโปรแกรมที่กำหนดให้

ผู้ให้บริการการตลาดเชิงสังคมในระยะนี้จะต้องเสริมสร้างทักษะและให้การสนับสนุนเพื่อเพิ่มความสามารถเพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้เกิดการปฏิบัติตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต่อมาในระยะที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วต้องสนับสนุนต่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนด้วย

การกระตุ้นเสริมและการให้รางวัล ดังนั้นกลยุทธ์ของการตลาดเชิงสังคมจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่มีประสิทธิภาพสูงต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม และมีประโยชน์ที่ชัดเจนเหนือกว่าวิธีการให้ความรู้ผ่านสื่อมวลชนแบบเก่าๆ ซึ่งอาจมีผลเพียงเพิ่มความตระหนักและความรู้เท่านั้น ไม่ถึงขั้นจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) การแบ่งส่วนกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการตลาดเพื่อสังคม

เพื่อประโยชน์ในการจำกัดทรัพยากรให้สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงมากน้อย หรือต้องการบริการสุขภาพเฉพาะแบบใดอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม การแบ่งส่วนกลุ่มเป้าหมายจึงช่วยให้สามารถกำหนดกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะด้านของประชากรเป้าหมายต่างๆ เพื่อออกแบบการให้ข้อมูลความรู้ให้เข้าถึงจุดความสนใจของเป้าหมาย

3) การวิจัยการตลาดเพื่อสังคม

เนื่องจากการตลาดเพื่อสังคมเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นลูกค้าเพื่อสนองต่อความต้องการและความปรารถนา รวมทั้งความคาดหวังและพึงพอใจของลูกค้า ดังนั้นการวิจัยการตลาดจึงใช้วิธีการวิจัยแบบต่างๆ เช่น การจัดกลุ่มเสวนา (focus groups) การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสำรวจตัวแทนเพื่อใช้ในการตรวจสอบความต้องการและความกังวลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการปรับข้อมูลสื่อ ผลิตภัณฑ์ และช่องทางการกระจายข้อมูลสื่อก่อนที่โครงการสุขภาพจะนำไปปฏิบัติเต็มที่

4) ส่วนผสมการตลาดเพื่อสังคม (social marketing mix)

ส่วนผสมการตลาดเพื่อสังคมประกอบด้วยส่วนประกอบหลักสำคัญ (key elements) 4 อย่างเพื่อใช้เป็นเครื่องมือทำการตลาด คือ ผลิตภัณฑ์รวมทั้งบริการ (product) ราคา (price) สถานที่จำหน่าย (place) และการส่งเสริมการตลาด

(promotion) โดยในด้านผลิตภัณฑ์ในด้านสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพและบริการหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพซึ่งจะต้องทำการตลาดให้มั่นใจว่าเหมาะสมและน่าใช้ต่อกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย ส่วนด้านราคาจะต้องคุ้มค่างบประมาณและค่าบริการของลูกค้ายิ่งในด้านค้ำค้ำราคาของเงินที่จะสามารถจ่ายได้สูงสุดไม่เกินราคาร้านได้ จิตวิทยาและคุณค่าทางสังคมรวมทั้งเวลา ส่วนด้านสถานที่เน้นถึงตำแหน่งที่ตั้งของการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ เช่น คลินิก สถานบริการสาธารณสุข และโรงพยาบาล เพื่อการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นส่วนผสมการตลาดเพื่อสังคมจึงเป็นการรวมเข้าด้วยกันตามแผนยุทธศาสตร์ของผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมสุขภาพ และนำไปให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ใช้บริการด้วยราคาที่ยุติธรรมในสถานที่จำหน่ายที่เหมาะสม และใช้การส่งเสริมการตลาดที่มีประสิทธิภาพ ⁽⁵⁻⁶⁾

แนวทางการดำเนินงานการตลาดเพื่อสังคม

การดำเนินการตลาดเพื่อสังคม เพื่อส่งเสริมบริการและผลิตภัณฑ์ทางสังคม เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ หรือส่งเสริมการใช้บริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์ / เครื่องมือทางสุขภาพ เช่น ยา วัคซีน ฤๅยงอนามัย ผงน้ำตาลเกลือแร่ ทรายอะเบต ยาคุมกำเนิด การทดสอบภาวะเสี่ยง และการติดเชื้อ ฯลฯ มุ่งเน้นดำเนินการที่

1. ด้านราคา ว่าจะตั้งราคาสูงสุดได้เท่าไรที่กลุ่มเป้าหมายจะได้ประโยชน์จากโครงการ
2. ด้านผลิตภัณฑ์ ว่าโครงการพยายามจะเปลี่ยนพฤติกรรมด้านใดของกลุ่มเป้าหมาย
3. สถานที่ ที่จะจำหน่ายผลิตภัณฑ์ หรือให้บริการ

4. การส่งเสริมการตลาด จะใช้ข้อความสื่อสารอย่างไร

5. การแบ่งกลุ่มเป้าหมาย ว่าจะจัดเผยแพร่สื่อหรือข้อมูล ผลิตภัณฑ์และบริการส่งให้น่าชวนน่าใช้แก่กลุ่มเป้าหมายย่อยต่างๆ ของกลุ่ม

เป้าหมายได้อย่างไร

6. การวิจัยการตลาด จะใช้การวิจัยอย่างไรเพื่อตรวจสอบความต้องการและความกังวล ความสนใจเกี่ยวข้องของกลุ่มเป้าหมาย⁽⁵⁻⁶⁾

จากความพยายามและมุ่งมั่นในระยะยาว อย่างคงเส้นคงวาของภาครัฐ โครงการการตลาดเพื่อสังคม จะมีประสิทธิผลสูง เช่น ในสหรัฐอเมริกา พบว่าได้ผลดีมากในการรณรงค์เพิ่มการใช้เข็มขัดนิรภัย การลดการสูบบุหรี่ การส่งเสริมการให้ยาที่ถูกต้อง

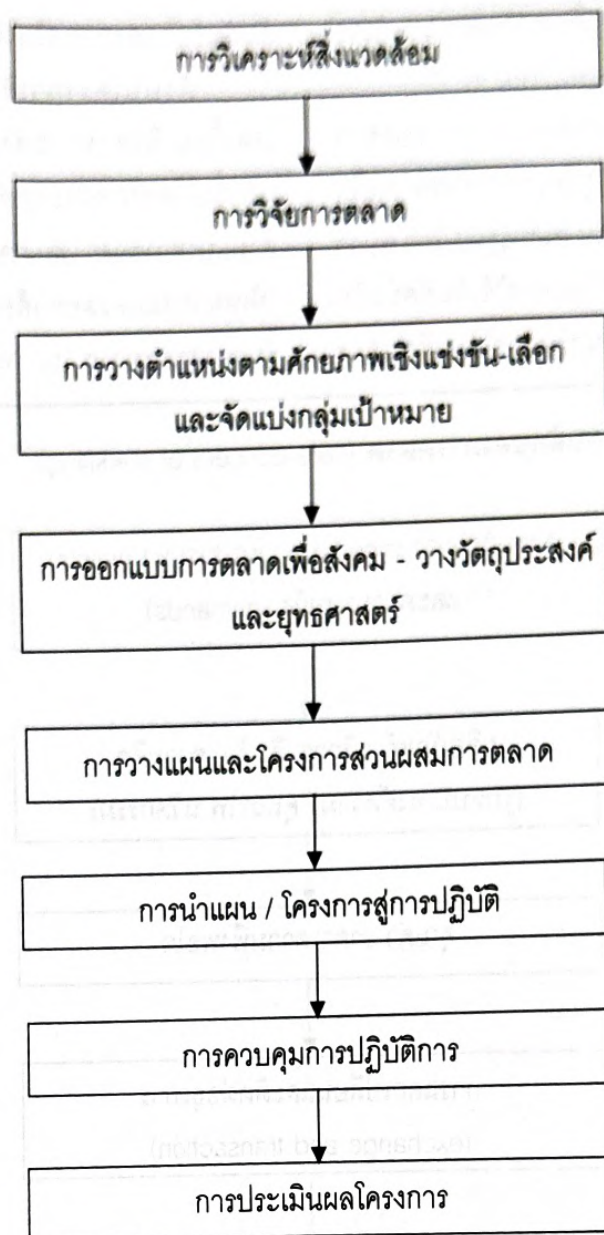
และการรณรงค์เมาไม่ขับ⁽⁷⁾ และในบางประเทศใช้ได้ผลในการส่งเสริมการบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽⁸⁾ และการเสริมวิตามินเอในอาหาร⁽⁹⁾

ดังนั้นโครงการรักษาควบคุมและกำจัดโรคเรื้อรัง จึงสามารถส่งเสริมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวทางและหลักการตามแนวทางของการตลาดเพื่อสังคมดังกล่าวมาแล้วให้เหมาะสมและสอดคล้องดังสรุปแนวคิดหลักและขั้นตอนระยะต่างๆ ในภาพข้างล่าง

ภาพที่ 2 สรุปแนวคิดหลักของการตลาด (core concept of marketing)⁽¹⁰⁾



ภาพที่ 3 ระยะเวลาของการดำเนินการทางการตลาดเพื่อสังคม^(๑)



แนวทางการประยุกต์การตลาดเพื่อสังคม ในงานควบคุมโรคเรื้อรัง

1) การให้สุศึกษาแก่ชุมชน

การให้สุศึกษาแก่ชุมชนในงานควบคุมโรคเรื้อรังมุ่งกระตุ้นผู้ป่วยที่ยังไม่มาตรวจรักษาให้มาตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ โดยกระตุ้นให้เกิดความรู้และความตระหนักมากขึ้นถึงอาการแสดงระยะแรกของโรคเรื้อรัง เช่น วงด่างสีขาว ขา หยิกไม่เจ็บ เหงื่อไม่ออก ชนร่วง และโรคเรื้อรังสามารถรักษาหายขาดได้

รวมทั้งมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของชุมชนเชิงลบที่รังเกียจ ไม่ยอมรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผลจากการวิจัยพบว่าในผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาเองจะรับยาและกินยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการค้นพบจากการสำรวจหมู่บ้าน^(๑) เพราะผู้ป่วยที่ตัดสินใจมาตรวจรักษาเอง (self report) หรือมารับการรักษาแต่เนิ่นๆ จะได้รับอิทธิพลจากการประเมินด้วยตนเองว่าผลลัพธ์ทางสังคมที่เป็นผลตามมาจากการถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังและทัศนคติ รวมทั้ง

พฤติกรรมของชุมชนที่มีต่อตัวเขานั้นเป็นอย่างไร ถ้าเป็นไปได้ในเชิงบวกได้รับการยอมรับโดยไม่มี ความรังเกียจและผลกระทบเชิงลบต่อเขาและครอบครัว เขาก็จะตัดสินใจมาตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ แต่ถ้าเขาไม่แน่ใจและกลัวจะถูกรังเกียจและได้รับผลกระทบเชิงลบ จากชุมชน ผู้ป่วยก็จะหลบซ่อนไม่มาตรวจรักษาแม้ จะมีความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเรื้อนแล้วก็ตาม ดังนั้นจึงสามารถประยุกต์หลักการสำคัญต่อไป ข้างล่างนี้เพื่อส่งเสริมเพิ่มความสำเร็จของโครงการให้ สุขศึกษาด้านโรคเรื้อนแก่ชุมชน

2) การออกแบบยุทธศาสตร์และสื่อ ข้อความเพื่อสนองต่อการรับรู้ด้านประโยชน์ และราคาของผู้บริโภค

ประโยชน์ที่ได้จากการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนรับ มาตรวจรักษาเองเพื่อป้องกันความพิการที่จะเกิด ตามมาเป็นสิ่งที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนต้องการ อย่างมาก แต่ในด้านผู้ป่วยเองอาจตระหนักใน ประโยชน์ดังกล่าวแต่ไม่ได้ปฏิบัติตามสื่อข้อความที่ กระตุ้นให้รับมาตรวจรักษาเพื่อป้องกันความพิการที่ จะเกิดตามมา เพราะเขายังสบายดีและยังไม่มี ความพิการ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังคิดในเชิงสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิทยาด้วยการมาตรวจรักษาที่สถานบริการ สาธารณสุข นอกจากจะทำให้เขาไม่สะดวกและต้อง เสียค่าใช้จ่าย ค่าเดินทางต่างๆ แล้ว เขายังเสียเวลา และสูญเสียรายได้จากค่าจ้างในการทำงาน และต้อง ไปเผชิญกับการถูกรังเกียจเพียงคนเดียวจากตราบาปที่ ถูกสังคมรู้ และตระหนักว่าเขาคือผู้ป่วยโรคเรื้อนอีก ด้วย ดังนั้น นักสุขศึกษาจึงควรจัดกลุ่มสัมมนา (focus groups) ให้กลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อ คำนวณค่านิยมของพวกเขา และสร้างสื่อสุขศึกษาที่ สอดคล้องและเชื่อมโยงด้วยดีกับค่านิยมดังกล่าว เพื่อจูงใจให้พวกเขาตระหนักและปฏิบัติตามในการ รับไปตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ

ตัวอย่างเช่น จูงใจให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนรับไป ตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ ถ้านักสุขศึกษาเน้นที่ประโยชน์ จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสมที่มีประสิทธิภาพ

ที่สามารถฆ่าเชื้อโรคเรื้อนในตัวเขาให้ตายลงเพียง ได้กินยาครั้งแรกจนไม่แพร่เชื้อติดต่อสู่ลูกเมียใน ครอบครัวและชุมชน และทำให้อาการหายดีขึ้นไม่ ก่อให้เกิดความพิการตามมาที่ทำให้คนอื่นรังเกียจ และเกิดผลกระทบทางสังคมและครอบครัว เช่น การเรียน และแต่งงาน และการทำงานของลูกเป็นต้น การจูงใจจึงเป็นกลยุทธ์ขั้นแรกเพื่อให้ผู้ป่วยมาตรวจ รักษา ส่วนมาตรการอื่นๆ ก็ต้องดำเนินการต่อไป เช่น ปรับปรุงการกระจาย รวมทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพ ของสถานบริการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ให้เข้าถึง ผู้ป่วยอย่างสะดวกและประทับใจ

3) การปรับปรุงสื่อสุขศึกษาให้มีหลากหลายเหมาะสมกับระยะต่างๆ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระยะของการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะแตกต่างกัน เช่น บางคน อาจยังอยู่ในระยะของการเกิดความตระหนักต่ออาการ แสดงเริ่มเป็นโรคเรื้อน และตระหนักถึงประโยชน์ที่จะ ได้จากการรับการรักษาแต่เนิ่นๆ ก็จะทำให้เขารีบไป ตรวจรักษา ขณะที่คนอื่นๆ อาจยังอยู่ในระยะของ การไตร่ตรองดูก่อน และกำลังคิดขังใจดูว่าจะได้ ประโยชน์คุ้มกับการเสียค่าใช้จ่ายและเวลาหรือไม่ เพียงไร ถ้าจะไปตรวจรักษา รวมทั้งขณะที่บางคน อาจทั้งยังไม่ตระหนักว่าโรคเรื้อนรักษาหายได้หรือไม่ตระหนักว่าเขามีอาการน่าสงสัยจะเป็นโรคเรื้อน ระยะแรกหรือไม่ ดังนั้นในการวิจัยการตลาดที่มี คุณภาพสูงเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย จึงจำเป็นต้อง เข้าใจความต้องการที่จะให้สุขศึกษา และความเชื่อ ทางด้านสังคม วัฒนธรรม เกี่ยวกับโรคและการ เจ็บป่วยเพื่อที่จะได้สามารถแปลผลของแนวคิด เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยนั้นๆ ออกไปเป็น ข้อความที่จะใช้ในสื่อสุขศึกษาอย่างเหมาะสม สอดคล้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

4) การผลิตข้อความสำหรับใช้ในสื่อ สุขศึกษาและการเลือกสื่อ ต้องใช้ความคิดริเริ่ม เชิงสร้างสรรค์และนวัตกรรมที่น่าสนใจ และ

ดึงดูดเร้าใจแก่กลุ่มเป้าหมาย

ส่วนใหญ่ข้อความที่ใช้ในสื่อสุขภาพมักไม่น่าดึงดูดความสนใจและเร้าใจโดยซ้ำซากน่าเบื่อหน่าย และชินชาสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นนักศึกษาคควรจะต้องพยายามเรียนรู้จากการตลาดโฆษณาสินค้าต่างๆ ผ่านสื่อโฆษณาต่างๆ เพื่อรู้จักการสร้างความคิดริเริ่มเชิงสร้างสรรค์ในการคิด ผลิตภัณฑ์ และสื่อที่จะช่วยดึงดูดสร้างความสนใจ เร้าใจแก่ผู้ชมสื่อ สำหรับวิธีการใช้สื่อโฆษณาแบบเก่าแก่ดั้งเดิมได้แก่ การใช้ภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พิการน่าเกลียด เพื่อหวังว่าจะกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว และรีบมาตรวจรักษา แต่กลยุทธ์การสร้างความหวาดกลัวอาจเกิดผลเสียในทางกลับกันคือขยะแขยง ไม่อยากสัมผัสเข้าใกล้และเกี่ยวข้องด้วย รวมทั้งยังทำให้ความรังเกียจกลัวโรคเรื้อรังและหลบซ่อนตัวเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย ดังนั้นนักศึกษาคจึงควรใช้ประโยชน์จากความกลัว ความน่าเกลียดน่ากลัว เช่น โรคเรื้อรัง เพื่อสร้างและดึงดูดความน่าสนใจของกลุ่มเป้าหมายโดยเสริมข้อความ วิธีแก้ไขเช่น สื่อด้านประสิทธิภาพของยาเคมีบำบัดผสม และการป้องกันแก้ไขความพิการ โดยใช้ภาพผู้หญิงสาวสวยที่สะอาดตา ดึงดูดความสนใจที่ได้รับการรักษาจนหายสนิทจากโรคเรื้อรัง จนอาการรบกวนต่างสลาย กลับลึกลงหายไป และไม่มีอาการพิการเนื่องจากรีบมาตรวจรักษาแต่ต้น⁽¹²⁾ การเปลี่ยนชื่อ "โรคเรื้อรัง" เป็น "โรคผิวหนังเนื้อขาว" ก็เป็นทางเลือกที่ดี การปรับเปลี่ยนข้อความและวิธีการดังกล่าวจึงช่วยเสริมความเชื่อที่มั่นใจสมกับข้อความในสื่อที่เน้นว่า "รักษาแต่ต้นจะพ้นอันตราย โรคเรื้อรังจะหาย ร่างกายไม่พิการ"

นอกจากนั้นสื่อข้อความต้องออกแบบให้เหมาะสมกับอายุและลักษณะเฉพาะทางสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย โดยสร้างความเชื่อที่มั่นใจด้วยการกล่าวเน้นเหตุผลและประโยชน์ที่จะได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ตั้งใจไว้ สื่อและวิธีการใช้สื่อในการให้สุขศึกษาชุมชน ควรจะไม่พ่วงจนเกินไป เช่น การใช้แทรกข้อความไป

ในเพลงประจำท้องถิ่น การแสดงหมอลำ ลิเก คอนเสิร์ต รวมทั้งการแสดงรายการโทรทัศน์ต่างๆ และการใช้ศิลปินนักแสดง ดาราที่คนนิยม และใช้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นคนเด่น คนดัง หน้าตาดีดึงดูดใจ และรักษาหายสนิทมาช่วยเป็นนางแบบโฆษณาประชาสัมพันธ์ ทั้งนี้ก่อนจะออกแบบข้อความสื่อ และเลือกใช้สื่อที่จะเผยแพร่สุขศึกษา ควรทำการวิจัยกลุ่มเป้าหมายก่อนว่ามีการเพิกเฉยไม่สนใจ และความคิดความเชื่อผิดๆ ในเรื่องอะไรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะให้สุขศึกษามากน้อย โดยใช้วิธีการวิจัยที่ผสมระหว่างเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เช่น กลุ่มสัมพันธ์ หรือสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสำรวจตัวแทนกลุ่ม โดยข้อความสื่อควรได้รับการทดสอบก่อนว่าเหมาะสมเข้ากับความเข้าใจ และความเชื่อของกลุ่ม เป็นต้น

การปรับปรุงและส่งเสริมบริการโรคเรื้อรังโดยการประยุกต์ใช้หลักการตลาดเพื่อสังคม

บริการโรคเรื้อรังซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถส่งเสริมให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากขึ้นโดยการประยุกต์ใช้หลักการของการตลาดเพื่อสังคม เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยที่ยังหลบซ่อนไม่มาตรวจรักษา จะรีบสมัครใจมารับการตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ ด้วยตนเอง และมารับยาและกินยาตามกำหนดจนครบ และหายจากโรคเรื้อรัง รวมทั้งการดูแลตนเองในการป้องกันความพิการ และรับการตรวจแนะนำ ป้องกันอาการแทรกซ้อนและความพิการ และฟื้นฟูสภาพ

1) การปรับปรุงจุดบำบัดให้กระจายทั่วถึง และเข้าถึงผู้ป่วย

จุดบำบัดโรคเรื้อรังของทุกสถานบริการสาธารณสุขจะต้องจัดให้อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อสะดวกและการให้บริการด้านความสัมพันธ์อันดีที่มีต่อระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ต้องมีทักษะในการสื่อสารและให้ความรู้ การบริหารจัดการด้านเวชภัณฑ์และสิ่งสนับสนุนต่างๆ ต้องดีเพียงพอ

เพื่อให้บริการนอกจากเสริมสร้างความตระหนักด้านอาการและความสำคัญของโรคเรื้อรังแล้วยังต้องสร้างความพึงพอใจในบริการแก่ผู้ป่วยอีกด้วย

2) จะต้องฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มุ่งผู้ป่วยเป็นหลัก

เนื่องจากการตลาดเพื่อสังคมเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้น ต่อการสนองความต้องการและความปรารถนา รวมทั้งความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้บริโภค การดำเนินงานการตลาดเพื่อสังคมจึงนับว่าเหมาะสมมากต่อการช่วยจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งยังเป็นโรคที่สังคมรังเกียจกลัวอย่างมาก และต้องใช้เวลาพอสมควรกว่าที่ผู้ป่วยจะยอมรับการวินิจฉัยโรค และแสดงออกว่าพวกเขามีความตระหนักและห่วงใยในสุขภาพของตนเอง การวิจัยพบว่าผลของคุณภาพของการให้บริการของเจ้าหน้าที่และความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมีอิทธิพลต่อการมารับและกินยาอย่างสม่ำเสมอ^(12,13) นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจรรวมทั้งในคลินิก โรงพยาบาล และศูนย์ฟื้นฟูสภาพ โดยเข้าใจและแก้ไขปัญหาด้านจิตวิทยาสังคมของผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ควรได้รับการฝึกอบรมเสริมความรู้ และทักษะในการสื่อสารและให้คำปรึกษาหารือโดยเรียนรู้ที่จะเอาใจผู้ป่วยมาใส่ใจเจ้าหน้าที่ยอมรับฟังปัญหาต่างๆ และสนองตอบต่อการช่วยเหลือแนะนำแก้ปัญหาดังกล่าว การสร้างความสัมพันธ์ซึ่งกันด้วยความรัก สงสาร เมตตาอุทิศพ่อแม่ดูแลลูก จะช่วยให้ผู้ป่วยผูกพันและกลับมารับยาอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามตรวจหลังหยุดยาด้วยตามกำหนด เจ้าหน้าที่ยังควรต้องเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหาเพื่อประเมินตรวจสอบเหตุผล กรณีผู้ป่วยขาดยาไม่มารับยานานเกิน 1 ปี และทำการติดตามต่อไป นอกจากนั้นยังควรได้รับการอบรมด้านเทคนิคของการวิเคราะห์และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การใช้ทฤษฎีรูปแบบตามเชิงทางสุขภาพ (health belief model)⁽¹⁴⁾ หรือทฤษฎีการใช้เทคนิคเสริมสร้างศักยภาพตนเอง (self efficacy) และ

Green's preceed framework⁽¹²⁾

3) การส่งเสริมและโฆษณาบริการรักษาโรคเรื้อรัง

โครงการการตลาดเพื่อสังคมด้านโรคเรื้อรังควรต้องให้ข้อมูลแจ้งแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายว่ามีการจัดให้มีการกระจายยาบำบัดโรคเรื้อรังไว้อย่างเพียงพอทั่วถึง ทันเวลา ณ คลินิกจุดจ่ายยาที่ให้การตรวจรักษาใกล้บ้าน อย่างสะดวกตามสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ และบริการให้ยาฟรี

4) การเปลี่ยนแปลงนโยบายและการลดการให้การสนับสนุน งานควบคุมโรคเรื้อรังและงานตลาดเพื่อสังคมด้านโรคเรื้อรัง

เมื่อโรคเรื้อรังมีความชุกต่ำลง และสามารถกำจัดได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข การสนับสนุนเชิงนโยบาย และการลำดับความสำคัญของปัญหาโรคเรื้อรังก็จะลดต่ำลง ทำให้อาจมีผลกระทบต่อบัญหาอุปสรรคการควบคุมโรคเรื้อรัง และการตลาดเพื่อสังคมด้านโรคเรื้อรังได้ ปัญหาโรคเรื้อรังที่เหลืออยู่ เช่น การสนับสนุนทรัพยากรมีจำกัด ความสนใจและการตรวจรักษาผู้ป่วยทำได้ยากมากขึ้น เพราะผู้ป่วยน้อยลง ทศนคติเชิงลบของครอบครัว เจ้าหน้าที่และชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาจมีอยู่หรือเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น โครงการตลาดเพื่อสังคมด้านโรคเรื้อรังจึงมีผลผูกพันเชื่อมโยงกับประชากรเป้าหมาย ผู้ใช้บริการหรือผู้บริโภคทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับต่ำสุดคือในระดับชุมชน และระดับสูงสุดคือรัฐบาลผู้กำหนดนโยบายและให้การสนับสนุนทรัพยากร ดังนั้นสิ่งที่ปัญหาท้าทายผู้บริหารหรือผู้จัดการโครงการควบคุมโรคเรื้อรังจึงต้องใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อสังคม เพื่อกระตุ้นสร้างกระแสให้นักการเมืองหรือผู้กำหนดนโยบายได้เล็งเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนโครงการควบคุมโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโครงการในพระราชดำริ และได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงห่วงใย และติดตามงานโรคเรื้อรังอย่างใกล้ชิดตลอดมา ให้สำเร็จสามารถกำจัดได้อย่างยั่งยืนสมดังพระราชปณิธาน และ

รณรงค์สร้างกระแสให้ชุมชนได้ตระหนักความสำคัญดังกล่าวเช่นกัน และร่วมรณรงค์ ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตกค้างในชุมชนให้มาตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ ให้ทั่วถึง เพื่อโดยเสด็จพระราชกุศล ตลอดจนกระตุ้นบุคลากรสาธารณสุขให้ร่วมโดยเสด็จพระราชกุศลให้บริการการค้นหา ตรวจรักษา และป้องกันความพิการ และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งผสมผสานบูรณาการในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป

สรุป

บทความนี้ได้ทบทวนหลักของการตลาดเพื่อสังคมและการประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงการวางแผนและดำเนินโครงการควบคุมโรคเรื้อน การตลาด เพื่อสังคมยังช่วยปรับปรุงโครงการให้สุศึกษาแก่ชุมชนและบริการผู้ป่วย ดังนั้นผู้จัดการและผู้ประสานงานโครงการควบคุมโรคเรื้อนจึงควรนำไปประยุกต์ใช้ออกแบบสร้างสรรค์ในการผลิตสื่อและการใช้สื่อเพื่อกระตุ้นความสนใจกลุ่มเป้าหมาย เพื่อจูงใจผู้ป่วยโรคเรื้อนให้มาตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ และให้ชุมชนลดความรังเกียจ ยอมรับผู้ป่วย ส่วนบริการรักษาผู้ป่วย ควรเน้นความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วย และการเสริมด้วยการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข ในด้านทักษะการสื่อสารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการปรับปรุงการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและฉันทมิตรแก่ผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่กรุณาให้คำแนะนำที่มีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. ปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ 2526;3: 61-81.

2. ธีระ รามสูต. 40 ปีของการบุกเบิก พัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2541.
3. สถาบันราชประชาสมาสัย. สรุปรายงานสถิติโรคเรื้อนประจำปี 2545. เอกสารอัดสำเนา, 2545.
4. Kotler P., Roberto EL. Social marketing : Strategies for changing public behaviour. New York: The Free Press; 1989.
5. Andreason AR. Marketing social change : Changing behaviour to promote health, social development and the environment. Sanfrancisco: Jossey-Bass; 1995.
6. Mee L W. Can social marketing be applied to leprosy programme ?. Lep Rev 2002; 73: 308-18.
7. Prachaska JQ, Di Clemente CC, Norcross JE. In search of how people change. Application to addictive behaviours. Am Psychol 1992; 9: 1102-14.
8. Crabbe F., Tchupo JP., Manchester T. et al. Prepackaged therapy for urethritis : The "MSTOP" experience in Cameroon. Sex Transm Infect 1998; 74 : 92-249.
9. Smitasiri S. Nutri-action analysis : Going beyond good people and adequate resource. Bangkok: Amarin printing; 1994.
10. ชูชัย ศรีธานี. การประยุกต์แนวคิดการบริหารการตลาดกับบริการสาธารณสุข. (ฉบับเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
11. Vadber A, Lalljee M. Patient treatment compliance in leprosy : A critical review. Int. J. lepr other Mycobact Dis, 1992; 60: 587-607.

12. Green LW, Kreuter M. Health promotion planning : An educational and environmental approach. Polo-Alto : Mayfield publishing co; 1991.
13. Bijleveld I. Leprosy care: Patient's expectation and experience. A case study in Western Provinces, Amsterdam: Royal Tropical Institute-Kenya; 1977.
14. Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In : Granz K, et al (EDS). Health behaviour and health education : theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.

ในสภาวะความชุกโรคเรื้อนต่ำหลังความสำเร็จจากการกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข การปฏิบัติงานควบคุมโรคเรื้อนในสภาวะดังกล่าวเพื่อกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไปย่อมประสบปัญหาและความยุ่งยากยิ่งขึ้นทั้งจากความสนใจ และสนับสนุนเชิงการเมือง นโยบาย และงบประมาณจากผู้บริหารระดับสูงลดลง เพราะลำดับความสำคัญของปัญหาโรคเรื้อนต่ำลง บุคลากรสาธารณสุขมีภารกิจและกลุ่มงานอื่นๆ ที่มีความสำคัญต้องรับผิดชอบมากกว่า การค้นหาและติดตามการรับยา และการป้องกันความพิการของผู้ป่วยทำได้ยากลำบาก เพราะจำนวนผู้ป่วยเหลือน้อยลง และกระจายห่างไกลกันมากขึ้น การหลบซ่อนของผู้ป่วยเพราะยังกลัวต่อความรังเกียจ และผลกระทบจากการถูกค้นพบและคนอื่นรู้ว่าตนเป็นโรคเรื้อน ทำให้มาตรวจล่าช้าจนโรคกำเริบพิการ และแพร่ติดต่อในชุมชนต่อไป

จากปัญหาดังกล่าว การให้สุขศึกษาอย่างทั่วถึงทางสาธารณสุขเคยปฏิบัติมาช้านาน อาจล้าสมัยและไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อสภาวะปัจจุบัน การนำแนวทางและหลักการของการตลาด และกลไกการตลาดเพื่อสังคมมาประยุกต์ใช้สร้างสรรค์การดำเนินงาน จึงนับว่าเป็นมาตรการเสริมสนับสนุนเชิงรุกที่เหมาะสมกับบริบทสุขภาพยุคใหม่ของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และโครงการควบคุมโรคเรื้อนในสภาวะความชุกต่ำ โครงการออกแบบข้อความสื่อและการเลือกใช้สื่ออย่างใช้ความคิดเชิงสร้างสรรค์ นวัตกรรมที่สร้างกระแสเข้าใจและดึงดูดความสนใจ เข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ ทั้งนักการเมืองและผู้บริหารระดับสูง ให้เล็งเห็นความสำคัญและสนับสนุนโครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริ และเข้าถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังหลงเหลือหลบซ่อนในชุมชนระดับล่าง ให้รับมาตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ ที่สถานบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน ได้รับการรับรองคุณภาพ และมีบุคลากรผู้ผ่านการอบรมให้มีทักษะทั้งด้านโรคเรื้อนและด้านการสื่อสาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสามารถเข้าถึงและดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยบริการฉันทันทีที่มีคุณภาพและประทับใจ รวมทั้งเข้าถึงชุมชนให้ลดความรังเกียจและยอมรับช่วยเหลือผู้ป่วยให้บูรณาการในสังคมได้ เพื่อสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

บรรณาธิการ

WHO Guidelines for the Management of Severe Erythema Nodosum Leprosum (ENL) Reaction

โกวิท คัมภีรภาพ พ.บ.

อ.ว. (ตจวิทยา)

สถาบันราชประชาสมาสัย

กรมควบคุมโรค

Kowit Kampirapap, MD.

Dip. Board of Dermatology

Raj Pracha Samasai Institute

Department of Disease Control

1. หลักเกณฑ์ทั่วไป

severe ENL มักเป็นเรื้อรัง เป็นๆ หายๆ และมีอาการทางคลินิกต่าง ๆ กัน

severe ENL ควรได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ระยะเวลาและขนาดของยารักษาโรคเหนือแพทย์ควรปรับให้เหมาะสมตามความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ความหมาย

severe ENL ประกอบด้วยอาการและอาการแสดงดังนี้

- มีตุ่ม ENL จำนวนมาก และใช้สูง
- มีตุ่ม ENL และ neuritis
- มีตุ่ม ENL ชนิดเป็นตุ่มหนอง หรือตุ่มแตกเป็นแผล
- มีตุ่ม ENL เป็นๆ หายๆ
- เกิดโรคเหนือที่อวัยวะอื่น ๆ ด้วย เช่น ตา อذنทะ ต่อม้ำเหลือง ข้อม

3. การรักษาด้วย corticosteroids

- ถ้าผู้ป่วยยังอยู่ในระยะรักษา ให้ยา MDT ต่อไป
- ให้ยาบรรเทาปวดลดไข้อย่างเพียงพอ
- ให้ standard course ของ prednisolone ขนาดไม่เกิน 1 มก./กก. ต่อวัน นานทั้งหมด 12 สัปดาห์

4. การรักษาด้วย clofazimine ควบกับ corticosteroids

เป็นข้อบ่งใช้สำหรับผู้ป่วย severe ENL ที่ไม่ตอบสนองต่อ corticosteroid หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของ corticosteroid

- ถ้าผู้ป่วยยังอยู่ในระยะรักษา ให้ยา MDT ต่อไป
- ให้ยาบรรเทาปวดลดไข้อย่างเพียงพอ
- ให้ standard course ของ prednisolone ขนาดไม่เกินวันละ 1 มก./กก.
- ให้ clofazimine ขนาด 100 มก. วันละ 3 ครั้ง นาน 12 สัปดาห์
- เมื่อครบ standard course 12 สัปดาห์ของ prednisolone แล้วให้หยุด
- ให้ clofazimine ต่อไป โดยลดเหลือ 100 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 12 สัปดาห์ แล้วลดเหลือ 100 มก. วันละ 1 ครั้ง นาน 12-24 สัปดาห์

5. การรักษาด้วย clofazimine อย่างเดียว

เป็นข้อบ่งใช้สำหรับผู้ป่วย severe ENL ที่มีข้อห้ามใช้ corticosteroid

- ถ้าผู้ป่วยยังอยู่ในระยะรักษา ให้ยา MDT ต่อไป
- ให้ยาบรรเทาปวดลดไข้อย่างเพียงพอ
- ให้ clofazimine ขนาด 100 มก. วันละ 3 ครั้ง นาน 12 สัปดาห์

- ต่อไปให้ลดเหลือ 100 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 12 สัปดาห์ แล้วลดเหลือ 100 มก. วันละ 1 ครั้ง นาน 12-24 สัปดาห์

ข้อสังเกต

- ในผู้ป่วยที่หยุดยา MDT แล้ว ให้รักษา ENL ตามที่กล่าวข้างต้น โดยไม่ต้องเริ่ม MDT ใหม่
- ระยะเวลาของ standard course ของ prednisolone คือ 12 สัปดาห์
- ระยะเวลาของการรักษาด้วย clofazimine ขนาดสูง ไม่ควรเกิน 12 เดือน clofazimine ใช้เวลาออกฤทธิ์เต็มที่ 4-6 สัปดาห์
- ยาอื่นที่พบว่าได้ผลในการรักษา ENL คือ pentoxifylline อาจใช้เป็นยาเดี่ยวหรือควบกับ clofazimine และ/หรือ prednisolone ก็ได้
- WHO ไม่แนะนำให้ใช้ thalidomide ในการรักษา ENL เพราะมีผลข้างเคียงรุนแรงต่อทารกในครรภ์

บรรณานุกรม

World Health Organization. Report of the fifth meeting of the WHO Technical Advisory Group on Elimination of Leprosy (TAG). Geneva, 2003: 13-14.

หมายเหตุ

standard course ของ prednisolone สำหรับผู้ป่วยในประเทศไทย ควรยึดตามคู่มือวินิจฉัย และรักษาโรคเรื้อน คือเริ่มด้วยขนาด 40 มก./วัน ถ้าอาการดีขึ้นให้ปรับลดยาทุก 2 สัปดาห์ หรือปรับลดตามการตอบสนองของอาการทางเส้นประสาทและผิวหนัง ดังนี้

- สัปดาห์ที่ 1-2 ขนาดยา 40 มก./วัน
- สัปดาห์ที่ 3-4 ขนาดยา 30 มก./วัน
- สัปดาห์ที่ 5-6 ขนาดยา 20 มก./วัน
- สัปดาห์ที่ 7-8 ขนาดยา 15 มก./วัน
- สัปดาห์ที่ 9-10 ขนาดยา 10 มก./วัน
- สัปดาห์ที่ 11-12 ขนาดยา 5 มก./วัน

การดำเนินงานโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ในอำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ⁽¹⁾ Sustainable Leprosy Elimination Activities in Kamalasai District of Kalasin Province

สุพัฒน์ ธาตุเพชร พ.บ.,ศส.บ., รป.บ.
โรงพยาบาลอมลาลัย
จังหวัดกาฬสินธุ์

Suphat Thatphet, M.D., B.P.H.,B.P.A.
Kamalasai Community Hospital
Karasin Province

1. บทนำ

การดำเนินงานโครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริของอำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้โอนมอบจากหน่วยควบคุมโรคเรื้อนจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งดำเนินการในรูปโครงการชำนาญพิเศษ (Specialized Leprosy Control Project) นับแต่ปี พ.ศ. 2500 โดยบูรณาการในระบบบริการสาธารณสุขของจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2541 และเมื่อรัฐบาลปัจจุบันเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพดีถ้วนหน้า (30 บาทรักษาฟรีทุกโรค) ในปี พ.ศ. 2545 โรงพยาบาลชุมชนอมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง จึงได้เข้าร่วมโครงการ โดยได้จัดตั้งหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care : CUP) ขึ้น 1 แห่ง และมีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) รวม 10 แห่ง และสถานีอนามัยเครือข่าย 6 แห่ง รับผิดชอบพื้นที่อำเภออมลาลัย และกิ่งอำเภอห้วยซัย ซึ่งมีประชากรเลือกลงทะเบียนบัตรทองรวม 97,961 คน ในพื้นที่รวม 13 ตำบล 159 หมู่บ้าน 19,579 หลังคาเรือน โดยมีองค์กรปกครองท้องถิ่น

ประกอบด้วย 3 เทศบาลและ 12 องค์การบริหารส่วนตำบล และสถานศึกษาประกอบด้วยโรงเรียนมัธยมศึกษา 7 แห่ง และโรงเรียนประถมศึกษา 59 แห่ง สำหรับคำขวัญของอำเภออมลาลัย คือ

“เมืองอมลาลัย	คนน้ำใจดี
มากมีแหล่งโบราณ	ชมงานแข่งเรือยาว
เห็ดฟางเงินล้าน	เทศกาล 12 เดือน”

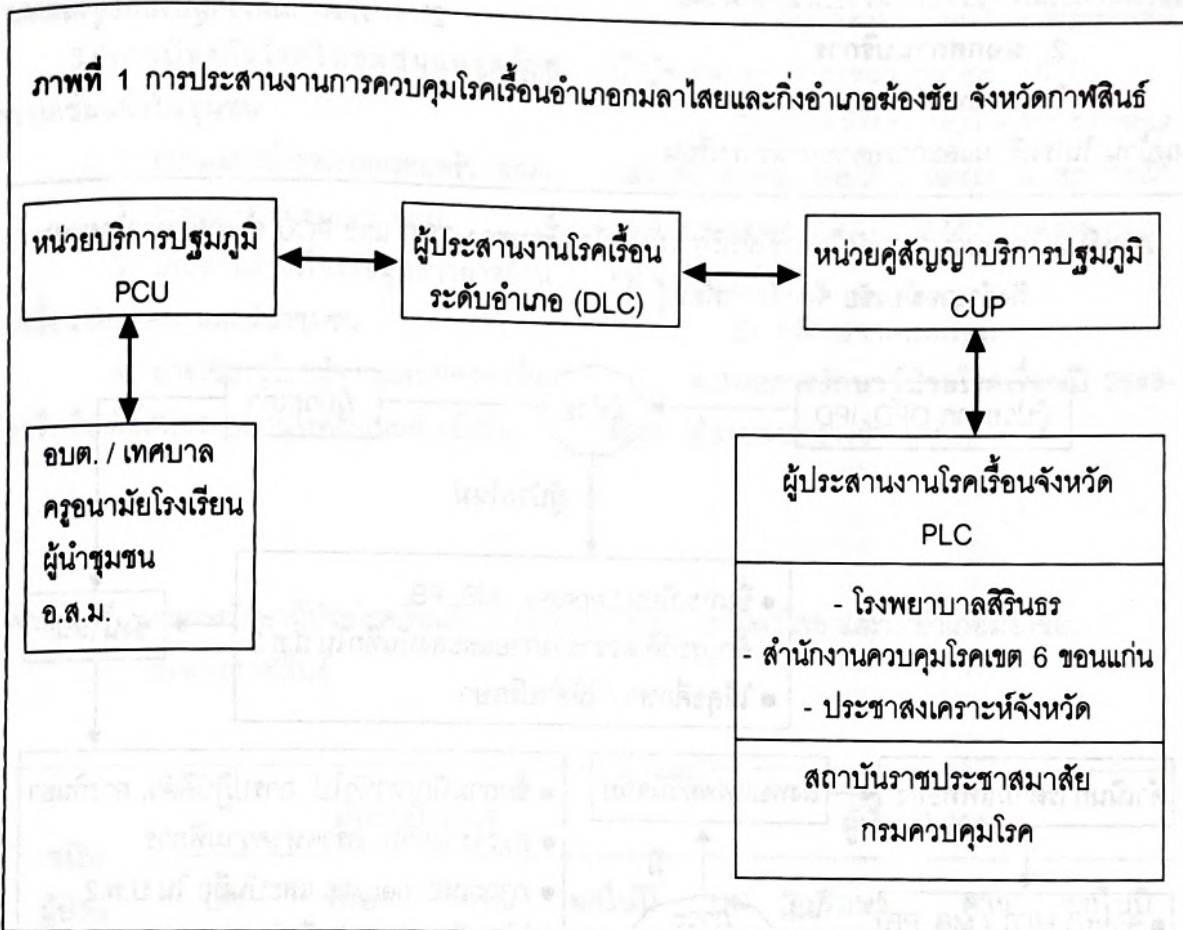
งานควบคุมโรคเรื้อนของอำเภออมลาลัย ได้รับการยอมรับและชื่นชมอย่างดียิ่งตลอดมา จากสถาบันราชประชาสมาสัย จากการพัฒนาและจัดมาตรฐานงานกำจัดโรคเรื้อนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เป็นรูปแบบตัวอย่างที่ดี และสำหรับนายแพทย์สุพัฒน์ ธาตุเพชร ก็ได้ให้เกียรติเป็นวิทยากรและที่ปรึกษาของสถาบันราชประชาสมาสัย ตลอดมาด้วย บทความเรื่องนี้จะจึงมีวัตถุประสงค์สะท้อนรูปแบบและบทบาทตัวอย่างของโรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพและความมุ่งมั่นสูงเพื่อโดยเสด็จพระราชกุศลเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนให้สำเร็จ สมดังพระราชปณิธานต่อไป

(1) บรรยายในการประชุมสัมมนาเรื่อง “การพัฒนางานควบคุมโรคเรื้อนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดโดยสถาบันราชประชาสมาสัย ณ โรงแรมมารีแอร์พอร์ท กทม. วันที่ 28 ตุลาคม 2546 (เรียบเรียงจากบันทึกการบรรยาย โดย นางสาววิจิตรา ธารีสุวรรณ สถาบันราชประชาสมาสัย)

2. การบริหารจัดการงานควบคุมโรคเรื้อนระดับ อำเภอในพื้นที่ อำเภอกมลาไสย และกิ่งอำเภอน้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนได้ผสมผสานในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค (Health Promotion and Prevention of Disease : PP) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ด้วยการจัดสรรงบประมาณเหมาะสมโดยหน่วยงานผู้ปฏิบัติงานบูรณาการ

(CUP) เป็นฝ่ายรับผิดชอบการจัดการและการเงิน และการประสานสนับสนุนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ รวมทั้งสถาบันราชประชาสมาสัยและสำนักป้องกันควบคุมโรคเขต 6 ขอนแก่น ของกรมควบคุมโรค ตลอดจนโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขอนแก่น (เปลี่ยนชื่อเป็น รพ.สิรินธร) โดยมีผู้ประสานงานโรคเรื้อนระดับอำเภอเป็นแกนนำ ดังสรุปโครงสร้างการประสานงานควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอดังภาพข้างล่าง



โดยในการบริหารจัดการมีระบบการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอ ซึ่งสรุปประกอบด้วย

1. การแต่งตั้งคณะกรรมการโรคเรื้อนระดับอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรื้อนของอำเภอ
2. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. จัดทำแผนงานควบคุมโรคเรื้อนและ

clinical practice guideline

4. จัดตั้งคลินิกโรคผิวหนังและคลินิกโรคเรื้อนในโรงพยาบาลชุมชน
5. นำข้อมูลและปัญหาโรคเรื้อนเข้าพิจารณาที่ประชุมคณะกรรมการบริหารหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (CUP Board)
6. พัฒนาความรู้แก่บุคลากร

3. การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนโดย หน่วยบริการคู่สัญญาปฐมภูมิ (CUP) ระดับอำเภอ

ประกอบด้วยงานหลักและกิจกรรมโดย
สังเขป คือ

3.1 การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์

1) ในสถานบริการให้แก่ผู้ป่วยและ
ญาติ และประชาชนทั่วไปทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล
โดยใช้สื่อเอกสาร สิ่งพิมพ์ VDO สไลด์ และการจัด
นิทรรศการรณรงค์ในสัปดาห์ราชประชาสมาสัย

2) นอกสถานบริการ

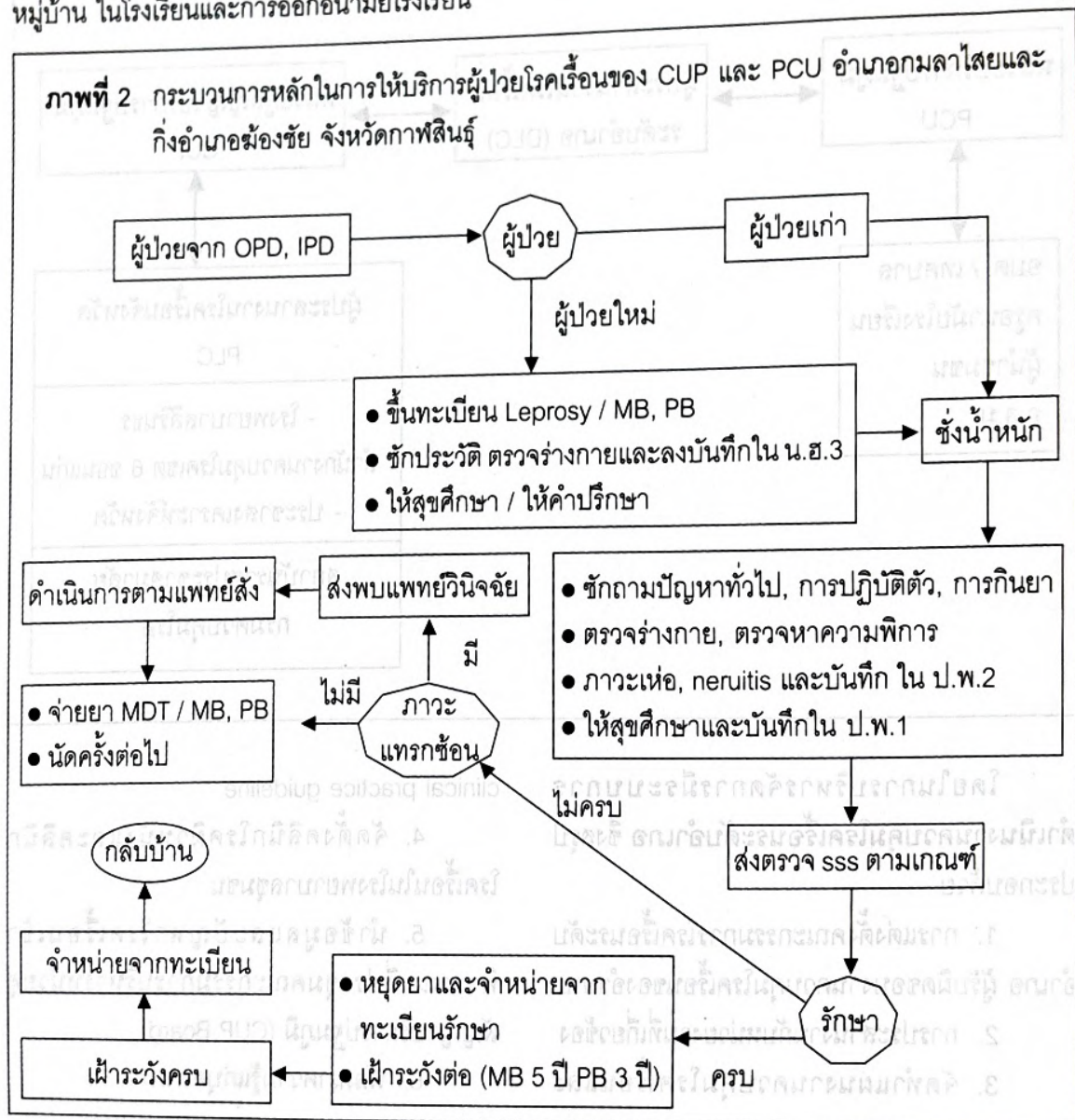
ในชุมชนทางวิทยุและหอกระจายข่าวใน
หมู่บ้าน ในโรงเรียนและการออกอนามัยโรงเรียน

3.2 การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน (case finding) ประกอบด้วยกิจกรรม

- 1) จัดตั้งคลินิกโรคผิวหนัง
- 2) ตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน
- 3) การสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว (rapid
village survey : RVS) โดยทีมเคลื่อนที่
- 4) การให้สุศึกษาในชุมชน

3.3 การให้การดูแลรักษาและติดตาม ผู้ป่วย (case holding)

- 1) การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน
- 2) การติดตามตรวจผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ



3.4 การป้องกันพิการ

- 1) ให้รู้รักษา
- 2) จัดบริการคลินิก self care

ติดตามผลการดำเนินงาน

- ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา
- ไม่มีผู้พิการ

3.5 การฟื้นฟูสภาพและการสงเคราะห์

1) ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในสถานบริการและที่บ้าน

2) ให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยตามความเหมาะสม

3.6 การป้องกันโรคในชุมชนและสร้างความเข้มแข็งในชุมชน

- 1) อบรมแกนนำสุขภาพครอบครัว (สกก)
- 2) อบรมผู้นำชุมชนและ อสม.
- 3) ประสานงานเรื่องข้อมูลข่าวสารด้านโรคเรื้อน กับ อสม. และผู้นำชุมชน

4) การใช้ประโยชน์จากแพทย์สาขาอื่น/วิชาชีพอื่นเพื่อสนับสนุนงานโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน

5) ทีมเยี่ยมบ้านของ CUP และ PCU

ต่อการเชื่อมระบบเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชนในการประสานสนับสนุนงานกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน

4. สรุปผลการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในปี พ.ศ. 2545-2546 ของอำเภออมลาลัย และกิ่งอำเภอหนองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

4.1 ประเภทผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการ

1) ผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม (on multidrug therapy : MDT)

2) ผู้ป่วยที่รับยา MDT ครบตามกำหนดแล้ว (PB 6 เดือน MB 2 ปี) และอยู่ในระยะการเฝ้าระวังติดตามหลัง MDT (post-MDT surveillance : PB 3 ปี MB 5 ปี)

3) ผู้พิการจากโรคเรื้อน

4.2 ผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนปี 2545-2546 ได้สรุปดังตารางข้างล่าง

ตารางที่ 1 ผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนปี 2545-2546 ในอำเภออมลาลัย และกิ่งอำเภอหนองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ชนิดผู้ป่วย	ผู้ป่วยปี 2545				ผู้ป่วยปี 2546			
	ON MDT	รักษาครบ	ตาย/Refer	ยกไปปี 2546	ON MDT	รักษาครบ	ตาย/Refer	ยกไปปี 2547
MB	1	-	-	1+3	1+3	1	-	3
PB	1+3	2	-	2	2	2	-	-
รวม	5	2	-	6	6	3	-	3

4.3 ผลการค้นหาผู้ป่วยใหม่ปี 2545-2546 สรุปดังตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 2 ผลการค้นหาผู้ป่วยใหม่ปี 2545-2546 ในอำเภอกรมลาไสยและกิ่งอำเภอหนองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ชนิดผู้ป่วย	ผู้ป่วยใหม่ ปี 2545			ผู้ป่วยใหม่ปี 2546		
	ค้นพบใหม่	รับ Refer	รวม	ค้นพบใหม่	รับ Refer	รวม
PB	3*	-	3	-	-	-
MB	-	-	-	2**	1	3
รวม	3	-	3	2	1	3

* พบจากการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว (RVS) 2 ราย และจากการตรวจพบโดยคลินิก 1 ราย

** พบจากการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว (RVS) ทั้ง 2 ราย

4.4 ผลการตรวจผู้สัมผัสร่วมบ้านปี 2545-2546 สรุปดังตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 3 ผลการติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน 2545-2546 ในอำเภอกรมลาไสยและกิ่งอำเภอหนองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ชนิดผู้ป่วย	ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ปี 2545			ผู้สัมผัสร่วมบ้านปี 2546		
	จำนวนทั้งหมด	ได้รับการตรวจ	ค้นพบผู้ป่วย	จำนวนทั้งหมด	ได้รับการตรวจ	ค้นพบผู้ป่วย
PB	18	18 (100%)	-	21	21 (100%)	-
MB	34	34 (100%)	-	31	31 (100%)	-
รวม	52	52 (100%)	-	52	52 (100%)	-

4.5 ผลการติดตามเฝ้าระวังตรวจสุขภาพผู้ป่วยที่ได้รับยา MDT ครบแล้ว สรุปดังตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 4 ผลการติดตามเฝ้าระวังตรวจสุขภาพผู้ป่วยที่ได้รับยา MDT ครบแล้วในอำเภอกรมลาไสยและกิ่งอำเภอหนองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ชนิดผู้ป่วย	ผู้ป่วยเฝ้าระวัง ปี 2545				ผู้ป่วยเฝ้าระวัง ปี 2546				
	จำนวนทั้งหมด	ตรวจสุขภาพ	เฝ้าระวังครบ	ตาย/อื่น	จำนวนทั้งหมด	ตรวจสุขภาพ	เฝ้าระวังครบ	ตาย/อื่น	ยอดยกไปปี 2547
MB	8	7	2	1	5+1	5	4	-	2
PB	3+2	5	2	-	3+2	5	1	-	4
รวม	13	12	4	1	11	10	5	-	6

4.6 ผลการป้องกันความพิการในปี 2545-2546 สรุปดังตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 5 ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการป้องกันความพิการ (self-care) ในอำเภอกมลาไสย และกิ่งอำเภอ ช้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2545-2546

การบริการป้องกัน ความพิการ	ปี 2545		ปี 2546	
	จำนวนผู้ป่วย รับบริการ	จำนวนครั้ง รับบริการ	จำนวนผู้ป่วย รับบริการ	จำนวนครั้ง รับบริการ
บริการที่คลินิก	16	39	16	23
บริการที่บ้าน	54	67	50	62
รวม	70	106	66	85

4.7 ผลการให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนในปี 2545-2546 สรุปดังตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ในปี 2545 และ 2546 ในอำเภอกมลาไสย และกิ่งอำเภอช้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ชนิด การสงเคราะห์	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสงเคราะห์ (คน)	
	ปี 2545	ปี 2546
บัตรผู้พิการ	43	-
ตัดรองเท้า	1	-

5. สรุปผลการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในปี 2545 และ 2546 สรุปดังตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 7 สรุปผลการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในปี 2545-2546 ในอำเภอกมลาไสย และกิ่งอำเภอช้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อน	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
	ปี 2545	ปี 2546
อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ต่อ 1 แสนประชากร	3.09	3.06
อัตราความชุกโรคเรื้อนต่อ 10,000 ประชากร	0.51	0.61
อัตราผู้ป่วยใหม่ที่พบความพิการ	-	-
อัตราผู้ป่วยที่ได้รับยา MDT ครบตามเกณฑ์		
PB	100%	100%
MB	-	100%
อัตราการกลับเป็นโรคซ้ำใหม่ (Relapse rate)	-	-

ในท้ายสุดของการบรรยาย ผู้บรรยายได้อภิปรายถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่พบพร้อมเสนอแนะแนวทางแก้ไข รวมทั้งการเสนอความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันราชประชาสมาสัย สำนักงานควบคุม

โรคเขต 6 ขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลสิรินธร ฯลฯ ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งเพื่อความสำเร็จของการกำจัดโรคเอดส์อย่างยั่งยืนต่อไป

การบรรยายเรื่อง การดำเนินงานกำจัดโรคเอดส์อย่างยั่งยืนในอำเภอกมลาไสย และกิ่งอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดกาฬสินธุ์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของนายแพทย์สุพัฒน์ ธาตุเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการสัมมนาเรื่อง "การพัฒนางานควบคุมโรคเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต กทม. ในวันที่ 28 ตุลาคม 2546 ที่นำเสนอจากการเรียบเรียงจากบันทึกการบรรยายโดยคุณวิจิตรา ธารสุวรรณ นับเป็นตัวอย่างที่ดีที่เมื่อมีการจัดประชุมสัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์ สมควรจะได้นำมาสรุปสาระสำคัญเพื่อเผยแพร่ในวงกว้างใน "วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย" ได้มากกว่าการบันทึกสรุปไว้ใน Proceeding หรือรายงานผลการสัมมนา

ผลการสรุปการดำเนินงานและผลงานกำจัดโรคเอดส์ระดับอำเภอเช่นนี้นับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพราะนอกจากสะท้อนความมุ่งมั่นกำจัดโรคเอดส์อย่างยั่งยืนสนองพระราชปณิธานแล้ว ยังเป็นการช่วยชี้แนะและกระตุ้นให้หน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (CUP) ของโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ได้เข้าใจรูปแบบ ของ CUP ตัวอย่างที่ดีได้มาตรฐานการกำจัดโรคเอดส์เพื่อนำไปประยุกต์การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน การกำจัดโรคเอดส์ของสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อนำไปสู่การตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเอดส์ (Leprosy Accreditation : LA) ของ CUP ในการตรวจรับรองอำเภอปลอดปัญหาโรคเอดส์และ (Leprosy Free Area : LFA) และในการตรวจรับรองจังหวัดปลอดปัญหาโรคเอดส์ต่อไป

การบรรยายสรุปผลงานกำจัดโรคเอดส์ของ CUP ของโรงพยาบาลชุมชนเช่นนี้ยังสะท้อนตัวอย่างที่ดีของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการโครงการกำจัดโรคเอดส์ระดับอำเภอ (District manager) ของโครงการกำจัดโรคเอดส์แห่งชาติ (National Leprosy Elimination Programme) ผู้มีความสนใจ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นที่ดี รวมทั้งมีความรู้ความสามารถที่จะรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน (routine data) จากการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิมาเป็นเครื่องมือของการบริหารจัดการ การวิเคราะห์ และการตัดสินใจเพื่อการปรับปรุงแก้ไขพัฒนาสู่ความสำเร็จการกำจัดโรคเอดส์อย่างยั่งยืนสนองพระราชปณิธานสืบไป คณะบรรณาธิการจึงขอร่วมแสดงความชื่นชมและประทับใจในการทำงานของนายแพทย์สุพัฒน์ ธาตุเพชร และทีมงานกำจัดโรคเอดส์ของ CUP ของอำเภอกมลาไสยและกิ่งอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดกาฬสินธุ์มา ณ โอกาสนี้ด้วย

บรรณาธิการ

The AIC Process :

แนวคิดการทำงานยุคโลกาภิวัตน์เพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อม

ดุษฎี เจริญสุข วท.ม.
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Dusadee Charoensuk, MSc.
Kasetsart University

กล่าวได้ว่าการปฏิวัติทางเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่อวิถีของความสัมพันธ์ของบุคคลทั้งในชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว

พบว่ารูปแบบขององค์กรซึ่งเป็นสถาบันทางสังคมในปัจจุบัน เช่น รัฐบาล สถาบันการศึกษา และธุรกิจ ยังไม่ปรับตัวหรือตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนี้อย่างเพียงพอ เราต้องการรูปแบบที่สามารถจัดการและให้คุณค่าของระดับความแตกต่างที่ไม่สิ้นสุดของมนุษย์ ของสังคม การเมือง และศักยภาพของเทคโนโลยี เพื่อนำไปสู่การสนองตอบต่อการพัฒนาโดยไม่เกี่ยงกีดกันเอาไว้

กระบวนการ AIC : Appreciation, influence and control ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดย William E. Smith ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในขณะเป็นที่ปรึกษาของ World Bank ระหว่างปี 1978-1985 (<http://www.idii.com/aic-process.tyml,3/3/46>)

กระบวนการ AIC เป็นกระบวนการที่ให้ความเท่าเทียมระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ เพื่อนำไปสู่การสร้างและก่อให้เกิดความเข้าใจของความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมาย (purpose) และพลัง (power) ทุกเป้าหมายจะมีพลังของตน กระบวนการ AIC จะสืบค้นเพื่อให้มั่นใจว่าแต่ละพลังได้รับการตระหนักและนำไปสู่การจัดการจากหลักการ 3 กลุ่มพลัง ดังนี้

A - Appreciation = พลังงานเกิดจากความพึงพอใจร่วมกันทั้งระบบ

I - Influence = พลังอิทธิพลที่เกิดจากการมีความสัมพันธ์กันของส่วนต่างๆ ในระบบ

C - Control = พลังควบคุมที่เกิดจากบุคคลในระบบมีเป้าหมายร่วมกัน

Appreciation

บทบาทหน้าที่ของความพึงพอใจ (appreciation) ที่มีต่อเป้าหมายอันเดียวกันจะเชื่อมต่อบุคคลเข้าเป็นพลังร่วม ความพึงพอใจซึ่งเกิดจากการเปิดเผยตนในความพยายามที่จะมีอิทธิพลและควบคุมซึ่งจะทำให้ทราบถึงศักยภาพ และเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความเป็นจริงและความเป็นไปได้ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งสร้างขึ้นร่วมกัน

ความสำเร็จจากความพึงพอใจในการสร้างเป้าหมายร่วมกัน ช่วยให้กิจกรรมกลุ่มมีความหมายและมีขอบเขต รวมทั้งการเกิดความไว้วางใจ และช่วยแก้ปัญหาของการเข้ามามีอิทธิพลและควบคุมเนื่องจากความพึงพอใจจากเป้าหมายร่วมกัน จะมีความชอบธรรมในตนเอง ที่บุคคลและกลุ่มต้องการไปให้ถึง

Influence

บทบาทของอิทธิพลก็คือ ผลักดันให้ทุกส่วนของความสัมพันธ์ ร่วมกันสร้างรูปแบบที่ดีที่สุดของอดีต ปัจจุบัน และอนาคต และเป็นกลยุทธ์ที่ดีที่สุดเพื่อสร้างความพอใจให้เป้าหมาย โดยจะเปลี่ยนผลลัพธ์ที่เกิดจากความพึงพอใจสู่ความสัมพันธ์อย่างมีคุณค่าของแต่ละส่วนที่เกี่ยวข้อง (stakeholders)

ผ่านการขับเคลื่อนกระบวนการที่เป็นผลผลิตจากการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นไปจากแต่ละส่วน ในขณะที่ความพึงพอใจจะเปิดให้ทุกอิทธิพลของความเป็นไปได้ที่ระบุถึงปัจจัยและกลยุทธ์ในการนำไปสู่การประสบความสำเร็จของเป้าหมาย

เกณฑ์ที่ระบุถึงความสำเร็จของอิทธิพล คือ การมีประสิทธิภาพของการตัดสินใจเกี่ยวกับบทบาท และความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) รวมทั้งองค์ประกอบของกลยุทธ์หรือรูปแบบที่ดำเนินการ

Control

บทบาทหน้าที่ของการควบคุม คือ การระบุถึงรูปแบบของเป้าหมาย ซึ่งจะแสดงออกมาในขณะที่ความพึงพอใจจะให้ข้อมูลรายละเอียด และอิทธิพลจะให้รูปแบบของการเปลี่ยนแปลง และการควบคุมจะสร้างการเปลี่ยนแปลง ความพึงพอใจจะเปิดรับต่อทุกความเป็นไปได้ อิทธิพลจะเสาะแสวงหาความเป็นไปได้ที่ดีที่สุด และการควบคุมจะกำหนดหนทางเลือกที่เป็นไปได้ จากกรอบที่ตั้งไว้ และจากผลลัพธ์ที่ต้องการ และเนื่องจากความจริงในโลกมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และสร้างให้ความต้องการของความพึงพอใจมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำไปสู่การเริ่มต้นของกระบวนการใหม่ไม่มีที่สิ้นสุด

AIC เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย

1. การระบุถึงเป้าหมายที่ต้องการ
2. สร้างกรอบของพลังอิทธิพลรอบๆเป้าหมายนั้น จากบุคคลที่ควบคุมและเกิดอิทธิพลจากความพึงพอใจที่สัมพันธ์กับเป้าหมาย
3. เลือกประเด็นที่มีอิทธิพลที่สัมพันธ์กับเป้าหมายมากที่สุด และออกแบบกิจกรรมหรือกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน
4. การอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับกระบวนการกับองค์กรที่มีส่วนได้เสีย ดังนี้

ก. ก้าวจากประเด็นของปัญหาที่มีอยู่สู่ความคาดหวังและความพึงพอใจจากความเป็นไปได้และความจริงที่มีอยู่ในสถานการณ์

ข. ตรวจสอบเหตุผลและกลยุทธ์ที่เสนอ รวมทั้งความรู้สึกและคุณค่าที่เกี่ยวข้องในการเลือกใช้กลยุทธ์นั้นๆ

ค. การเปิดโอกาสและให้ข้อมูลทางเลือกสำหรับผู้ที่มีมติชอบสำหรับตัดสินใจต่อการนำไปใช้

กล่าวได้ว่า กระบวนการ AIC จะสามารถระดมความคิดสร้างสรรค์ ช่วยเสริมสร้างพลังของคนในทุกระดับ และสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนที่เป็นไปได้เมื่อแต่ละคนตั้งใจทำ (empower and enabling) จากการมีเป้าหมายร่วมกัน

ประโยชน์ของกระบวนการ AIC

1. เพื่อเป็นเครื่องมือของการจัดการ ด้วยการวางแผนกลวิธีและแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ
2. เพื่อแก้ไขความขัดแย้งก่อนการทำงาน ช่วยพัฒนาการสร้างทีมงาน เพื่อพัฒนาองค์กร พัฒนาชุมชน การจัดการเพื่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อม ด้วยการมีส่วนร่วม
3. ช่วยเพิ่มพลังของการทำงาน เนื่องจากเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกคนและเกี่ยวข้องกับทุกคน โดยกระบวนการ AIC จะก่อให้เกิดการจัดการวางแผนอย่างเป็นระบบร่วมกัน ทั้งการสร้างวิสัยทัศน์ การค้นหากลวิธี การกำกับ การทบทวนปรับปรุง และการประเมินผล นำไปสู่การกำหนดแผนปฏิบัติ และดำเนินการต่อไป ซึ่งเป็นวงจรของการพัฒนางานให้ทันกับยุคสมัยของโลกาภิวัตน์อย่างไม่มีที่สิ้นสุดและต่อเนื่องไปตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์

การประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC กับการดูแลรักษา สิ่งแวดล้อม

กระบวนการทัศน์แนวใหม่ของการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม (new paradigm for environmental

development) เกิดจากแนวคิดที่ว่า “ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” (people centred) โดยเปลี่ยนเป้าหมายของการพัฒนาดูแลรักษาสังแวดล้อมโดยองค์กรใดองค์กรหนึ่งให้เป็นเป้าหมายของประชาชน เปลี่ยนความเชื่อที่จะทำเป็นส่วนๆ แล้วนำมาผสมผสานกันให้เป็นการนำความจริงทั้งหมดมาจัดการไปพร้อมกัน (reality is the whole and holistic) สร้างและพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนรวมทั้งการมีระบบเครือข่ายกับหน่วยงานในการจัดทำโครงการ / กิจกรรม เปลี่ยนการนำกิจกรรมที่หลากหลายของหลายหน่วยงานมาผสมผสานกันไปเพื่อค้นหาความคิดร่วมกัน และทำงานร่วมกัน (participatory and collaboration) ให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์เดียวกันเพื่อการพัฒนาและดูแลรักษาสภาพแวดล้อม

สแตน เวียร์ ได้ให้ข้อสังเกตในหนังสือเรื่อง “Rank and File” ว่าความพยายามร่วมกันเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงประสบผลสำเร็จ ปฏิสัมพันธ์ของคนในกลุ่มอาจเปลี่ยนท่าทีของแต่ละบุคคล ความใกล้ชิดจากการทำงานร่วมกัน ความรับผิดชอบจากการทำงานร่วมกัน จะมีอิทธิพลที่สำคัญต่อการทำงานดีมากเสียกว่าความรับผิดชอบต่อหัวหน้าหรือเจ้านาย ความมุ่งมั่นของแต่ละบุคคล และความร่วมมือในการทำงานร่วมกันของกลุ่ม ทำให้งานมีความบกพร่องน้อยลง

จากงานวิจัยเรื่อง “Strategies of influence for the conservation of the sangha River Basin” (William Ascher, 1996) เกี่ยวกับการใช้นโยบายการดูแลรักษาแหล่งน้ำ โดยใช้ประเด็นของการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นและกลยุทธ์ที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในระดับต่างๆ ต่อการดูแลรักษาแหล่งน้ำ โดยใช้ประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรม บริบท สภาพแวดล้อม ปัญหาที่มีอยู่และการบูรณาการของความร่วมมือที่จะช่วยให้ได้แหล่งของผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholder) เกี่ยวกับแหล่งน้ำเป็นความสำคัญอย่างยิ่งยวดที่จะถามว่านโยบายใด ควรจะนำมาใช้

สูงสุด เพื่อให้เกิดกลยุทธ์ที่มีอำนาจ และมีอิทธิพลต่อการนำไปใช้ ซึ่งประกอบด้วย การใช้อำนาจ (power) ความมั่งคั่ง (wealth) ทักษะ (skill) การทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ (enlightenment) ความถูกต้องและมีศีลธรรม (rectitude) รวมทั้งความอยู่ดีกินดีของประชาชน (well-being)

พบว่า การเข้าสู่ชุมชน การใช้เวลาเพื่อเรียนรู้ชุมชน เพื่อให้ได้รับความเชื่อถือ และความพอใจจากประชาชนท้องถิ่น และองค์กรท้องถิ่น มีความสำคัญและจำเป็น เพราะจากประเด็นความเห็นที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่ม ก. ต้องการรักษาสภาพแวดล้อมให้เหมือนเดิม ขณะที่ กลุ่ม ข. ต้องการการพัฒนา รวมทั้งยังมีประเด็นของรายได้เพื่อการยังชีพ และการดำรงชีวิตของประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆ ดังนั้น จึงเป็นคำถามที่ยากว่า การดำรงรักษาสภาพแวดล้อม (conservation) ควรอยู่ในระดับใด ซึ่งขึ้นอยู่กับการจัดการใดที่เหมาะสมที่สุดกับบริบทตรงนั้น การนำเอากระบวนการ AIC มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ได้เป้าหมายและความต้องการร่วมกัน จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพราะปรัชญาการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการ AIC จะพิจารณาเกี่ยวกับองค์ประกอบของสังคม (social) การเมือง (political) และวัฒนธรรม (culture) รวมทั้งเทคโนโลยีการปฏิบัติและมุมมองทางเศรษฐกิจ (economic) ที่มีอิทธิพลต่อโครงการ หรือนโยบาย โดยการให้คุณค่าของกระบวนการกลุ่มในการมีปฏิสัมพันธ์กัน ในส่วนของ การสนองความคิดใหม่ๆ และการมีมุมมองที่ต่างกัน กระบวนการ AIC จะช่วยลดการปฏิบัติที่เป็นระบบ Top-down โดยสนองความต้องการจากระดับล่างสู่ระดับบน bottom-up โดยนำกิจกรรมในท้องถิ่นที่มีอยู่มารวมกันเข้า ทำให้เกิดการร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด ระหว่างกลุ่มในชุมชนที่มีทักษะ กับกลุ่มที่มีความต้องการ และการเกิดเครือข่ายทางสังคมจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสำหรับกิจกรรมของกลุ่มที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพราะความเข้าใจซึ่งกันและกัน การมีค่านิยมเหมือนกัน การมีความหวัง

ร่วมกัน (appreciation) อันเป็นสิ่งที่เครือข่ายเหล่านี้สนับสนุนส่งเสริม (Influence) จะสามารถควบคุม (control) ให้อุทิศการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดร่วมกัน

บรรณานุกรม

1. เขียวลักษณ์ อนุรักษ์, กันจน เตชะนันท์. (2000) กระบวนการสุขศึกษา กับ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1 ชิกมาดีไซน์กราฟฟิก.
2. Bruce Stokes เขียน แปลโดย ลดา อมรทัต.

(2532) มาพึ่งตนเองดีกว่า. หนังสือโดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

3. William Ascher. (1996) Strategies of Influence for the Conservation of the Sangha River Basin.: Insights from The Policy Sciences. Center for International Development Research. Duke University.
4. The World Bank Participation Sourcebook. : <http://www.worldbank.org/wbi/sourcebook/sba101.htm>.6/10/46

AIC เป็นเทคนิคการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาแบบมีส่วนร่วมที่นิยมนำมาใช้กันมากเพื่อรวมพลังสร้างสรรค์และสร้างความเข้มแข็ง / ศักยภาพ / คุณภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่องค์กร / กลุ่ม / ชุมชน / สิ่งแวดล้อม ต้องการ โดยยึดหลักของ Appreciation ที่จะต้องรับรู้เป็นมิตรและชื่นชมเห็นในคุณค่าเข้าใจ เห็นอกเห็นใจและให้เกียรติให้การยกย่องยอมรับในความรู้ความสามารถ ความคิด และประสบการณ์ จุดเด่นของกันและกันและให้อภัยในจุดด้อยของกันด้วยความเมตตาช่วยเหลือเกื้อกูลกันก่อนที่จะเริ่ม influence หรือมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและเกิดผลกระทบแก่กันต่อทุกคนทุกฝ่ายที่เข้ามาเกี่ยวข้องร่วมกันตามด้วยการควบคุม control สู่การกระทำร่วมกันเพื่อสำเร็จบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน

จากการเริ่มปฏิบัติขององค์ประกอบของ AIC ครบถ้วนก็จะก่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังสร้างสรรค์อย่างไม่มีจำกัด เพื่อการนำไปใช้ในการร่วมกันวางแผนและพัฒนาร่วมกัน / โครงการ / หน่วยงาน / ชุมชน โดยเริ่มจาก Appreciation คือการกำหนดเป้าหมาย / วิสัยทัศน์ร่วมกันอันเป็นความสำเร็จที่ทุกคนมีมุมมองต้องกันและอยากจะทำร่วมกัน แล้วจึงร่วมกัน Influence ระดมพลังสมอง วิเคราะห์มองสถานการณ์และปัญหาในมุมมองที่กว้างขึ้นเพื่อวางแผนกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาเพื่อร่วมกันผลักดันดำเนินการเชิงกลยุทธ์และขยายผลต่อไป และเมื่อดำเนินการไปแล้วก็ร่วมกัน control เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มได้ระดมพลังสมอง สร้างสรรค์ปรับแก้แสงหนทางกลวิธีใหม่ๆ ที่ดีกว่าเดิมในการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งก็สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) ตามวงล้อของ Demming หรือ P D C A (Plan-Do-Check-Action) โดย Plan เน้นการเริ่มจัดและวางระบบงานให้ได้มาตรฐานก่อนแล้วจึงร่วมกันทำงาน Do ตามระบบที่วางไว้ ตามด้วย Check คือการติดตามตรวจสอบ / วัด / ทบทวนวิธีการปฏิบัติงานและผลงานที่เกิดขึ้น วงล้อที่หมุนท้ายสุดคือ Act หมายถึงการปรับปรุงระบบงานต่อไป จึงเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและประกันคุณภาพต่อไปอย่างต่อเนื่อง (CQI) เพื่อรักษามาตรฐานและสนองความต้องการผู้รับบริการตลอดไป

AIC จึงเป็นเทคนิคที่ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง ดังตัวอย่างงานวิจัยพัฒนานิคมแม่ลาว และงานวิจัยพัฒนาอัครมโนทัศน์ของเด็กกำพร้า ผู้รับทุนการศึกษาจากโครงการราชประชาสมาสัยเฉลิมพระเกียรติมูลนิธิราชประชาสมาสัย เป็นต้น

ย่อเอกสาร

Lagophthalmos Surgery in Leprosy : Findings from a Population Based Survey in Korea.

P. Kim Sunghwa, Tungpakorn N, Cho Byeonghee, Lin Youngkyu, Lee Hyunji, Lewallen S. Lepr Rev 2001; 72 (3) : 285-91.

ผู้รายงานเสนอว่าจากอัมพาตหลับตาไม่สนิท (Lagophthalmos) เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งได้ทำการสำรวจแบบ population-based survey การครอบคลุมการผ่าตัดแก้ไขความพิการดังกล่าว รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและผลลัพธ์ของการผ่าตัดในสาธารณรัฐเกาหลี จากการสำรวจพบว่ามีผู้ป่วยที่อัมพาตหลับตาไม่สนิท 60 ราย ผู้หลับตาไม่สนิทมีช่องว่างขนาด 5 มม. ที่ต้องการการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่ง ซึ่งสามารถครอบคลุมผู้ป่วยที่ต้องการผ่าตัดได้ร้อยละ 57 โดยผู้ป่วย 34 รายได้รับการผ่าตัดและ 18 รายต้องการการผ่าตัดแก้ไขต่อไปอีก สำหรับในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดดังกล่าว ไม่มีผู้ใดมีข้อบ่งชี้การผ่าตัดและเหตุผลสำคัญของการไม่ได้รับการผ่าตัดเพราะขาดความรู้ สำหรับผลลัพธ์ของการผ่าตัดพบว่า ร้อยละ 39 ของการเปิดปิดตายังมีช่องว่างขนาด 5 มม. ขึ้นไป ส่วนความถี่ของอาการข้างเคียง เช่น น้ำตาไหล ตามัว ปวดตา ฯลฯ พบค่อนข้างสูง แม้ในสถานบริการที่มีหน่วยจักษุวิทยาที่ดีอย่างเกาหลีใต้ แต่การได้รับการผ่าตัดแก้ไขความพิการของตายังทำได้น้อย และผลยังไม่เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้ป่วย ผู้รายงานจึงเสนอแนะให้จัดทำคู่มือการควบคุมโรคเรื้อนในพื้นที่ๆ มีผู้ป่วยโรคเรื้อน รวมทั้งการให้สุศึกษาและกำกับดูแลการผ่าตัดแก้ไขความพิการ และผลการผ่าตัดเพื่อมั่นใจในผลการผ่าตัดที่ดีกว่าเดิม

ย่อโดย นายแพทย์อาจินต์ ชลพันธุ์ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Leprosy. Global Situation.

World Health Organization. Weekly Epidemiological Record 2002; 77 : 1-8. Geneva, Switzerland; World Health Organization.

รายงานฉบับนี้ได้รายงานความชุกระดับโลกของโรคเรื้อนถึงสิ้นปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) ซึ่งพบว่าอัตราความชุกต่ำกว่า 1 ต่อ 10,000 ประชากร โดยระหว่างระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมา ความชุกได้ลดลงร้อยละ 89 และจำนวนประเทศที่ยังมีโรคเรื้อนเป็นปัญหาสาธารณสุข (ความชุกเกิน 1 ต่อ 10,000 ประชากรขึ้นไป) ได้ลดลงจาก 122 ประเทศ เหลือเพียง 15 ประเทศเท่านั้น ในปี พ.ศ. 2543 สำหรับแนวโน้มของอัตราการพบผู้ป่วยใหม่ก็เริ่มลดลงนับแต่ปี พ.ศ. 2541 อย่างต่อเนื่องตลอดมา ในปี พ.ศ. 2543 ยังคงมีผู้ป่วยโรคเรื้อนชุกชุมสูงเพียงใน 6 ประเทศขนาดใหญ่ ซึ่งเทียบเท่าร้อยละ 83 ของความชุกของผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วโลก และร้อยละ 88 ของอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ของทั่วโลก โดยในรายงานได้ระบุจำนวนสถานบริการสาธารณสุขที่ให้การรักษาโรคเรื้อนด้วย ยาเคมีบำบัดผสมด้วย

ย่อโดย นางสาวฉลวย เสรีกิจ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Experience from a Collaborative Project on the Prevention of Disability in Leprosy Patients in Shandong Province, the People's Republic of China.

Chen Shumin, Ziang Lin, Wang Zhaozi, Zhou Jiyang, LiuYingwei, Mao Chengyu. Lepr Rev 2001;

72 : 330-6.

จังหวัด Shandong ของสาธารณรัฐประชาชนจีน มีประชากร 89 ล้าน และได้เริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนในปี พ.ศ. 2498 จนถึงปี พ.ศ. 2542 มีผู้ป่วยค้นพบและลงทะเบียนรักษารวม 53,618 ราย ซึ่งรับยาแต่ปโซน หรือยา MDT รักษาครบไปแล้ว 53,618 ราย คงเหลือลงทะเบียนรักษาด้วยยา MDT อยู่เพียง 120 ราย ในผู้ป่วยเหล่านี้พบว่า 9,500 ราย (ร้อยละ 52) ยังมีปัญหาความพิการระดับ 2 ด้วยอัตราความชุกและอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่พบว่าลดลงอย่างมาก นับแต่ปี พ.ศ. 2498 โดยเฉลี่ยพบผู้ป่วยใหม่เพียง 50-70 รายต่อปีเท่านั้น โรคเรื้อนในจังหวัดนี้จึงไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขต่อไป แต่ก็มีเพียงปัญหาสำคัญคือผู้ป่วยที่ยังมีความพิการชัดเจน ผู้รายงานจึงได้จัดทำโครงการทดลองเพื่อศึกษาบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในโครงการบูรณาการการให้บริการด้านงานโรคเรื้อน โรคผิวหนัง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รักษาหายแล้วให้รู้จักดูแลป้องกันตนเอง และป้องกันการเกิดเส้นประสาทอักเสบในผู้ป่วยที่ยังรับยา MDT ด้วยการค้นพบแต่เนิ่นๆ และให้ยาพวก steroid บำบัด

ย่อโดย นางนฤมล ใจดี สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

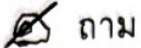
A High Incidence of Viable *Mycobacterium leprae* in Post-MDT Recurrent Lesions in Tuberculoid Leprosy Patients.

Shetty VP, Wakade A, Antia NH. Lepr Rev 2001; 72 : 337-44.

ผู้รายงานได้ศึกษาการพบเชื้อโรคเรื้อนที่มีชีวิตในรอยโรคที่เกิดกำเริบซ้ำขึ้นใหม่ (recurrent lesions) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดทิวเบอร์คิวโลอยด์ (TT) และบอร์เดอร์ไลน์ทิวเบอร์คิวโลอยด์ (BT) โดยได้ตัดชิ้นเนื้อผิวหนังจากผู้ป่วยชนิด BT ที่มี recurrent lesions ในผู้ที่ได้จำหน่ายหลังหยุดยา MDT ครบแล้วนาน 1-13 ปี เพื่อศึกษาทางจุลพยาธิวิทยาและทดสอบนำเชื้อโรคเรื้อนที่มีชีวิตด้วย ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์เชื้อมีชีวิตในรอยโรคที่มีลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็นโรคเห่อชนิดแรก 7 ราย ใน 12 ราย (ร้อยละ 58) ซึ่งสูงกว่าอุบัติการณ์ในผู้ป่วยที่ไม่เกิดโรคเห่อชนิดแรกซึ่งพบเชื้อมีชีวิตเพียง 5 ใน 13 ราย (ร้อยละ 38.5)

ย่อโดย นางสาวสุกัญญา วัฒนโศคนกิจ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ท่านถาม - เราตอบ



ถาม

ดิฉันได้เข้าฟังการบรรยายของ ศ.นพ.ธีระ รามสูต เรื่อง "แนวคิดและแนวทางเพื่อประยุกต์ในการแก้ปัญหาความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคเรื้อน" ในการสัมมนาหัวข้อเรื่องดังกล่าวที่สถาบันราชประชาสมาสัย จัดขึ้นที่โรงแรมอิมพีเรียล แม่ปิ้ง เชียงใหม่ เมื่อวันที่ 22-24 ธันวาคม 2546 อาจารย์ธีระ ได้พูดถึงการประยุกต์ทฤษฎีการสื่อสารหลายทฤษฎี แต่ที่ดิฉันสนใจและอยากถามมาเพื่อขอให้อาจารย์ธีระ กรุณายกตัวอย่างการประยุกต์รูปแบบหรือทฤษฎีของ Fishbein ในการสร้างเสริมทัศนคติให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนรับมาตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ ต่อไป และขอขอบคุณค่ะ

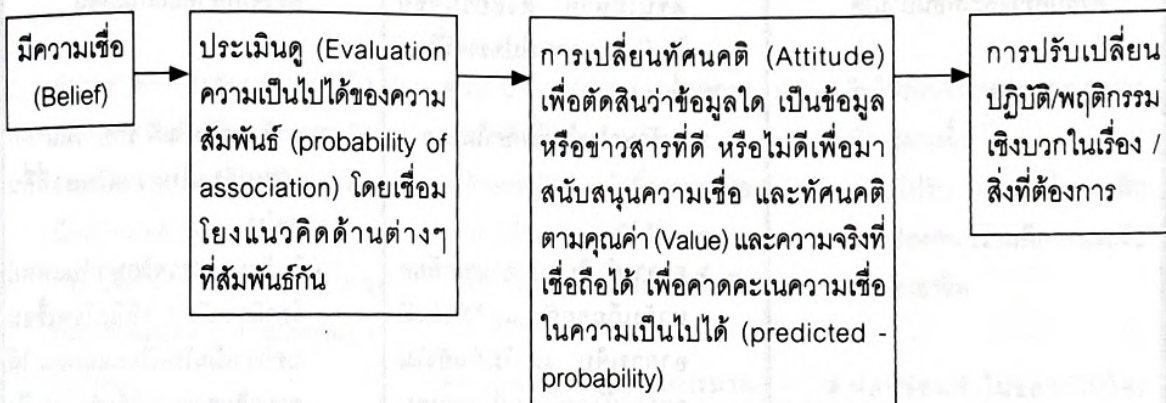
ชนิษฐา พานทองรักษ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่



ตอบ

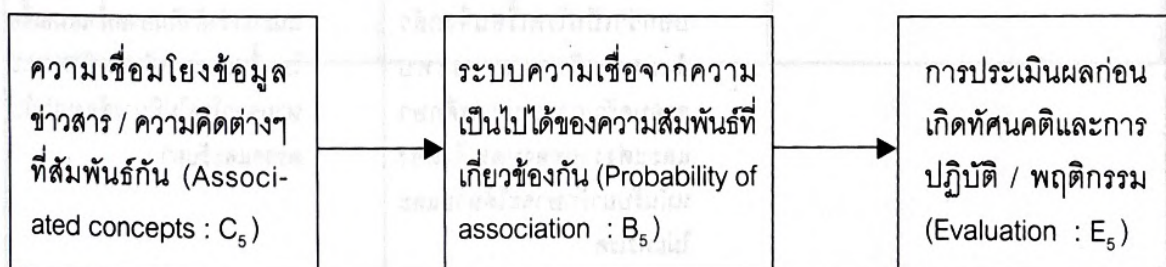
1. หลักการประยุกต์ทฤษฎีการสื่อสารของมนุษย์ (Human Communication) ด้าน Cognitive and Behavioral Theory ของ Fishbein Model มีหลัก 4 ขั้นตอนที่คนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนในเรื่องใดสิ่งใดคือ



2. ตัวอย่างทัศนคติการรับมาตรวจโรคเรื้อนตาม Fishbein Model

ขอยกตัวอย่างและประยุกต์ดังภาพและตารางข้างล่าง

ภาพ แสดงความเชื่อมโยงระหว่างขั้นตอนการเกิดความเชื่อและทัศนคติก่อนจะรับมาตรวจรักษาโรคเรื้อน



ตาราง แสดงทัศนคติต่อการรับมาตรวจรักษาโรคเรื้อนตามระบบความเชื่อ

ความเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสาร / แนวคิดต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน (Associated concepts : C _s)	ระบบความเชื่อจากความเป็นไปได้ของความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกัน (Probability of association : B _s)	การประเมินผลก่อนเกิดทัศนคติ และการปฏิบัติ/พฤติกรรมมารับมาตรวจรักษาโรคเรื้อน (Evaluation : E _s)
C₁ : ควรรับมาตรวจเมื่อเกิดโรคผิวหนังเนื้อชาระยะแรกใหม่ๆ C₂ : ถ้ารอช้าต่อไปอาการโรคเรื้อนจะลุกลามเกิดวงต่างขาวขาวปรากฏมากขึ้น ปรากฏให้คนอื่นเห็นชัดเจน C₃ : ถ้ารอช้าต่อไปอีก อาการโรคเรื้อนจะลุกลามกำเริบเกิดแผ่น ตุ่ม ผื่นนูนแดงหนา ปรากฏชัดเจน ซึ่งน่าเกลียดน่ากลัวและสามารถแพร่ติดต่อโรคเรื้อนแก่สมาชิกครอบครัวและเพื่อนบ้านได้	B₁ : รับมาตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ เพื่อที่อาการโรคผิวหนังเนื้อชาระยะแรกจะได้หายสนิท ไม่ลุกลามสู่ระยะแพร่ติดต่อโรค และพิการเกิดปัญหาสังคม B₂ : วงต่างขาวชวยังมีไม่มาก ยังไม่รู้สึกเจ็บใช้ไม่กังวลเพราะไม่รุนแรงรบกวนได้ B₃ : > รับไปตรวจรักษาเสียก่อนที่โรคจะลุกลามแพร่โรค > ไปพบแพทย์ / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานบำบัดใกล้บ้าน เพื่อให้ยามากิน/ทา แล้วไม่ดีขึ้นไม่หาย สงสัยวินิจฉัยไม่เป็นไม่ถูกต้องไปตรวจที่ใหม่อื่นๆ ดูก่อน > ยารักษาโรคไม่ดีรักษาไม่หาย > อาการกำเริบนูนแดงน่าเกลียดน่ารังเกียจกลัว แต่ก็ยังไม่มีอาการเจ็บ และไม่คันยังไม่อยากให้ใครรู้ใครเห็นขอหลบซ่อนตัวไว้ก่อนจนกว่าอาการอาจดีขึ้น > แพทย์ / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าเป็นโรคเรื้อนจึงกลัวสังคมรังเกียจและกระทบครอบครัว/การทำงาน/การศึกษาและแต่งงานของบุตร จึงต้องหมั่นรับยารักษาจะได้หายและไม่แพร่โรค	E₁ : การรับมาตรวจรักษาโรคเรื้อนเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์/คุณค่า นำไปปฏิบัติ E₂ : การรับมาตรวจรักษายังไม่ถึงกับจำเป็นเร่งด่วนน่าจะรอไปก่อนก็ได้ E₃ : > รับไปตรวจรักษาเพื่อป้องกันมิให้โรคลุกลาม > แพทย์ / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เก่งวินิจฉัยและรักษาไม่ถูกเลย ไม่อยากไปตรวจรักษาอีก ลองไปตรวจรักษาที่อื่นก็ไม่ดีขึ้น > ยารักษาโรคไม่ดี รักษาไม่หายก็เลยเปลี่ยนไปตรวจรักษาที่อื่นต่อไป > ไปรับการตรวจรักษากับแพทย์โรคผิวหนัง / คลินิกโรคเรื้อน บอกว่าเป็นโรคเรื้อนแน่นอน ให้ยามากินอาการก็ดีขึ้นช้ามาก จึงเกรงคนรังเกียจและผลกระทบดังกล่าวขอเดินทางไปรับการตรวจรักษาที่สถานบำบัดอื่นๆ ที่ไกลจากบ้านและชุมชน > แพทย์ / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำว่าถ้ากินยาสม่ำเสมอเชื้อโรคเรื้อนจะตายไม่แพร่โรค และหายจากโรคไม่พิการต้องหมั่นไปตรวจและรับยา

ความเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสาร / แนวคิดต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน (Associated concepts : C_s)	ระบบความเชื่อจากความเป็นไปได้ ของความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกัน (Probability of association : B_s)	การประเมินผลก่อนเกิดทัศนคติ และการปฏิบัติ/พฤติกรรมที่รับมา ตรวจรักษาโรคเรื้อน (Evaluation : E_s)
C_4: ถ้ารอช้าต่อไปโรคจะลุกลามทำลายเส้นประสาทส่วนปลายได้ผิวหนังทำให้เกิดเส้นประสาทถูกทำลายเกิดปัญหาเท้าชากล้ามเนื้ออ่อนกำลังลีบเป็นอัมพาตเกิดนิ้วข้อมือตก เดินเท้าตก หลับตาไม่สนิทเป็นความพิการที่น่ารังเกียจต่อสังคม	B_4: > รีบไปตรวจรักษาก่อนจะพิการ > พิจารณาเกลียดกลัวคนรังเกียจและผลกระทบตามมาควรหลบซ่อนตัวไว้ก่อน > ถ้าแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำว่าความพิการป้องกันได้แก้ไขได้ ต้องหมั่นพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และดูแลตนเองป้องกันมิให้พิการมากขึ้น > ถ้าแพทย์แนะนำว่าถ้ารับยารักษาครบตามกำหนดแล้วสามารถผ่าตัดแก้ไขความพิการได้	E_4: > รีบไปตรวจรักษาเพราะเกรงจะเกิดความพิการ > หลบซ่อนตัวกลัวคนอื่นจะรังเกียจ/ได้รับผลกระทบตามมา > หมั่นไปพบแพทย์ / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหมั่นดูแลป้องกันตนเองมิให้พิการ / พิกิรมากขึ้น > หมั่นไปรับยาตามกำหนดเพราะเกรงจะพิการมากขึ้นและเพื่อรับการผ่าตัดแก้ไขความพิการภายหลัง
C_5: ถ้ารอช้าต่อไปโรคลุกลามทำลายเส้นประสาทส่วนปลายมากจนเกิดแผลเนื้อมือตายลึกตามฝ่าเท้า กระดูกมือเท้าหลุดล้มลงพิการชัดเจนเกิดผลกระทบสังคมรังเกียจประกอบอาชีพลำบาก ลูกหลานถูกรังเกียจ	B_5: > รีบไปตรวจรักษาก่อนจะพิการมากยิ่งขึ้น > ถ้าแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำและดูแลมิให้พิการมากขึ้น และฝึกอาชีพให้เหมาะสมกับความพิการ > หลบซ่อนตัวเพราะพิการมากไม่อยากให้ใครพบเห็นและสิ้นหวังในชีวิต > ถ้าฝึกอาชีพแล้วมีงานทำ มีรายได้พึ่งตนเองได้ ก็ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง	E_5: > รีบไปตรวจรักษาเพราะเกรงจะพิการมากขึ้น > หมั่นไปรับการแนะนำและฝึกการป้องกันความพิการและรับการฝึกอาชีพ > หลบซ่อนตัวไม่อยากให้ใครพบเห็น > มีอาชีพ มีรายได้ สามารถดำรงตนอย่างมีบูรณาการในสังคมได้ตามปกติ เช่นคนปกติทั่วไป

- ระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการที่
สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย
ปี พ.ศ. 2541-2545
- การประเมินคุณภาพการให้บริการงานควบคุมโรคเรื้อนในระดับ
อำเภอและตำบล ในพื้นที่สาธารณสุข เขต 1 ปีงบประมาณ 2546
- การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาความเข้มแข็ง
นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย
- ปัญหาการกำจัดโรคเรื้อนเชิงปฏิบัติการเพื่อการศึกษาวิจัย
และการแก้ไข
- อัตตมโนทัศน์กับสุขภาวะเพื่อการประยุกต์ในปัญหาบุตรผู้ป่วย
โรคเรื้อนและโรคเอดส์
- แนวทางการประยุกต์การตลาดเพื่อสังคมในโครงการควบคุม
และกำจัดโรคเรื้อน
- WHO Guidelines for the Management of Severe Erythema
Nodosum Leprosum (ENL) Reaction
- การดำเนินงานโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนในอำเภอกมลาไสย
จังหวัดกาฬสินธุ์
- The AIC Process : แนวคิดการทำงานยุคโลกาภิวัตน์
เพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อม