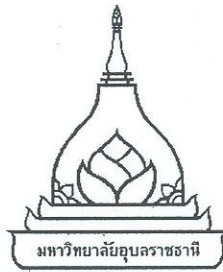


การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนัง
(ACTIVE SEARCH IN DERMATOLOGICAL DISEASE PATIENT: ADP)
ที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ปัญญา จิรมหาศาล

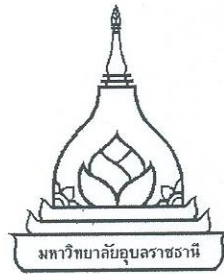
การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอู่ทองราชธานี
พ.ศ. 2552
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอู่ทองราชธานี



**A STUDY OF NEW LEPROSY CASE FINDING BY ACTIVE SEARCH
IN DERMATOLOGICAL DISEASE PATIENT (ADP)
IN KANTARALUK HOSPITAL, SISAKET**

PANYA JIRAMAHASAN

**AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR DEGREE OF MASTER OF SCIENCES
MAJOR IN HEALTH CARE MANAGEMENT
FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES
UBON RATCHATHANI UNIVERSITY
YEAR 2009
COPY RIGHT OF UBON RATCHATHANI UNIVERSITY**



ใบรับรองการค้นคว้าอิสระ
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์

เรื่อง การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนัง
(ACTIVE SEARCH IN DERMATOLOGICAL DISEASE PATIENT: ADP)
ที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้วิจัย นายปัญญา จิรมหาศาล

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ดร.จินตนา นภาพร)
..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สัมพันธ์ มุลสาร)
..... กรรมการ
(นางนิธิกุล เต็มเอี่ยม)
..... คณบดี
(รองศาสตราจารย์ ดร.นนิตย์ ชีระวัฒนสุข)

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รับรองแล้ว

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทิศ อินทร์ประสิทธิ์)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปีการศึกษา 2552

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ดร.จินตนา นภาพร อาจารย์ผู้ควบคุมการค้นคว้าอิสระที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และให้กำลังใจมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงนิธิกุล เต็มเอี่ยม ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบเนื้อหา และให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณ คณะเจ้าหน้าที่จากกลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเรื้อน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ช่วยตรวจยืนยันผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ให้ข้อเสนอแนะและความช่วยเหลือมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณ คณะเจ้าหน้าที่จากงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ช่วยให้ข้อมูลสถานการณ์โรค ข้อมูลการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งหมดและวิธี RVS และให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ที่สนับสนุนการวิจัยคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในช่วงที่ทำการ ศึกษาวิจัย ขอขอบคุณ คุณสำรวย วงศ์ใหญ่ ที่ช่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกราย ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ด้วย



(นายปัญญา จิรมหาศาล)

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนัง
(ACTIVE SEARCH IN DERMATOLOGICAL DISEASE PATIENT: ADP)
ที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

โดย : ปัญญา จิรมหาศาล

ชื่อปริญญา : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา : การบริหารบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการที่ปรึกษา : ดร.จินตนา นภาพร

ศัพท์สำคัญ : การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ โรคเรื้อน คัดกรอง โรคผิวหนัง
โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational epidemiology) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ เหมาะสมกับสถานการณ์ความชุกของโรคต่ำและมีต้นทุนประสิทธิภาพที่เหมาะสม ศึกษาค่าใช้จ่ายในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ มากกว่า 2 ครั้ง และมีที่อยู่ในอำเภอกันทรลักษณ์ และอำเภอเบญจลักษ์ ทำการแจ้งติดตามผู้ป่วยโรคผิวหนังด้วยจดหมาย ให้เข้ารับการตรวจคัดกรองหาโรคเรื้อนจากกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคผิวหนัง จำนวน 5,730 คน เข้าเกณฑ์ 769 คน ในช่วงเดือนตุลาคม 2551 - กุมภาพันธ์ 2552

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจ 567 คน คิดเป็นร้อยละ 73.73 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.10 อายุต่ำสุด 2 ปี อายุสูงสุด 95 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในหมู่บ้านปกติ ร้อยละ 69.83 พบเป็นโรคเรื้อน 3 คน อยู่ในหมู่บ้านปกติ 1 ราย อยู่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเก่าในระยะมากกว่า 5 ปี 2 ราย อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1.28 ต่อประชากร 100,000 คน เสียการตรวจผู้ป่วยโรคผิวหนัง 189 คนต่อการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย เสียค่าใช้จ่ายต่อการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย คิดเป็นเงิน 2,887.67 บาท ใช้บุคลากรในการดำเนินการ 1 คน

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ยังคงเน้นการค้นหาเชิงรุกมากกว่าตั้งรับ เพียงแต่ในสถานการณ์ปัจจุบันการจัดสรรงบประมาณเปลี่ยนไป อาจจำเป็นต้องหันกลับมาค้นหาเชิงรุกจากทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยงานของตนเอง

โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาล และยังเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่า ไม่ควรปล่อย
ปละละเลยหมู่บ้านปกติและหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนเก่าในช่วงมากกว่า 5 ปี การคัดกรองเป็น
รูปแบบง่ายๆ สามารถบูรณาการเข้ากับงานตรวจรักษาโรคทั่วไป (แผนกผู้ป่วยนอก) ของสถาน
บริการสาธารณสุขทั่วไปได้ หรือเป็นรูปแบบง่ายๆ ที่สามารถนำไปใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ
ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีช่องทางที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้สะดวก จึงควรส่งเสริมให้สามารถคัดกรองและ
ส่งต่อผู้ที่สงสัยไปรับการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนตามระบบต่อไป

ABSTRACT

TITLE : A STUDY OF NEW LEPROSY CASE FINDING BY ACTIVE SEARCH
IN DERMATOLOGICAL DISEASE PATIENT (ADP) DATABASE IN
KANTARALUK HOSPITAL, SISAKET

AUTHOR : PANYA JIRAMAHASAN

DEGREE : MASTER OF SCIENCES

MAJOR : HEALTH CARE MANAGEMENT

CHAIR : JINTANA NAPAPRON, Ph.D.

KEYWORDS : NEW CASE FINDING / LEPROSY / ACTIVE SEARCH /
DERMATOLOGICAL DISEASE / KANTARALUK HOSPITAL

This study was conducted as the operational epidemiology. Its goals were (1) to develop a method of identifying new leprosy cases by screening existing dermatological disease patients at Kantaraluk Hospital, Sisaket; the method being developed was aimed to be inexpensive, efficient and appropriate to its low prevalence rate, and (2) to estimate a per-case expense involved in this method. The target group was a group of dermatological disease patients who had made over 2 visits to the hospital for treatment and were residents of Kantaraluk and Benjaluk districts. Letters were mailed to them that invited them to take a screening test for leprosy at the hospital. Based on the information gathered between October 2008 and February, 2009, those who met the above criteria were 769 patients of the entire dermatological disease patient population of 5,730.

The results of the study showed that 73.73 percent of 769 patients (N=567) came for the test. The majority (54.10%) of these were females. The youngest and oldest patients were 2 and 95 years of age, respectively. The majority (69.83%) of these patients lived in leprosy-free villages. Three leprosy cases were found as a result of the screening; one case lived in a then leprosy-free village and the other two lived in a village with leprosy cases 5 years prior to the time of the study. The results of this study showed a detection rate of 1.28 cases per 100,000 tested patients. That is, a new case was diagnosed for every 189 patients being tested.

The average expense in identifying a case was 2,887.67 baht. The method required one worker to conduct this search.

The results suggested that the approach to finding new leprosy cases is still aggressive rather than passive. However, the fact that budget management has changed may force hospitals to actively search for new cases in their own database of existing patients with dermatological diseases. The results also indicated that leprosy-free villages and villages with leprosy cases 5 years prior should not be ruled out as a potential location. This method is simple enough to be integrated as part of the out-patient-department (OPD) work at general hospitals or primary care units, which are easily accessible to patients. For this reason, staff at these two places should be enabled to perform the screening method and refer suspected cases to other units for further leprosy screening.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่	
1 บทนำ	
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	8
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	8
1.4 กรอบแนวคิดของการศึกษา	8
1.5 นิยามศัพท์	8
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา	11
2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความรู้เรื่องโรคเรื้อน	13
2.2 แนวคิด ทฤษฎี ของความตระหนักและงานวิจัยเกี่ยวกับ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา	14
2.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาต้นทุน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล	17
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวกับวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่	19
2.5 งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	21
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 รูปแบบการศึกษา	23
3.2 ประชากร	23
3.3 ระยะเวลา	23
3.4 กลุ่มตัวอย่าง	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	25
3.6 การดำเนินการศึกษา	25
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	26
3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	27
4 ผลการศึกษา	
4.1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางสังคมประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	28
4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่	30
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อน	33
4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิภาพ	39
5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	
5.1 ลักษณะทางสังคมประชากร	40
5.2 การตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่	41
5.3 ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อน	42
5.4 ข้อมูลเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิภาพ	44
5.5 ข้อจำกัดของงานวิจัย	46
5.6 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์	46
เอกสารอ้างอิง	48
ภาคผนวก	53
ประวัติผู้วิจัย	56

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2549 (เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2549)	3
2 จำนวนผู้ป่วยโรคผิวหนังที่รับบริการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2545 – 2550	7
3 ลักษณะทางสังคมประชากรของกลุ่มผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ถูกติดตามเข้ารับ การคัดกรองหาโรคเรื้อนที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n = 769)	29
4 ผลการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนัง ที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n = 567)	32
5 อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ภาพรวมโรงพยาบาลกันทรลักษ์ และเขตรายอำเภอ	32
6 ผลการศึกษาต้นทุนประสิทธิภาพของวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดย การคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์	39

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จังหวัดศรีสะเกษ เปรียบเทียบกับประเทศไทย ปีงบประมาณ 2538 – 2549 (กรมควบคุมโรค, 2550)	4
2 อัตราความชุกของโรคเรื้อน จังหวัดศรีสะเกษ เปรียบเทียบกับประเทศไทย ปีงบประมาณ 2538 – 2549 (กรมควบคุมโรค, 2550)	5
3 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ค้นพบทั้งหมดกับวิธี Rapid Village Survey ในอำเภอกันทรลักษณ์และเบญจลักษณ์ เปรียบเทียบจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2538 – 2549 (โรงพยาบาลกันทรลักษณ์, 2550)	6
4 รอยโรคเป็นตุ่ม ผื่นนูนแดงที่แขน ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 1	34
5 รอยโรคเป็นตุ่มที่ขา ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 1	34
6 รอยโรคปื้นที่หน้า คอ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 2	36
7 รอยโรคผื่นนูนแดงที่แขน ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 2	36
8 รอยโรคผื่นนูนแดงที่ขา ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 3	38
9 รอยโรคผื่นนูนแดงขยายที่ต้นขาซ้าย ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 3	38

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อนถือว่าเป็นโรคติดต่อเรื้อรังซึ่งก่อปัญหารุนแรงทั้งทางด้านการสาธารณสุขและสังคมที่ประชาชนหวาดกลัวและรังเกียจมากที่สุด อัตราความชุกของโรคเรื้อนในประเทศไทยในปี พ.ศ.2498 เท่ากับ 50 คนต่อประชากร 10,000 คน ซึ่งเป็นปัญหาทางการแพทย์สาธารณสุขและยังเป็นปัญหาทางสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศเนื่องจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อนของคนทั่วไปยังไม่ถูกต้อง อาทิเช่น เป็นแล้วรักษาไม่หาย ติดต่อดีง่าย และเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ ความเชื่อผิดๆ เหล่านี้ได้ถูกฝังลึกและถ่ายทอดจากบรรพบุรุษซึมซับในจิตสำนึกเป็นเจตคติและทำที่ด้านลบของคนทั่วไปที่มีต่อคนเป็นโรคเรื้อน ดังนั้นหากผู้ใดเป็นโรคเรื้อนเขาจะเป็นบุคคลที่ต้องถูกรังเกียจเหยียดฉันท์ (Social discrimination) และถูกสังคมประทัประบาปไปชั่วชีวิต (Social stigmatization) เป็นผลให้เขาต้องออกจากครอบครัว ออกจากงาน อพยพย้ายถิ่น (Ostracism) หลบซ่อนตัวไม่กล้าไปรับการรักษา แม้กระทั่งบุตรของผู้ป่วยโรคเรื้อนยังถูกรังเกียจจากครูและเพื่อนๆ จนกระทั่งต้องออกจากโรงเรียนในที่สุด ผู้ป่วยบางรายก็ต้องออกไปเป็นขอทานเร่ร่อนไร้ที่พึ่งพิง (Destituted) ต้องดำรงชีวิตอย่างแร้นแค้นบุคคลเมื่อรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคเรื้อน แม้ยังไม่เกิดปรากฏความพิการทางกาย แต่ก็มีคามพิการทางใจเนื่องจากต้องเผชิญปัญหาความรังเกียจจากสังคม รู้สึกหวาดวิตกกังวล อับอาย ผิดหวังและหมดกำลังใจเป็นเสมือนตราบาปประทับในใจ (Self-stigmatization) ความรู้สึกดังกล่าวเกิดขึ้นพร้อมๆกันทำให้เกิดความกดดัน ความขัดแย้ง ไม่กล้าเปิดเผยตนเองหลบซ่อนตัวไม่ไปรับการรักษาจนกลายเป็นความดิ่งเครียด หมดอาลัยในชีวิต บางรายถึงกับคิดทำลายตนเอง (ธีระ งามสุต, 2541)

อย่างไรก็ตาม เมื่อสามารถระงับความเศร้าโศกเสียใจ และปรับสภาพจิตใจอารมณ์ได้ ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลง เกิดความตระหนักและร่วมมือในการรักษา ในรายที่ไม่ยอมรับสภาพหรือปรับสภาพจิตใจได้ ก็จะมีสุขขมขึ้นน้อยเนื้อต่ำใจ มีปมด้อย โกรธแค้นสังคม นานวันเข้าความรู้สึกเหล่านี้จะผลักดันให้กลายเป็นคนก้าวร้าว มองโลกในแง่ร้าย ไม่ยอมช่วยเหลือตนเองคอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผลกระทบที่รุนแรงและเห็นได้เป็นรูปธรรมคือ ความพิการที่เกิดขึ้นตามมือ เท้า และตา เนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลาย ทำให้รูปลักษณ์ที่ปรากฏต่อผู้พบเห็นเป็นที่น่า

รังเกียจ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนหายจากโรคแล้ว แต่ร่องรอยของโรคหรือความพิการที่ยังปรากฏให้เห็นได้ ผู้ป่วยก็ยังถูกประทับตราว่า เป็นคนโรคเรื้อนทำให้ไม่สามารถกลับเข้าสู่สังคม (Dehabilitated) หรือกลับเข้าทำงานเช่นเดิม ทั้งนี้เพราะสังคมยังตัดสินการหายของโรคจากลักษณะภายนอกนั่นเอง ทำให้เขาเหล่านั้นใช้ความพิการเป็นเครื่องมือหากิน เช่น เป็นขอทาน ซึ่งเป็นปัญหาสังคมของประเทศต่อไป

การบำบัดรักษาโรคเรื้อนในอดีต ยังไม่มียารักษาที่มีประสิทธิภาพซึ่งสามารถฆ่าเชื้อโรคในเวลาสั้น การรักษายาขณะนั้นต้องใช้ระยะเวลารักษานานถึง 5 – 10 ปี ก่อให้เกิดปัญหาความเรื้อรังของโรคและการดื้อยา รวมทั้งความเบื่อหน่ายทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ก่อปรปัญหาค่าการหลบซ่อนตัวของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยให้มารับการรักษาแต่เริ่มเป็นและไม่สามารถติดตามให้บริการผู้ป่วยได้ทั่วถึง แม้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษาโรคเรื้อนจากสถานบริการของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ความยาวนานของการรักษาซึ่งต้องมียาจ่ายในการเดินทาง นอกจากนั้นยังมีอาการแทรกซ้อน การแพ้ยาต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะความพิการระยะแรกที่เกิดขึ้น (Primary deformity) และความพิการที่อาจเกิดขึ้นซ้ำเติมบนความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว (Secondary deformity) ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการป้องกันแก้ไขและฟื้นฟูความพิการ ตลอดจนการปฏิบัติการกิจประจำวันหรือการประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดความพิการ เช่น อาชีพช่างก่อสร้าง อาชีพเผาถ่านหรืออาชีพที่ต้องสัมผัสกับความร้อน อาชีพเกษตรกรรม เนื่องจากจะทำให้เกิดบาดแผลตามมือ เท้า ผิวหนัง เป็นต้น รวมทั้งการให้การรักษาหรือแนะนำในทางที่ถูกต้องโดยเร่งด่วน ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความพิการตามอวัยวะต่างๆ ขึ้นจนกลายเป็นผู้พิการทุพพลภาพต่อไป

ต่อมาได้มีการนำยาเคมีบำบัดผสม (Multidrug therapy: MDT) ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2528 เป็นต้นมา ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษาลดลงอย่างมาก เนื่องจากระยะการรักษาสั้นลงเหลือเพียง 6 – 24 เดือน ส่งผลให้อัตราความชุกของโรคเรื้อน (Prevalence rate) ในประเทศไทยลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งช่วยลดขนาดของปัญหาโรคลงด้วย (กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2537) อย่างไรก็ตาม การลดลงของความชุกโรคมิได้ส่งผลต่อการลดลงของอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (New case detected rate) อย่างชัดเจน กล่าวคือ จากรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบใหม่ในแต่ละปีของประเทศไทยตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ยังคงมีอัตราคงที่โดยเฉลี่ยประมาณ 1,000 ราย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกมีการลดลงของความชุกโรคแต่มิได้ส่งผลต่ออุบัติการณ์ของโรคเรื้อนเช่นกัน ปรากฏการณ์นี้อาจจะมีสาเหตุสำคัญจากการมีผู้ติดเชื้อแต่ไม่แสดงอาการ (Subclinical infected person) อยู่ในชุมชนซึ่งอาจแพร่เชื้อได้

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนควบคู่ไปกับระบบเฝ้าระวังโรค ในประชากรกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสำรวจหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การตรวจร่างกาย ผู้สัมผัสโรคที่บ้าน

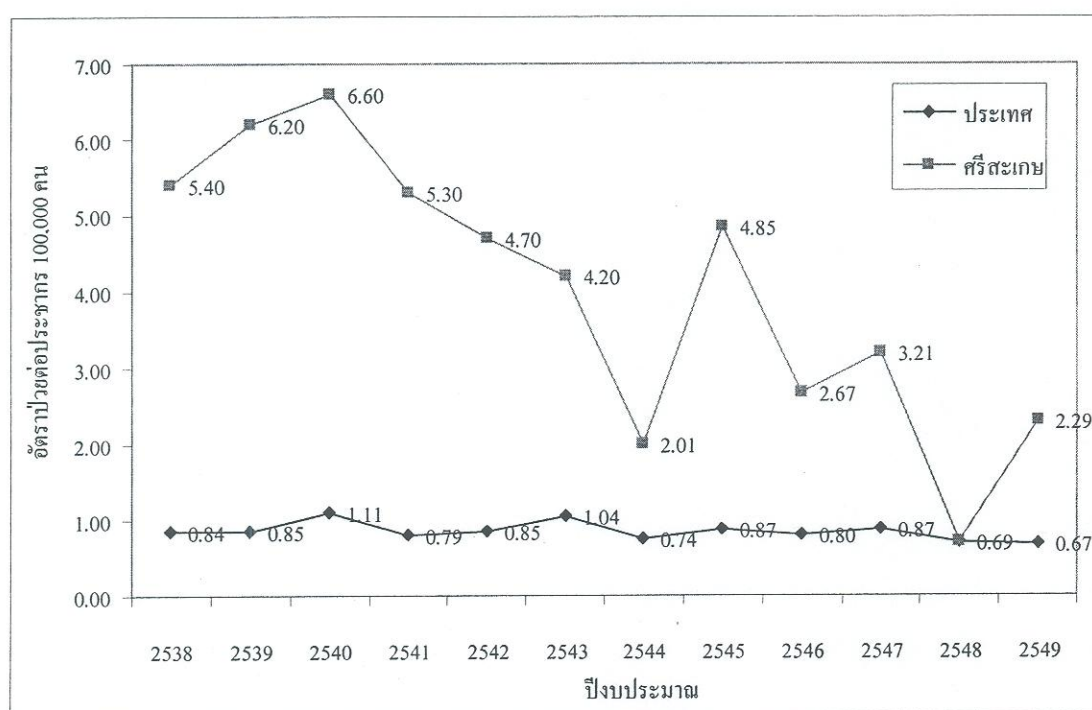
สถานการณ์โรคเรื้อนในปัจจุบัน มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนทั่วโลกประมาณ 700,000 รายต่อปี เมื่อเทียบกับรอบปีที่ผ่านมาจำนวนไม่ได้ลดลง แม้ว่าองค์การอนามัยโลกมีมาตรการกำจัดและควบคุมโรคเรื้อนด้วยยา Multidrug therapy (MDT) แต่ยังคงค้นพบว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นจำนวนมากที่มีความพิการ เนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลาย จากรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2549 สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2549 (เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2549)

รายการ	ราย	ร้อยละ
ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด	1,309	100
ประเภชเชื้อมาก	1,082	82.66
ประเภชเชือน้อย	227	17.34
อัตราความชุก (Prevalence rate: PR) = 0.21 ราย ต่อ ประชากร 10,000 คน		
ผู้ป่วยจำแนกตามรายภาค		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	603	46.07
ภาคกลาง	290	22.15
ภาคเหนือ	214	16.35
ภาคใต้	202	15.43
ผู้ป่วยใหม่ (พบใหม่ 1 ต.ค.2548 - 30 ก.ย.2549)	419	100
ประเภชเชื้อมาก	287	68.50
ประเภชเชือน้อย	132	31.50
อัตราพบผู้ป่วยใหม่ (Detection rate: DR) = 0.67 ราย ต่อ ประชากร 100,000 คน		
ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี)	26	6.21
ผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2	60	14.32
ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นผู้สัมผัสโรคที่บ้านผู้ป่วยเก่า	34	8.11

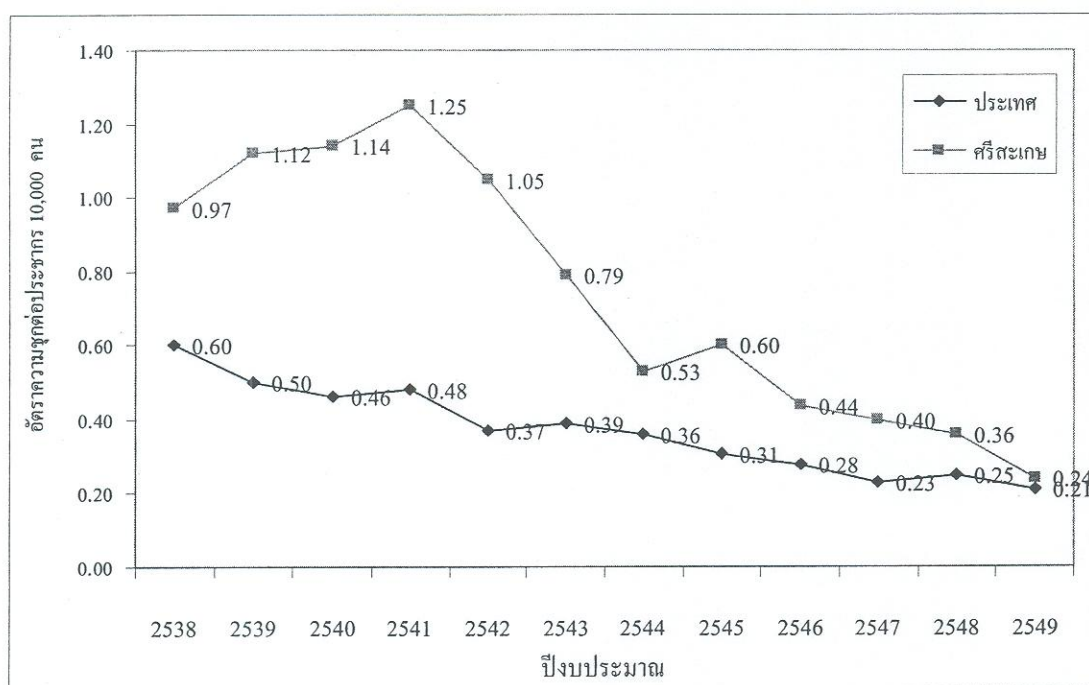
ที่มา: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2549

กิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน มีเป้าหมายที่ต้องการให้มีอัตราความชุกของโรคเรื้อนไม่เกิน 1 รายต่อประชากร 10,000 คน และอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ไม่เกิน 1 รายต่อประชากร 100,000 คนนั้น (สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค, 2547) แต่ยังคงพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปี ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด สำหรับในระดับจังหวัดศรีสะเกษ ยังอยู่ในอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่และอัตราความชุกของโรคเรื้อนของประเทศไทยและจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2538 - 2549 ดังแสดงในภาพที่ 1 และ 2



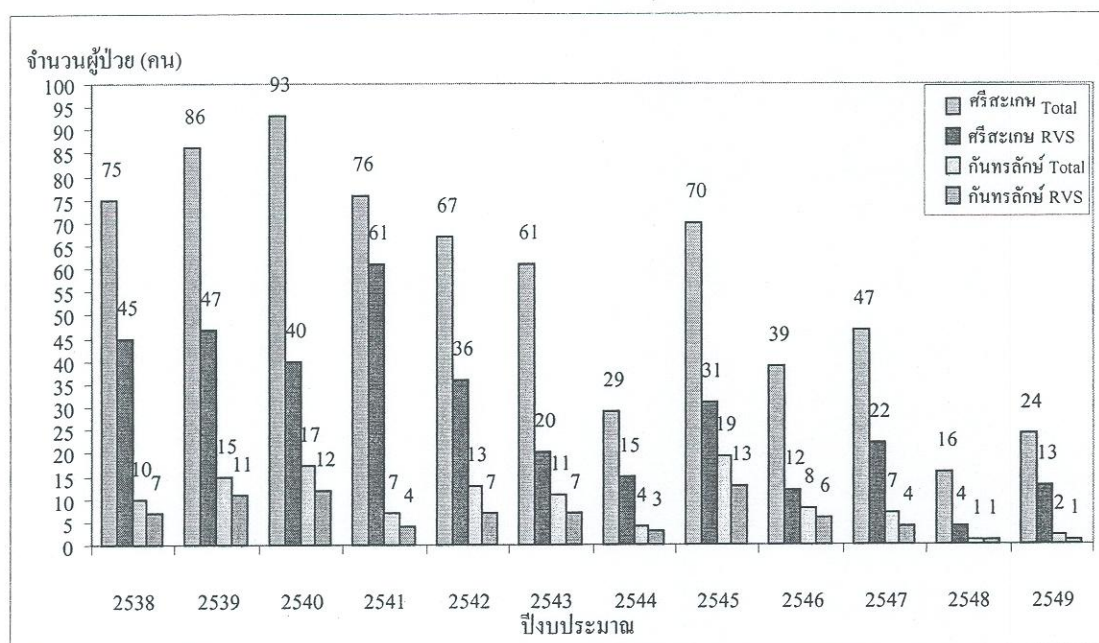
ภาพที่ 1 อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จังหวัดศรีสะเกษ เปรียบเทียบกับประเทศไทย
ปีงบประมาณ 2538 - 2549 (กรมควบคุมโรค, 2550)

จากภาพที่ 1 แสดงอัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ในระดับประเทศที่ค่อยๆ ลดลงอย่างเป็นระบบ เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลของจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ายังมีอัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในระดับที่สูงกว่าเป้าหมาย คือ 1 รายต่อประชากร 100,000 คนทุกปี ถึงแม้ว่าจังหวัดศรีสะเกษ ได้มีการนำนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาปรับใช้ โดยกำหนดให้มีกิจกรรมดำเนินการรณรงค์ ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ในช่วงเดือน ธันวาคม - มีนาคม ของทุกปี แต่ก็ยังพบว่า จังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อน (Endermic area)



ภาพที่ 2 อัตราความชุกของโรคเรื้อน จังหวัดศรีสะเกษ เปรียบเทียบกับประเทศไทย ปีงบประมาณ 2538 – 2549 (กรมควบคุมโรค, 2550)

จากภาพที่ 2 แสดงอัตราความชุกของโรคเรื้อนทั้งในระดับประเทศ และระดับจังหวัด ศรีสะเกษลดลงอย่างเห็นได้ชัด แต่มีข้อแตกต่าง คือ ระดับประเทศ อัตราความชุกของโรคเรื้อนจะค่อยๆ ลดลงอย่างเป็นระบบและเป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก แต่ระดับจังหวัดศรีสะเกษ อัตราความชุกของโรคเรื้อนจะลดลงอย่างรวดเร็ว สาเหตุเนื่องจาก จังหวัดศรีสะเกษ ได้กำหนดนโยบายให้มีการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ในช่วงต้นปีงบประมาณ (ธันวาคม-มีนาคม) ดังนั้นถ้าพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ชนิดเชืื่อน้อย การรักษาใช้เวลา 6-9 เดือน ก็จะทำให้ครบการรักษา ก่อนสิ้นปีงบประมาณ หรือถ้าพบผู้ป่วยรายใหม่ ชนิดเชื้อมาก การรักษาใช้เวลา 24-36 เดือน ก็จะทำให้ครบการรักษาในปี 2-3 ปี ข้างหน้า กองรจังหวัดศรีสะเกษมีระบบรายงานข้อมูล การนิเทศติดตามระดับอำเภอเป็นประจำ ทำให้มีการจัดการระบบทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อนให้เป็นปัจจุบันอยู่ตลอด



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ค้นพบทั้งหมดกับวิธี Rapid Village Survey (RVS) ในอำเภอกันทรลักษ์และเบญจลักษ์ เปรียบเทียบจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2538 - 2549 (โรงพยาบาลกันทรลักษ์, 2550)

จากภาพที่ 3 แสดงจำนวนการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทั้งในระดับจังหวัดศรีสะเกษ และระดับอำเภอกันทรลักษ์ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ยังพบทุกปี ซึ่งจำนวนการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทั้งจากการ Rapid Village Survey (RVS) และมาตรวจเองที่โรงพยาบาลและการส่งต่อจากสถานบริการสาธารณสุขอื่น ส่วนมากเป็นพันธมิตรร่วมกันในการนำนโยบายของจังหวัดและกระทรวงมาดำเนินการและทั้งจากการได้รับการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลาง แต่ในระยะหลัง การค้นพบโดยวิธี RVS ลดน้อยลงไปเรื่อยๆ เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณมีจำกัด มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรบ่อย ทำให้การออกค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ลดลง

จากข้อมูลสถิติข้างต้น อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ยังพบได้ทุกปีและมีแนวโน้มการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่น้อยลงไปเรื่อยๆ ดังนั้นกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ไม่ว่าจะเป็นเชิงรุก (Active case finding) ได้แก่ การสำรวจหมู่บ้านแบบรวดเร็ว (Rapid Village Survey: RVS) หรือการตั้งรับที่สถานบริการสาธารณสุข (Passive case finding) เมื่ออัตราการพบโรคน้อยลง ทำให้การค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ยากยิ่งขึ้น กอปรนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้มีการกระจายอำนาจการบริหารราชการแผ่นดินและการจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริม

ป้องกันโรค ไปที่เครือข่ายบริการสุขภาพ (Contracting Unit for Primary care: CUP) หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550 ; สุริรัตน์งามเกียรติไพศาล, 2548) หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าต่อการลงทุนในของการออกดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ด้วยเหตุผลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงเป็นแรงจูงใจทำให้ผู้วิจัยให้ความสนใจและความสำคัญในรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยที่ใช้บุคลากรและงบประมาณให้คุ้มค่า ลดค่าใช้จ่ายในการค้นหาผู้ป่วย เกิดประโยชน์สูงสุดและสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ยุ่งยากซับซ้อน จึงได้ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ย้อนหลัง 6 ปี (ปีงบประมาณ 2544 – 2549) ดังตารางที่ 2 พบว่า ผู้มารับบริการตรวจโรคผิวหนังในแต่ละปีมีจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้มารับบริการที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอกันทรลักษ์ และอำเภอเบญจลักษ์ โอกาสมารับบริการมากกว่า 1 ครั้งมีจำนวนมาก ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานประการแรกในการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากผู้ป่วยโรคผิวหนังกลุ่มเหล่านี้ได้ เนื่องจากโรคเรื้อนส่วนมากจะมีอาการแสดงรอยโรคทางผิวหนังคล้ายกับโรคผิวหนังชนิดอื่นๆ จึงเป็นข้อมูลสำหรับดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2545 – 2550

ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์								
ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการทั้งหมด				ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการที่มีภูมิลำเนาเฉพาะในพื้นที่อำเภอกันทรลักษ์ และอำเภอเบญจลักษ์			
	คน	%	ครั้ง	%	คน	%	ครั้ง	%
2545	5,919	100.00	5,969	100.00	4,574	77.28	5,812	97.37
2546	5,916	100.00	6,014	100.00	4,488	75.86	5,806	96.54
2547	5,438	100.00	5,529	100.00	4,161	76.52	5,489	99.28
2548	5,429	100.00	5,519	100.00	4,036	74.34	5,268	95.45
2549	5,298	100.00	5,377	100.00	4,124	77.84	5,222	97.12
2550	5,730	100.00	5,831	100.00	4,235	73.91	5,512	94.53

ที่มา: งานเวชระเบียน โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ปี พ.ศ. 2550

1.2 วัตถุประสงค์

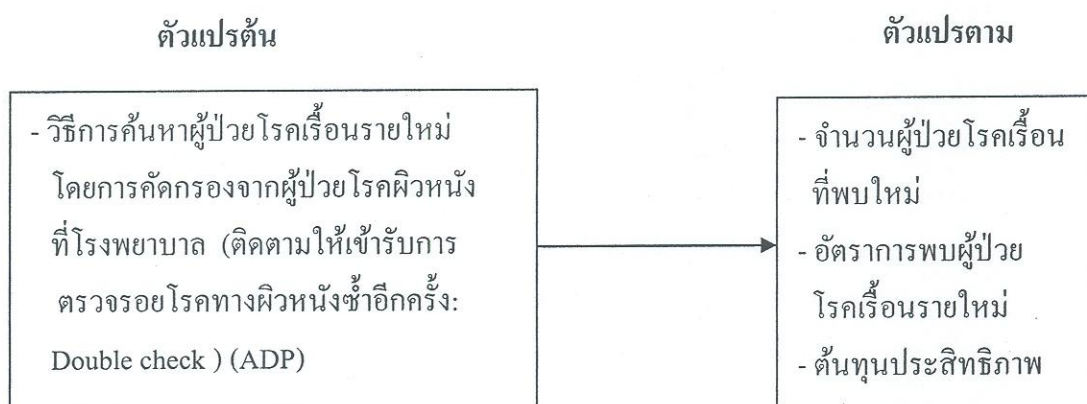
1.2.1 พัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนัง

1.2.2 เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ด้วยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการศึกษาจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มารับบริการตรวจรักษาโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550) อยู่ในพื้นที่อำเภอกันทรลักษณ์ และอำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.4 กรอบแนวคิดของการศึกษา



1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยคัดกรองผู้ป่วยโรคผิวหนัง หมายถึง วิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2550 แล้วแจ้งให้เข้ามารับการตรวจติดตามจากผู้วิจัย (Double check) (Active search from dermatological disease patients: ADP)

1.5.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อนคือ

1.5.2.1 ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน

1.5.2.2 ตรวจพบอาการชาข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) ชาที่รอยโรคผิวหนัง (จะต้องใช้ควบคู่กับอาการแสดงในข้อ 1.5.2.1)
- 2) ชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลาย โดยเชื้อโรคเรื้อน (จะต้องใช้ควบคู่กับข้อ 1.5.2.3)

1.5.2.3 ตรวจพบเส้นประสาทโต

1.5.2.4 ตรวจพบเชื้อรูปแท่งดัดสีทนกรด (Acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง (Slit skin smear)

หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อจาก 3 ข้อแรกหรือพบข้อ 4 เพียงข้อเดียว ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2548)

1.5.3 ชนิดของโรคเรื้อน หมายถึง การจำแนกชนิด (Classification) เป็น 2 ประเภท

1.5.3.1 โรคเรื้อนประเภทเชือน้อย (Paucibacillary leprosy: PB) ได้แก่

- 1) Indeterminate (I) เป็นวงด่างสีจาง ขอบไม่ชัดเจน จำนวนรอยโรคน้อย กระจายข้างเดียวของร่างกาย ที่รอยโรคชาไม่ชัดเจน ตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนไม่พบ
- 2) Tuberculoid (TT) เป็นวงด่างหรือผื่นนูนแดง ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก ขอบชัด จำนวนรอยโรคน้อย กระจายข้างเดียวของร่างกาย อาการชาที่รอยโรคชัดเจน ตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนไม่พบ

3) Borderline tuberculoid (BT-) เป็นวงด่างหรือผื่นนูนแดง ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก ขอบชัดแต่ไม่เรียบและอาจพบผื่นเล็กกระจายจากผื่นใหญ่ และมีรอยโรคไม่แน่นอน การกระจายข้างเดียวของร่างกาย อาการชาที่รอยโรค ชัดเจน ตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนไม่พบ

1.5.3.2 โรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB) ได้แก่

- 1) Borderline tuberculoid (BT+) เป็นวงด่างหรือผื่นนูนแดง ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก ขอบชัดแต่ไม่เรียบและอาจพบผื่นเล็กกระจายจากผื่นใหญ่ และมีรอยโรคไม่แน่นอน การกระจายข้างเดียวหรือสองข้างของร่างกาย อาการชาที่รอยโรค ชัดเจน ตรวจหาเชื้อโรคเรื้อน ไม่พบหรือพบเชื้อ 1+ ถึง 2+

2) Mid-borderline (BB) เป็นวงแหวนขอบนูนแดงหนา ผิวเป็นมัน ขอบนอกลาดเทและไม่ชัดเจน จำนวนรอยโรคไม่แน่นอน กระจายสองข้างของร่างกาย อาการชาที่รอยโรค การตรวจหาเชื้อโรคเรื้อน พบเชื้อ 1+ ถึง 3+

3) Borderline lepromatous (BL) เป็นวงแหวนและผื่นหรือตุ่มแดงเป็นมัน ขอบไม่ชัด จำนวนรอยโรคมก กระจายสองข้างของร่างกายแต่ไม่สมมาตร อาการชาที่รอยโรค เฉพาะผื่นขนาดใหญ่หรือผื่นวงแหวน การตรวจหาเชื้อโรคเรื้อน พบเชื้อ 3+ ถึง 5+

4) Lepromatous (LL) เป็นผื่นนูนหนาและดุ่มแดงเป็นมัน ขอบไม่ชัดเจน จำนวนรอยโรคมาก กระจายสองข้างของร่างกายและสมมาตร อาการชาที่รอยโรค ไม่ชา การตรวจหาเชื้อโรคเรื้อน พบเชื้อ 4+ ถึง 6+

1.5.4 การตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่และอัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Case detection and Detection rate) หมายถึง การตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ไม่เคยรักษามาก่อน ส่วนอัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ คือ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทั้งหมดหารด้วยประชากรในพื้นที่ทั้งหมด โดยนิยมแสดงเป็นอัตราต่อประชากร 100,000 คน สำหรับเหตุผลที่ใช้อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ แทนอัตราอุบัติการณ์ เพราะโรคเรื้อนเป็นโรคที่มีระยะฟักตัวของโรคนาน การตรวจพบผู้ป่วยขึ้นอยู่กับกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ได้ถูกตรวจพบหรือไม่ได้รับการรักษา จะไม่ได้นำมาถูกคำนวณด้วย อีกทั้งการใช้อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงการทำงานควบคุมโรคเรื้อน การทำกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ไม่ว่าจะเป็นการทำในประชากรทั้งหมดในพื้นที่ หรือทำเฉพาะกลุ่มประชากร (เช่น เด็กนักเรียนในโรงเรียน) จะทำให้ตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้มากกว่า กิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้สงสัยว่าตนเองเป็นโรคเรื้อน เข้ามารับการตรวจรักษาเอง

1.5.5 เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง ผู้ป่วยอาศัยอยู่จริงในพื้นที่อำเภอกันทรลักษ์ และอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.5.6 ต้นทุนประสิทธิภาพ (Cost-effectiveness) คือ ต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งหมดในมุมมองของผู้ให้บริการต่อการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย

$$\text{Cost-effectiveness} = \frac{\text{Cost}}{\text{New case detected}}$$

1.5.7 ค่าใช้จ่าย (Cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในมุมมองของผู้ให้บริการ ได้แก่ ต้นทุนภายใน (Internal cost) คือต้นทุนที่เกิดขึ้นภายในองค์กรของผู้ให้บริการ ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง (Labour cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) และต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) ทั้งหมดที่เกิดจากการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ไม่ว่าจะเป็นค่าโทรศัพท์ติดตาม ค่าจดหมายติดตาม ค่าเบี้ยเลี้ยงเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงาน ค่าอาหารและอาหารว่างสำหรับดำเนินการรณรงค์เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (ยกเว้นค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหารสำหรับผู้ป่วยที่เดินทางมารับการตรวจรักษา ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์) สำหรับค่าตรวจโรคหรือค่าบริการทางการแพทย์โดยแพทย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ายาและเวชภัณฑ์ที่จ่ายให้กับผู้ป่วย

โรคผิวหนังที่ติดตามมาับการตรวจ รวมถึงค่ายารักษาโรคเรื้อนเดือนที่ 1 สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อน รายใหม่ที่ตรวจพบโดยจะกำหนดให้ใช้ค่าของเงินในปีปัจจุบันเป็นตัวกำหนด สำหรับคิดค่าใช้จ่าย และกำหนดให้เป็นค่าคงที่

1.5.8 ระยะเวลา หมายถึง การนับระยะเวลาเริ่มตั้งแต่วันเริ่มให้บริการตรวจรักษา โรคผิวหนังเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนวันแรก จนถึงวันสุดท้ายที่ให้บริการตรวจรักษาเพื่อค้นหา ผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยนับเฉพาะวันที่ปฏิบัติงานจริง

1.5.9 ประสิทธิภาพ หมายถึง การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายหรือลดต้นทุน ประหยัดบุคลากร ระยะเวลา

1.5.10 วิธีมาตรฐาน (Total Village Survey: TVS) เป็นวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน รายใหม่ โดยการตรวจประชาชนทุกคนในชุมชน ถ้าประชาชนคนใดไม่อยู่จะต้องกลับมาติดตาม ตรวจให้ครบทุกคน ซึ่งเป็นวิธีการที่ละเอียด ยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลามาก สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง

1.5.11 การสำรวจหมู่บ้านแบบรวดเร็ว (Rapid Village Survey: RVS) เป็นวิธีการค้นหา ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ โดยทีมผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อนดำเนินการในชุมชน โดยมีการแจ้งแผน การออกปฏิบัติงานให้ผู้ใหญ่บ้านทราบ และขอความร่วมมือให้ประกาศข่าวให้ชาวบ้านทราบ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและกำหนดการตรวจ สถานที่ เวลา และวิธีการตรวจ ซึ่งนำมาใช้ แทนวิธีมาตรฐาน ในการสำรวจทุกคน (Total Village Survey) ด้วยวิธีการที่รวดเร็ว ง่าย สะดวก และประหยัดกว่าแต่ได้ผลลัพธ์ที่ดีและน่าเชื่อถือ ซึ่งดำเนินการทดลองโดยนักวิจัยโครงการ MURLEP

1.5.12 เอกสารการบันทึกข้อมูล ได้แก่ บัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน รบ.1ต.10 (แบบ น.ส.3) ทะเบียนผู้ป่วยชนิดเชืื่อน้อย (Paucibacillary leprosy: PB) ทะเบียนผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB) ใบสั่งยา ทะเบียนสำหรับติดตามผู้ป่วยโรคผิวหนัง ทะเบียนสรุป ใบสั่งยาและรวบรวมค่าใช้จ่ายต่างๆ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1.6.1 ได้รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งเป็นแบบวิธีการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังนี้มีประสิทธิภาพและต้นทุนต่ำ

1.6.2 สามารถประหยัดงบประมาณและค้ำค่าต่อการลงทุนในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน รายใหม่

1.6.3 สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่ต้องสิ้นเปลืองบุคลากร

1.6.4 เกิดประโยชน์กับหน่วยงานสาธารณสุข โดยสามารถนำไปใช้กับพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของโรคเรื้อนต่ำได้จริง

1.6.5 สามารถบูรณาการเข้ากับงานตรวจรักษาโรคทั่วไป (แผนกผู้ป่วยนอก) ของสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปได้

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากผู้ป่วยโรคผิวหนัง (Active search from dermatological disease patients: ADP) ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ อาศัยแนวทฤษฎีความคิดตลอดจนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบขึ้นเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาได้ดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องโรคเรื้อน

2.2 แนวคิด ทฤษฎี ของความตระหนักและงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมและการแสวงหา

การรักษา

2.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาด้านทุน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวกับวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

2.5 งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เรื่องโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อ *Mycobacterium leprae* รูปร่างเป็นแท่ง ย้อมติดสีทนกรด (Acid-fast stain) โดยมีคนเป็นแหล่งแพร่ที่สำคัญ ตัวเชื้อโรคเรื้อนอาศัยอยู่ในผิวหนัง เส้นประสาทส่วนปลายและเยื่อเมือกของผู้ป่วยระยะติดต่อ วิธีการแพร่เชื้อที่เป็นไปได้มากที่สุดคือ จากละอองฝอยจากทางเดินหายใจส่วนบน ระยะฟักตัวของโรคโดยทั่วไปประมาณ 3-5 ปี (กองโรคเรื้อน, 2544) เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ถ้าผู้ที่ได้รับเชื้อมีภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรคเรื้อนปกติ จะไม่เกิดอาการของโรค แต่ถ้าภูมิคุ้มกันต้านทานผิดปกติ จะเกิดอาการของโรคได้ แต่ประชากรส่วนใหญ่จะมีภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรคเรื้อนที่ปกติ มีเพียงส่วนน้อยประมาณร้อยละ 3-5 ของผู้ที่ได้รับเชื้อโรคเรื้อนเท่านั้นที่มีภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรคเรื้อนที่ผิดปกติ และเกิดอาการแสดงของโรคขึ้น กลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากที่สุดได้แก่ ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact) ซึ่งเป็นผู้ที่เสี่ยงในการเกิดโรคสูงมากกว่าคนอื่นๆ และสามารถชี้ตัวบุคคลได้ ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB) มีความเสี่ยงมากกว่าผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยชนิดเชื่อน้อย (Paucibacillary leprosy: PB) โดยผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วย MB มีความเสี่ยงในการเกิดโรค 5-8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้อาศัยร่วมบ้าน ขณะที่ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วย PB มีความเสี่ยงในการเกิดโรค 2 เท่า นอกจากผู้สัมผัสโรค

ร่วมบ้านแล้ว พบว่า ผู้สัมผัสอาจเป็นลักษณะของญาติสนิท เพื่อนบ้านใกล้เคียง ทำงานร่วมกับผู้ป่วย หรือมีความสัมพันธ์กันทางสังคม มีการไปมาหาสู่กัน เป็นต้น

การรักษาแต่เดิมมาใช้ยาเพียงชนิดเดียวเพื่อรักษาโรคเรื้อน จึงไม่อาจรักษาให้หายขาด หรือใช้เวลานานในการควบคุมโรค ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ใช้ยา 3 ชนิด เพื่อใช้ในการรักษาโรคเรื้อน คือ Dapsone (DDS) Clofazimine (CLO) และ Rifampicin (RFC) เรียกการรักษาแบบใช้ยาผสมนี้ว่า Multidrug therapy (MDT) ซึ่งช่วยร่นระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องกินยาให้น้อยลง และสามารถควบคุมโรคอย่างได้ผลดียิ่งขึ้น แต่การควบคุมโรคอย่างได้ผลนั้นย่อมต้องอาศัยการให้ความร่วมมือจากผู้ป่วยต่อการรักษาเป็นประการสำคัญ

2.2 แนวคิด ทฤษฎี ของความตระหนักและงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษา

ธีระ รามสูต (2525) ได้กล่าวถึง ความไม่เข้าใจของผู้ป่วยในการเผชิญกับโรคนี้ ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อน ซึ่งเข้าใจว่าโรคเรื้อนเป็นโรคกรรมโรคเวร เกิดจากผู้ที่ทำบาปมากในชาติก่อนหรือแม่ในชาตินี้ เป็นโรคติดต่อ เป็นกรรมพันธุ์ ที่สามารถติดต่อแพร่พันธุ์ไปยังบุตรหลานวงศ์ตระกูลต่อไปได้ ก่อให้เกิดความพิการ ผู้ที่เคยมีประวัติพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคเรื้อนมาก่อนไม่ควรแต่งงานด้วย อาการเริ่มเป็นคือ ผิวน้ำเหลือง หนองแดงตามใบหน้า ใบหู น้ำเกลียด หลับตาไม่ลง หูหนวกตาเล่อ จมูกยุบ มือเท้าพิการ ความเข้าใจผิดหรือเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อนได้สะสมและถ่ายทอดติดต่อกันมาช้านาน ยังฝังรากลึกทำให้ความรังเกียจกลัวโรคเรื้อนของสังคมมีมากขึ้น หรือการปฏิเสธในการเป็นโรคแล้วไปแสวงหาการรักษาใหม่ รวมทั้งการจัดการรักษาตนเอง หรือการไปปรึกษาแพทย์แผนโบราณ ซึ่งทำให้เกิดการล่าช้าในการรักษา (Mull et al., 1989) การรักษาแบบสมุนไพรเป็นอีกทางหนึ่งที่ผู้ป่วยเลือก (Valencia., 1989) บางคนคิดที่จะหาการรักษาตามแพทย์แผนปัจจุบันหรือการค้นหาผู้มีประสบการณ์ด้านการรักษาพยาบาลที่เป็นที่เชื่อถือมาก่อน (Nichter., 1989) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการรับรู้ผลของการรักษา ความสะดวก ระยะเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ยาที่ใช้รักษาเป็นส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญสำหรับการตัดสินใจด้วย (Sauerborn et al., 1989)

ผู้ป่วยแต่ละรายจะเผชิญปัญหาและแสวงหาการรักษาที่แตกต่างกัน มีทฤษฎีและแนวคิดที่พยายามอธิบายถึงกระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยา (Health seeking process, Chrisman and Kleinman อ้างอิงจาก พิมพวลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530) กล่าวว่า บุคคล และลักษณะระบบบริการสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล การเจ็บป่วยของบุคคลในครั้งหนึ่ง เมื่อบุคคลรับรู้ลักษณะที่เกิดขึ้นว่าตนเป็นอะไร มีลักษณะที่รุนแรงเรื้อรัง การตีความอาการปรากฏ ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ทางสังคม และวัฒนธรรมที่เป็นรากฐานของแต่ละบุคคลในสังคมที่เท่ากัน จากจุดแรก



ของการนิยาม บุคคลจะกระทำต่อในสามทาง คือ การเปลี่ยนบทบาท การขอคำปรึกษาจากคนทั่วไป หรือมุ่งไปสู่การรักษา แต่ขณะเดียวกันอาจพบว่าบุคคลอาจเลือกทางใดทางหนึ่ง หรืออาจเกิดพร้อมๆ กันได้ การเปลี่ยนบทบาทนั้นเกี่ยวข้องกับระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น เช่นญาติ เพื่อน หรือใครก็ตามที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ความผิดปกติดังกล่าวทางร่างกาย บางครั้งก็ถูกยอมรับจากสังคมให้ได้รับการพักผ่อน หรือหยุดจากงานประจำวัน ซึ่งระยะเวลาหนึ่งอาจเปลี่ยนบทบาทเป็นคนไข้ต่างๆ ที่อาจจะไม่มีความผิดปกติเมื่อวินิจฉัยทางการแพทย์ บทบาทผู้ป่วยจึงเป็นตัวแปรทางสังคมและวัฒนธรรม เพราะว่ามีผลกระทบต่อพฤติกรรมบางคนยอมรับบทบาทผู้ป่วย แต่ไม่ยอมรับยาอย่างจริงจัง ดังนั้นการเปลี่ยนบทบาทจึงเป็นกระบวนการต่อรอง ซึ่งขยายความไปถึงความถูกต้องชอบธรรมที่บุคคลพึงปรารถนาที่จะมีความสัมพันธ์ร่วมกับคนอื่น

การขอคำปรึกษาเปรียบเสมือนการตรวจสอบกระบวนการที่เกิดขึ้น หรือยอมรับความถูกต้องในระบบการแพทย์ที่มีการรักษาหลากหลาย ความป่วยไข้ต่างๆ หรือการเป็นโรคเป็นเรื่องของสังคม ดังนั้นเมื่อใครเจ็บป่วยขึ้นมา บุคคลอาจเรียกร้องขอคำปรึกษาเพื่อช่วยอธิบายหรือวินิจฉัยความเจ็บป่วยรวมทั้งการแนะนำการรักษา การขอคำปรึกษาเป็นการขอความช่วยเหลือว่า ควรจะอย่างไร เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและการแพทย์ระหว่างกันอีกด้วย ในสังคมที่มีการรักษาหลากหลาย การขอคำปรึกษาจึงเปรียบเสมือนการขอคำแนะนำเพื่อการรักษาตามความเหมาะสม ความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์หรือตามแหล่งรักษาที่มีอยู่ในท้องถิ่น เมื่อบุคคลได้รับคำแนะนำปรึกษาแล้วจึงก้าวไปสู่การรักษาในสังคมที่ไม่ใช่ระบบการแพทย์เดียวจะมีการรักษาพร้อมกันหลายๆ วิธี หรืออาจเริ่มต้นจากหมอคนหนึ่งไปยังหม่อีกคนหนึ่ง หากยังรู้สึกว่าการยังไม่ดีขึ้นและถ้าหากการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งค่อนข้างจะได้ผลก็จะรักษาวิธีนั้นๆ ต่อไป แต่ก็อาจกลับไปเริ่มวิธีเดิมโดยเลือกผู้รักษาคนใหม่ก็ได้

วีณา พริ้มแก้ว (2546) ได้ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ตีความหมายของอาการผิดปกติว่าเป็นโรคผิวหนังอื่นๆ จะใช้เวลาของกระบวนการพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ นานประมาณ 4-14 ปี ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ตีความหมายของอาการผิดปกตินั้นสงสัยเป็นโรคเรื้อรัง จะใช้เวลาของกระบวนการพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพนาน 3-6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการวินิจฉัยโรคและให้การรักษาของแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแหล่งบริการสุขภาพนั้นๆ ด้วย สำหรับเงื่อนไขในการตัดสินใจซึ่งเป็นตัวเร่งให้ไปรับบริการสุขภาพช้าหรือเร็ว ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนัย วงศ์จักร และคณะ (2537) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ก่อนมารับการรักษาที่ถูกต้อง ที่สถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยใช้เวลาในการแสวงหาการรักษาหลายครั้ง โดยการรักษาครั้งแรก

ส่วนมากซื้อยากินเอง ใช้จ่ายสมุนไพร เนื่องจากคิดว่าแพ้สารเคมี เป็นโรคผิวหนังหรือเป็นเชื้อรา และผู้ป่วยส่วนมากมีฐานะยากจน มีรายได้พอดำรงชีวิตอยู่ ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยจึงต้องตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยวิธีที่คิดว่ามีประสิทธิภาพ ที่สำคัญคือเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละครั้งไม่มากนัก โดยซื้อยากินเองหรือปล่อยให้อาการค่อยหายไปเองโดยไม่รักษา ผู้ที่ให้คำปรึกษาส่วนมากจะเป็นสมาชิกในครัวเรือนเป็นคนแรก การรักษาครั้งที่ 2 อาการยังปรากฏอยู่ เกือบครึ่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล สถานีอนามัย ค่ารักษาไม่มาก ครั้งที่ 3 อาการเพิ่มมากขึ้น ปวด มีไข้ เป็นตุ่ม มารับการรักษาที่สถาบันแมคเคน หรือ คริสเตียนคลินิกร้อยละ 54.5 ญาติพี่น้องที่เคยเป็น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย แพทย์ประจำโรงพยาบาลจะเป็นผู้แนะนำ การรักษาครั้งที่ 4 มีที่เหลือนบางส่วนที่สถานพยาบาลพยายามรักษาแต่ไม่หาย จะแนะนำให้มาที่สถาบันแมคเคน จำนวนครั้งของการรักษาหลังจากการเจ็บป่วย มากกว่า 10 ครั้ง เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคที่สังคมมีความรังเกียจและกลัวทำให้ผู้ป่วยต้องหลบซ่อนตัวไม่สามารถเปิดเผยให้ใครรู้ว่าเป็นโรคเรื้อน ซึ่งคิดว่าถ้าเพื่อนบ้านรู้ความสัมพันธ์ก็จะเปลี่ยนแปลงในทางที่ไม่ดี ดังนั้นจึงพยายามที่จะปิดบังความจริงจากเพื่อนบ้าน โดยบอกว่าแพ้ยา แพ้สารเคมี การปิดบังโดยไม่ยอมไปรับการรักษาย่อมมีผลกระทบ และก่อให้เกิดปัญหาทางการแพทย์ทางสาธารณสุข ทำให้การค้นหาคำปรึกษา การรักษา การควบคุมป้องกันและฟื้นฟูสภาพเป็นไปด้วยความยากลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยา สุนทราศรี (2541) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในด้านสภาพร่างกาย จิตใจ และการแสวงหาคำปรึกษา สภาพชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคม และความร่วมมือในการรักษาและป้องกันการแพร่โรคเรื้อน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน พบว่า ผู้ป่วยมักจะขาดความรู้ที่แท้จริงเกี่ยวกับโรคเรื้อนจึงเป็นสาเหตุทำให้มารับบริการตรวจรักษาช้า และเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกมีอาการป่วยรุนแรงขึ้น จึงไปพบแพทย์เพื่อการรักษา ในครั้งแรกที่ไปตรวจร้อยละ 60.9 ได้ไปแสวงหาคำปรึกษาจากแหล่งต่างๆ มาก่อนที่จะมารับการตรวจรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน มีทั้งแพทย์แผนโบราณและแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ละรายได้รับการรักษานานแตกต่างกันไปตั้งแต่ 14 วัน – 6 ปี และในการไปพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อรับบริการตรวจรักษานั้น ร้อยละ 56.5 สังเกตเห็นว่าแพทย์เองก็ใช้เวลาในการตรวจหลายครั้ง (แต่ละครั้งแตกต่างกันไปมีตั้งแต่ 2-7 ครั้งต่อคน) จึงจะบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนและช่วงเวลาที่แพทย์นัดให้ผู้ป่วยแต่ละรายมาตรวจจนแน่ใจว่าป่วยเป็นโรคเรื้อนแต่ละครั้งห่างกัน 7 วัน – 1 ปีแตกต่างกันไป

2.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาค้นทุน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2546) ได้ให้ความหมาย ต้นทุน (Cost) หมายถึง มูลค่าของทรัพยากรปัจจัยการผลิตหรือค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดำเนินการจัดการหรือประกอบการ Thomas (1996) ได้พูดถึงการวิเคราะห์ต้นทุน เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการ มี 2 ลักษณะ คือ ต้นทุนทางบัญชี (Accounting cost) และต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (Economic cost) สมคิด แก้วสนธิ และคณะ (2536) ได้พูดถึงการนำความรู้ทางด้านเศรษฐศาสตร์ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการรู้จักใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายหรือลดต้นทุนการผลิต และสามารถจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บริการแก่ทุกๆ ฝ่ายได้อย่างทั่วถึง

นิรมล สกุลพานิชย์ และคณะ (2550) ได้ศึกษาประสิทธิภาพคู่มือคัดกรองโรคหิดเบื้องต้น อันประกอบด้วยการซักประวัติผู้ป่วย อาการสำคัญและตรวจร่างกายดูรอยโรค เครื่องมือนี้เนื้อหาต้องชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ละเอียดหรือซับซ้อนเกินไป และมีรูปภาพประกอบการตรวจรอยโรคเพื่อเทียบกับรอยโรคที่ตรวจพบจริง เพื่อให้ประชาชนทั่วไปที่มีได้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เป็นแนวทางคัดกรองแยกผู้เข้าข่ายสงสัยโรคหิด ส่งต่อไปให้แพทย์ตรวจรักษา เพื่อลดการระบาดของโรคหิด ได้ดำเนินการทดสอบในวัด 2 แห่งและสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 1 แห่ง เพื่อทดสอบความถูกต้องของคู่มือ โดยหาค่าความไว ความจำเพาะ และประสิทธิภาพของคู่มือผลการทดสอบหาค่าความไวเท่ากับร้อยละ 56 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 97 และประสิทธิภาพของคู่มือเท่ากับร้อยละ 95.8 แสดงว่าคู่มือคัดกรองโรคหิดมีประสิทธิภาพดี ความจำเพาะสูง ความไวปานกลาง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในสถานที่ที่มีความเสี่ยงในการระบาดของโรคหิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และคณะ (ม.ป.ป.) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลการเฝ้าระวังโรคเรื้อนเชิงรุก โดยเกณฑ์นำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง แบบเก็บข้อมูลของผู้สงสัยที่ได้รับการตรวจ และแบบฟอร์มการเฝ้าระวังโรคสำหรับ กสค. และ อสม. พบว่า หลังการทดลอง กสค. ในหมู่บ้านทดลอง และ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนและการเฝ้าระวังโรคเรื้อนเชิงรุกเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนและการเฝ้าระวังโรคเรื้อนเชิงรุกของ กสค. ในหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กสค. ทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และการเฝ้าระวังโรคเรื้อนเชิงรุกไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่า กสค. ในหมู่บ้านทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนและการเฝ้าระวังโรคเรื้อนเชิงรุกมากกว่า กสค. ในหมู่บ้านเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการออกมารับ

การตรวจร่างกายของผู้สงสัยโรคเรื้อน พบว่า สัดส่วนของผู้สงสัยที่ผ่านการคัดกรอง จาก กสค. หมู่บ้านทดลองจะมากกว่าสัดส่วน ผู้สงสัยที่ผ่านการคัดกรองจาก อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนการตรวจพบผู้ป่วยใหม่จากผู้สงสัยที่ผ่านการคัดกรองจาก กสค. ในหมู่บ้านทดลอง เท่ากับ 26.7 รายต่อผู้สงสัย 1,000 ราย ส่วนผู้สงสัยที่ผ่านการคัดกรองจาก อสม. ตรวจไม่พบว่าเป็นโรคเรื้อน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า กสค. สามารถพัฒนาศักยภาพเพื่อช่วย ในการควบคุมโรคเรื้อน ซึ่งจะเป็นการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคเรื้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อที่จะสามารถค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้รวดเร็ว ซึ่งจะส่งผลต่อการลดความพิการ ในผู้ป่วยใหม่ และลดแหล่งแพร่เชื้อในชุมชนลงได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชัยญา มานิตย์ศิริกุล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผลการค้นหา ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ระหว่างการสำรวจหมู่บ้านแบบรวดเร็ว (RVS) และการค้นหาโดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า ต้นทุนรวมของวิธีการค้นหาแบบ RVS เท่ากับ 58,586.95 บาท พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จำนวน 3 ราย ต้นทุนประสิทธิผลของวิธี RVS เท่ากับ 19,528.90 บาท ต่อการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย ขณะที่ต้นทุนรวมของวิธีการค้นหาโดยกำนันผู้ใหญ่บ้าน เท่ากับ 16,409 บาท ไม่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ต้นทุนประสิทธิผลจึงไม่สามารถประเมินเป็นตัว เงินในทางเศรษฐศาสตร์ต้นทุนต่อหน่วยได้ เนื่องจากไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของวีรศักดิ์ คงสืบชาติ และคณะ (2546) ศึกษาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ด้วยการสำรวจ หมู่บ้านแบบรวดเร็ว ระหว่างหมู่บ้านที่มีข้อบ่งชี้และหมู่บ้านที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในงานควบคุมโรคเรื้อน พบว่า ในหมู่บ้านที่มีข้อบ่งชี้พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เท่ากับร้อยละ 80.3 ในขณะที่หมู่บ้านที่ไม่มี ข้อบ่งชี้พบเพียงร้อยละ 2.7 และพบว่าหมู่บ้านที่มีข้อบ่งชี้พบผู้ป่วยใหม่มากกว่าหมู่บ้านที่ไม่มีข้อ บ่งชี้ ถึงร้อยละ 77.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (CI 95% = 67.5 – 88.5)

วลัยพร พัทธนฤมล และคณะ (2545) ได้ศึกษาอัตราเหมาจ่ายของชุดสิทธิประโยชน์ กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2546 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ประชากร เป้าหมายตามกลุ่มเสี่ยง กลุ่มอายุหรือเพศ ความถี่ของกิจกรรมที่พึงได้รับการบริการ ในชุดสิทธิ ประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 10 รายการ ข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุรายการกิจกรรมใหม่ ตามความจำเป็น ได้ต้นทุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 9,279.36 ล้านบาท เสนออัตราเหมาจ่าย 206 บาทต่อคนต่อปี จากการที่รัฐบาลได้กำหนดงานสร้างหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่สำคัญ แต่ได้รับเงินงบประมาณอุดหนุนด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่จำกัด ต่ำกว่าข้อเท็จจริงของอัตราการใช้และต้นทุนบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล (2546) ได้ศึกษาด้านทุนและรูปแบบการจัดบริการ

ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ ในพื้นที่ 9 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน อุตรธานี สุราษฎร์ธานี เพชรบุรี นนทบุรี ชลบุรี และกรุงเทพมหานคร ในช่วงเริ่มต้นโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเก็บข้อมูลปฐมภูมิย้อนหลังในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการปฏิบัติมาก่อนเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษากิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ถูกกำหนดตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นต้นทุนต่อครั้ง แล้วคำนวณต้นทุนรวมตามอายุและสัดส่วนของประชากรที่ต้องการบริการที่ไม่เท่ากัน ได้ต้นทุนเฉลี่ยเท่ากับ 348.49 บาทต่อคนต่อปี และต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยเท่ากับ 272.42 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญแข ลาภยิ่ง (2544) ได้ศึกษาต้นทุนดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและทันตกรรม ของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 สามารถจำแนกต้นทุนในส่วนต่างๆได้แก่ ต้นทุนต่อหน่วยของผู้มาใช้บริการ (Unit cost per visit) ซึ่งรวมทั้งงานรักษา งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงานทันตกรรม เป็นเงิน 372.76 บาท ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ประกันตน (Unit cost per capitation) เป็นเงิน 532.83 บาท ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ประกันตน งานรักษาเป็นเงิน 183.48 บาท งานทันตกรรมเป็นเงิน 60.41 บาท รวมค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก (รวมงานรักษา และงานทันตกรรม) เท่ากับ 243.88 บาท ส่วนงบประมาณที่จัดสรรสำหรับค่ารักษาพยาบาล เป็นเงิน 574 บาท จะเห็นว่าต้นทุนส่วนนี้เทียบกับงบประมาณที่ตั้งไว้ยังต่ำกว่าค่อนข้างมาก ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ประกันตน งานส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค 288.95 บาท เมื่อเทียบกับงบประมาณจำนวน 175 บาท จะพบว่าห่างจากงบประมาณมากพอสมควร

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวกับวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

สมบุญ ฑูตประเสริฐ (2542) ได้ทำการศึกษาวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ โดยให้ความรู้ความเข้าใจกับอาจารย์ 18 คน แล้วถ่ายทอดให้นักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้รับความรู้ 11,475 คน นักเรียนได้ไปตรวจค้นหาผู้ป่วยและผู้สงสัยเป็นโรคเรื้อนในครอบครัวตนเอง 13,220 คน มีผู้สงสัยมาตรวจ 174 คน พบเป็นโรคเรื้อน 2 คน เฉลี่ยตรวจประชาชน 87 คนต่อการพบผู้ป่วย 1 ราย วิธีนี้ใช้เวลาสั้นเพียง 7 วัน แต่ค่าใช้จ่ายต่อการพบผู้ป่วย 1 ราย เป็นเงิน 8,740 บาท ถือว่าค่อนข้างสูง และได้ทำการศึกษาวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยกำนันผู้ใหญ่บ้าน (สมบุญ ฑูตประเสริฐ, 2541) เพื่อหารูปแบบในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และได้ผลคุ้มค่าต่อการลงทุน โดยดำเนินการใน 4 อำเภอ ใช้เวลา 12 วัน โดยใช้เวลาเพียง 8 วัน สำหรับการติดต่อประสานงาน และเพียง 4 วันสำหรับการตรวจร่างกายประชาชน

เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน สามารถชี้แจงให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเรื้อนแก่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 2,171 คน ใช้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานวันละ 2-3 คน ตรวจประชาชน 914 คน พบผู้ป่วยโรคเรื้อน 15 คน เฉลี่ยตรวจประชาชน 61 คนต่อการพบผู้ป่วย 1 ราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อการค้นพบผู้ป่วย 1 ราย เป็นเงิน 475 บาท ซึ่งจะเห็นได้ว่าการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นการลงทุนที่ได้ผลคุ้มค่าอีกวิธีหนึ่ง ประหยัดทั้งบุคลากร งบประมาณ เวลา อุปกรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pinitsoontorn et al. (1996) ได้ทำการศึกษาการสำรวจหาความชุกของโรคเรื้อนแบบรวดเร็ว (Rapid Village Survey: RVS) เพื่อหาขนาดปัญหาหรืออัตราความชุก (Prevalence rate) ของโรคเรื้อน โดยได้ทำการศึกษาวิจัย 40 หมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น มีประชากรตัวอย่าง 20,815 คน ใช้เวลาสำรวจ 5 เดือน โดยแต่ละแห่งใช้เวลา 1 วันทำ RVS ก่อน แล้วทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือ (วิธี RVS) ด้วยวิธี Total Village Survey (TVS) ในหมู่บ้านเดียวกันอีก สัปดาห์ถัดไป และทำจนครบ 40 หมู่บ้านด้วยวิธีทั้งสอง (RVS และ TVS) ผลการสำรวจแบบ RVS พบผู้ป่วย 22 ราย จากการตรวจประชาชน 2,309 คน เฉลี่ยตรวจประชาชน 105 คน ต่อการพบผู้ป่วย 1 ราย เปรียบเทียบกับ 24 รายโดยวิธี TVS จากการตรวจประชาชน 20,730 คน เฉลี่ยตรวจประชาชน 864 คนต่อการพบผู้ป่วย 1 ราย ความชุกของโรคเรื้อน (Prevalence rate) เท่ากับ 1.06 และ 1.15 ต่อประชากร 1,000 คน ตามลำดับ โดยค่าที่ได้นี้ไม่มีความแตกต่างทางสถิติของประสิทธิภาพระหว่าง RVS กับ TVS ($p\text{-value} = 0.301$) ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียใน RVS ต่อการสำรวจรวม 40 หมู่บ้านเป็นเงิน 266,000 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อการพบผู้ป่วย 1 ราย เป็นเงิน 12,091 บาท เปรียบเทียบกับวิธี TVS ค่าใช้จ่ายทั้งหมด 705,000 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อการพบผู้ป่วย 1 ราย เป็นเงิน 29,375 บาท จะเห็นว่าน้อยกว่าเกือบ 3 เท่า ซึ่งผลการสำรวจวิจัยทำให้วิธีการสำรวจแบบ RVS ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพ ประหยัด สะดวกและรวดเร็ว

Saylan et al. (1989) ศึกษาลักษณะเฉพาะและวิธีการค้นพบผู้ป่วยใหม่ในจังหวัด Van ซึ่งเป็นพื้นที่ Endemic ประเทศตุรกี ในช่วงปี ค.ศ.1983-1987 ได้ทำการให้ความรู้ด้านโรคเรื้อน แก่บุคลากรทางการแพทย์ ครูและประชาชนทั่วไป แล้วออกดำเนินการสำรวจประชาชน ผลการศึกษาพบว่า สามารถค้นพบผู้ป่วยใหม่ได้ถึง 66 ราย ถูกค้นพบโดยเจ้าหน้าที่ศูนย์โรคเรื้อน Istanbul ในพื้นที่และในโรงพยาบาล คณะผู้วิจัยได้สรุปว่า การณรงค์อย่างมีประสิทธิภาพในชุมชน มีผลทำให้ผู้ป่วยออกมารายงานตัวเข้ารับการรักษาด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seaton et al. (1997) ได้ทำการศึกษาสำรวจความเห็นเกี่ยวกับการให้สุศึกษาในงานควบคุมโรคเรื้อน โดยการสัมภาษณ์แพทย์ในโรงพยาบาลโรคเรื้อน อาสาสมัครซึ่งทำงานในองค์กรช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งทำงานโรคเรื้อนและวัณโรค ผลการ ศึกษาว่าหลังจาก

มีการเริ่มรณรงค์ให้สุศึกษาเกี่ยวกับโรคเรื้อนเป็นเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ถึงแม้ผู้ป่วยโรคเรื้อนจะยังคงถูกรังเกียจจากชุมชน แต่ทัศนคติที่มีต่อโรคเรื้อนเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น เป็นผลทำให้มีการค้นพบผู้ป่วยได้มากขึ้น คณะผู้วิจัยได้สรุปว่า การให้สุศึกษาที่มีประสิทธิผลมีความสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกมาได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ แต่แผนการให้สุศึกษาต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ของชุมชน และควรมีการประเมินประสิทธิผลระหว่างการดำเนินโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวาร์ ปุราคม (2537) ที่ได้เพิ่มประสิทธิภาพของงานควบคุมโรคเรื้อนที่ผสมผสานในบริการสาธารณสุขจังหวัด 6 จังหวัดในเขต 9 โดยการปรับปรุงเพิ่มงานสุศึกษา ฝึกอบรม สอนแนะผู้ป่วยเก่า ตรวจผู้สัมผัส นักเรียน และการส่งทีมเคลื่อนที่ไปสำรวจแบบเร็วร่วมกับการให้สุศึกษาและสาธิตงานโรคเรื้อนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครและเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าการเพิ่มประสิทธิภาพจากการอบรมและสุศึกษาในพื้นที่ที่โรคเรื้อนได้ลดต่ำลงมากแล้วอันเป็นผลกระทบจากการใช้ยาเคมีบำบัดผสม ทำให้อัตราค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ลดลงปีละ 8.12% จึงไม่มีผลต่อการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ในเชิงปริมาณในภาพรวม เพราะการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนในท้องถิ่นได้ลดลงไปแล้ว แต่ก็มีผลกระทบกระตุ้นให้ประชาชนสนใจมาตรวจเองมากขึ้นชัดเจน

2.4 งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค (2548) ได้กล่าวว่า ประชาชนส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่โรคเรื้อนเป็นโรคประจำถิ่น (endemic area) มักจะติดเชื้อโรคเรื้อนไปแล้วตั้งแต่เด็ก โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านชนิดติดต่อกันมีโอกาสติดเชื้อมากที่สุด แต่ผู้ที่ติดเชื้อแล้วเหล่านี้จะไม่แสดงอาการของโรคเรื้อนทุกราย โดยเฉพาะผู้ที่มีการสัมผัสโรคมีโอกาสป่วยเป็นโรคเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจะสูงขึ้น ถ้าเป็นผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดติดต่อกัน โดยอาจเพิ่มสูงขึ้น 4-10 เท่า ความเสี่ยงนี้จะยิ่งสูงขึ้นอีกถ้าการสัมผัสดังกล่าวเป็นไปอย่างใกล้ชิดและเป็นเวลานาน มีการกำหนดนโยบายในกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ โดยให้มีการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วย เน้นเมื่อมีผู้ป่วยใหม่และติดตามจนกว่าจะพ้นระยะเฝ้าระวัง ให้สุศึกษาในโรงเรียนและชุมชน ในอำเภอที่มีผู้ป่วยใหม่ย้อนหลัง 5 ปี ตรวจผู้ป่วยโรคผิวหนังและโรคทั่วไป ในกลุ่มผู้ป่วยโรคผิวหนังรายใหม่ ผู้มีอาการเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังเกิน 3 เดือน ผู้มีอาการชา กล้ามเนื้อ มือ เท้า ตา อ่อนแรง ฝ่อลีบ ซึ่งสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค (2550) ได้กำหนดให้กิจกรรมค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ยังคงเป็นกิจกรรมสำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในภาวะที่อัตราความชุกโรคต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการค้นพบและให้การรักษาโดยเร็ว และเป็นการตัดวงจรการแพร่เชื้อ รวมทั้งป้องกันการเกิด

ความพิการในผู้ป่วยรายใหม่ อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนจำเป็นต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพ และการบริหารงบประมาณอันมีจำกัดสำหรับดำเนินกิจกรรมหลักในการปฏิบัติงาน ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้เร็วที่สุด จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนมารับการตรวจรักษาด้วยอาการทางผิวหนัง และส่วนใหญ่มารับการตรวจรักษาโรคผิวหนังที่สถานบริการสาธารณสุข ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากผู้มารับการตรวจด้วยโรคผิวหนัง จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญในงานควบคุมโรคเรื้อนที่คุ้มค่า และเหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (2549) ได้ให้แนวทางการจัดทำแผนงานควบคุมโรคประจำปี 2550 ในกลวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ โดยตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน 5 ปีย้อนหลัง กำหนดพื้นที่เสี่ยงในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคเรื้อนโดยใช้ข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาได้แก่ พื้นที่ที่มีผู้ป่วยเด็ก อายุ < 15 ปี พื้นที่ที่มีผู้ป่วยพิการ ระดับ 2 พื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก

จากการทบทวนวรรณกรรม การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นกลวิธีหลักของการป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ที่องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ ประกอบกับสถานการณ์ความชุกโรคเรื้อนต่ำ และการจัดสรรทรัพยากรไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (Double check) ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational epidemiology) เป็นการศึกษาเพื่อหารูปแบบและค่าใช้จ่ายในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการรักษา ที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (Active search from dermatological disease patients: ADP)

3.1 รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational research) เพื่อศึกษารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาโรคผิวหนังทั้งหมด ที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550) มาคัดกรองและแยกเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยโรคผิวหนังที่จำเพาะมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอกันทรลักษ์ และอำเภอบึงเจียง จังหวัดศรีสะเกษ แล้วส่งจดหมายติดตามให้มารับการตรวจร่างกาย (Double check) อาการรอยโรคทางผิวหนังสงสัยโรคเรื้อน ทดสอบตามเกณฑ์การตรวจโรคเรื้อน (Cardinal signs) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำแนก เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายต่างๆ แล้วนำมาวิเคราะห์ศึกษาความแตกต่างของประชากรในเรื่องจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบใหม่ อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และต้นทุนประสิทธิภาพของวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

3.2 ประชากร

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550)

3.3 ระยะเวลา

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 – 28 กุมภาพันธ์ 2552

3.4 กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เข้าในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ถูกคัดเลือกเพื่อเข้าร่วมการวิจัย การกำหนดขนาดของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณจากสูตรการกำหนดขนาดตัวอย่าง 1 กลุ่ม (Descriptive study for 1 group)

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} P (1-P)}{d^2 (N-1) + Z^2_{\alpha/2} P (1-P)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

α = level of Type 1 error

ความเชื่อมั่น = 0.95 ; α = 0.05 ดังนั้น $Z_{\alpha/2} = 1.96$

P = prevalence of that factor in the population (ปีงบประมาณ 2549 = 0.24)

d = ความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 20 ของค่าความชุก = $(0.2) (0.24) = 0.048$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า} \quad n &= \frac{(5730)(1.96)^2(0.24)(1 - 0.24)}{(0.048)^2(5730 - 1) + (1.96)^2(0.24)(1 - 0.24)} \\ &= 289 \text{ คน} \end{aligned}$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จากการคำนวณ คือ 289 คน

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 289 คน ซึ่งถือว่า มีขนาดไม่มากเพียงพอที่จะใช้แทนประชากรได้ ดังนั้น เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา จากกลุ่มประชากรเป้าหมาย (Inclusion criteria) เข้ามาโดยสุ่มอย่างมีระบบ (Systemic sampling) ได้กลุ่มเป้าหมายจำนวน 769 ราย โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้

3.3.1 มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอกันทรลักษ์ และอำเภอบางมูลลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

3.3.2 มีความถี่ของการเข้ารับบริการตรวจรักษาโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

3.3.3 อาการของโรคผิวหนังในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผื่นเป็นวง ผื่นหรือเป็นปื้นวง หรือผื่นนี้มีสีผิวผิดกับผิวหนังธรรมดา เช่น สีขาว หรือเข้มกว่า หรือแดงเป็นมันเกลี้ยง อาจมีขอบนูนสูง หรือไม่มีขอบกระจายทั่ว 2 ซีกของร่างกายหรือเป็นวงเดี่ยวขนาดเล็กหรือใหญ่ก็ได้ บางชนิดอาจเป็นคุ่มนูนแดงเจ็บ (ท่อนัย วงศ์จักร และคณะ, 2537)

ส่วนประชากรนอกกลุ่มเป้าหมาย (Exclusion criteria) ได้แก่

3.3.4 ผู้ป่วยโรคเรื้อนกำลังรักษา หรือเคยเป็นโรคเรื้อน

3.3.5 กลุ่มตัวอย่าง ที่ส่งจดหมายติดตามครบ 3 ครั้งแล้วยังไม่มารับการตรวจ

3.3.6 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจรับการตรวจ

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้วิจัย แบบรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคผิวหนัง จดหมายติดตามผู้ป่วย ใบสั่งยา ใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบบันทึกสรุปผลการตรวจและ ค่าใช้จ่าย

3.6 การดำเนินการศึกษา

ในการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.6.1 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจโรคผิวหนังทั้งหมด ที่โรงพยาบาล กันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2549 (1 ตุลาคม 2548 – 30 กันยายน 2549) จาก งานเวชระเบียน โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ แล้วคัดกรองข้อมูลและแยกเฉพาะผู้ป่วย โรคผิวหนังที่จำเพาะมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอกันทรลักษ์และอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

3.6.2 จัดทำจดหมายติดตามเพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เข้ารับการตรวจโดยนำจดหมายที่แจ้งมาพร้อม เพื่อตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างรายใดมาตรวจแล้ว รายใดยังไม่มา

การทำจดหมายติดตาม จะกระทำ 3 ครั้ง ถ้าในกรณีที่ส่งจดหมายติดตามแล้ว 1 ครั้ง ไม่มา จะดำเนินส่งจดหมายติดตาม ครั้งที่ 2 ห่างจากการส่งจดหมาย ครั้งที่ 1 ไม่น้อยกว่า 20 วัน และถ้ายังไม่มาจะดำเนินการส่งจดหมายติดตาม ครั้งที่ 3 ห่างจากการส่งจดหมาย ครั้งที่ 2 ไม่น้อยกว่า 20 วัน เช่นกัน เมื่อส่งจดหมายติดตามครบ 3 ครั้งแล้ว ยังไม่มารับการตรวจให้คัดออกจาก กลุ่มตัวอย่าง

3.6.3 การตรวจร่างกาย ยึดตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก พิจารณา ผู้ป่วยมีอาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อน ดังนี้

3.6.3.1 ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน

3.6.3.2 ตรวจพบอาการชาข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1) ชาที่รอยโรคผิวหนัง (จะต้องใช้ควบคู่กับอาการแสดงในข้อ 3.6.3.1)

2) ชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูก

ทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน (จะต้องใช้ควบคู่กับข้อ 3.6.3.3)

3.6.3.3 ตรวจพบเส้นประสาทโต

3.6.3.4 ตรวจพบเชื้อรูปแท่งดิดีทนกรด (Acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง

(Slit skin smear)

หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อจาก 3 ข้อแรกหรือพบข้อ 4 เพียงข้อเดียว
ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

3.6.4 จ่ายยารักษาโรคผิวหนังและยารักษาโรคเรื้อน

3.6.5 เก็บรวบรวมข้อมูลตามเอกสารการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย
บัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อน รบ.1ต.10 (แบบ น.ส.3) ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชือน้อย
(Paucibacillary leprosy: PB) ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB)
รายงานประจำเดือน ใบสั่งยา ใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบบันทึกสรุปผลการตรวจและ
ค่าใช้จ่าย

3.6.6 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่พบและอัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่
ต่อ ประชากรแสนคน

3.6.7 ค่าใช้จ่าย โดยศึกษาต้นทุนประสิทธิภาพ (Cost-effectiveness) ที่เกิดจาก
การใช้จ่ายต่อการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยแยกวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

3.7.1 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการทั้งหมด นำมาคัดกรองและแยก
เฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอกันทรลักษ์ และอำเภอบึงฉลือ จังหวัดศรีสะเกษ และ
วิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรม Excel

3.7.2 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการ บันทึกตามแบบบันทึกสรุปผล
การตรวจและค่าใช้จ่าย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลจากระเบียนและรายงานนี้ใช้ในการค้นหาผู้ป่วย
โรคเรื้อนรายใหม่ ประกอบด้วยแจกแจงหาความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ อัตรา และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานเพื่อเปรียบเทียบผลของประสิทธิภาพ (Output) ต่อไป โดยใช้ดัชนีชี้วัดต่างๆ คือ

3.7.2.1 จำนวนการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

3.7.2.2 อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ต่อประชากรแสนคน

3.7.2.3 ต้นทุนประสิทธิภาพของการใช้จ่ายต่อการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย

3.7.2.4 จำนวนบุคลากรที่ใช้ในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ต่อการพบ
ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จะนำมาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม SPSS for WINDOWS สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ อัตรา ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการศึกษาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ (Active search from dermatological disease patients: ADP) ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เคยมารับบริการรักษาโรคผิวหนังทั้งหมดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550) มาคัดกรองและแยกเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยโรคผิวหนัง จำเพาะที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอกันทรลักษณ์ และอำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ และมีความถี่ของการเข้ารับบริการรักษาโรคผิวหนังตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป แล้วติดตามมารับการตรวจคัดกรองหาโรคเรื้อน ในการนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางสังคมประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อน
- 4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิภาพ

4.1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางสังคมประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคผิวหนังทั้งหมดที่เคยมารับบริการรักษาโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550) จำนวน 5,730 คน ได้แยกเฉพาะประชากรในพื้นที่อำเภอกันทรลักษณ์ และอำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 4,235 คน และคัดกรองตามเกณฑ์ความถี่ของการเข้ารับบริการรักษาโรคผิวหนังตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องติดตามมารับการตรวจ 769 คน คิดเป็นร้อยละ 13.42 ของผู้ป่วยโรคผิวหนังทั้งหมด

ผู้ป่วยโรคผิวหนังกลุ่มตัวอย่าง 769 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.10 มีอายุระหว่าง 0-14 ปี ร้อยละ 25.75 อาชีพหลัก (แบ่งตามงานเวชระเบียน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์) เกษตรกรรม ร้อยละ 60.47 ที่อยู่อาศัยในหมู่บ้านปกติ ร้อยละ 69.83 สิทธิการรักษาพยาบาล (แบ่งตามงานเวชระเบียน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์) เป็นบัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรค ร้อยละ 89.99

การติดตามมารับการตรวจ ตาม 1 ครั้ง ร้อยละ 41.74 การมารับบริการตรวจคัดกรองหาโรคเรื้อน
มาตรวจร้อยละ 73.73 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะทางสังคมประชากรของกลุ่มผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ถูกติดตามเข้ารับการคัดกรองหา
โรคเรื้อนที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n = 769)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	353	45.90
- หญิง	416	54.10
2. อายุ		
- อายุ 0-14 ปี	198	25.75
- อายุ 15-29 ปี	86	11.18
- อายุ 30-44 ปี	149	19.38
- อายุ 45-59 ปี	171	22.24
- อายุ 60 ปีขึ้นไป	165	21.46
อายุต่ำสุด 2 ปี อายุสูงสุด 95 ปี		
3. อาชีพหลัก		
- เกษตรกรรม	465	60.47
- รับจ้าง	23	2.99
- นักเรียน นักศึกษา	43	5.59
- รับราชการ	22	2.86
- ในปกครอง	198	25.75
- อื่นๆ	18	2.34
4. ที่อยู่		
- หมู่บ้านปกติ	537	69.83
- หมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยเก่าในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา	39	5.07
- หมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยเก่าในระยะมากกว่า 5 ปีที่ผ่านมา	193	25.10

ตารางที่ 3 ลักษณะทางสังคมประชากรของกลุ่มผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ถูกติดตามเข้ารับการคัดกรองหาโรคเรื้อนที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n = 769) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
5. สิทธิการรักษา		
- บัตรทอง	692	89.99
- เบิกได้	58	7.54
- ประกันสังคม	19	2.47
6. การติดตามมารับการตรวจ		
- ตาม 1 ครั้ง	321	41.74
- ตาม 2 ครั้ง	180	23.41
- ตาม 3 ครั้ง	268	34.85
7. การมารับบริการตรวจคัดกรอง		
- มา	567	73.73
- ไม่มา	202	26.27

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ถูกติดตามมารับการตรวจคัดกรองหาโรคเรื้อน มารับการตรวจ 567 คน คิดเป็นร้อยละ 73.73 ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตามนัดจะต้องแสดงจดหมายที่แจ้งติดตาม บัตรประจำตัวผู้ป่วย บัตรทองหรือแจ้งสิทธิการรักษาอื่นๆ ที่คลินิกโรคเรื้อน กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ลงทะเบียน ชักประวัติเกี่ยวกับอาการของโรคผิวหนัง ที่อยู่ในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายเก่าหรือเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อนรายเก่าหรือไม่ และตรวจดูรอยโรคที่ผิวหนัง พบว่า ไม่มีรอยโรคที่ผิวหนัง หายเป็นปกติ ให้กลับบ้าน จำนวน 330 คน คิดเป็นร้อยละ 58.20 ตรวจพบมีรอยโรคที่ผิวหนัง ตรวจตามเกณฑ์อาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อน พิจารณารอยโรคมีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อนหรือไม่ (วง ผื่น หรือเป็นปื้นนูน หรือผื่นนี้จะสัมผัสผิวผื่นกับผิวหนังธรรมดา เช่น สีจาง หรือเข้มกว่า หรือแดงเป็นมันเกลี้ยง อาจมีขอบนูนสูง หรือไม่มีขอบกระจายทั้ง 2 ซีกของร่างกาย หรือเป็นวงเดี่ยวขนาดเล็กหรือใหญ่ก็ได้ บางชนิดอาจเป็นคุ่มนูนแดงเจ็บ) ทดสอบอาการรา

ที่รอยโรค คลำเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อน ที่บริเวณเหนือคิ้ว ข้างลำคอ ข้อศอก ข้อพับขา ตรวจพบเป็นปกติ ให้คำแนะนำและยารักษาโรคผิวหนัง จำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 40.56

การตรวจพบมีรอยโรคที่ผิวหนัง ตรวจตามเกณฑ์อาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อน สงสัยเป็นโรคเรื้อนได้ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการโดยวิธีกรีดผิวหนัง (Slit skin smear) จำนวน 7 คน ให้ผลตรวจสรุป Bacteriological index : BI (สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค, 2548) ที่หุขวา หุข้าย รอยโรค 2 ตำแหน่ง สรุป BI = positive จำนวน 2 ราย ได้ส่งให้แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเรื้อน 2 ราย สรุป BI = negative จำนวน 5 ราย ได้ประสานให้แพทย์ส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ตรวจยืนยันอีกครั้ง จำนวน 1 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อน สำหรับ 4 รายที่ผลตรวจตามเกณฑ์อาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อน ยังไม่ชัดเจน ให้มีการเฝ้าระวังโรคโดยให้คำแนะนำการดูแลรักษา รอยโรคด้วยยารักษาโรคผิวหนัง นัดหมาย อีก 3-6 เดือน ถ้ารอยโรคที่ผิวหนังยังไม่หายหรือมี รอยโรคขยายมากกว่าเดิมให้กลับมารับการตรวจอีกครั้ง สรุปพบเป็นโรคเรื้อน 3 คน เฉลี่ยการตรวจ ผู้ป่วยโรคผิวหนัง 189 คนต่อการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 คน เฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อการพบผู้ป่วย โรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย เป็นเงิน 2,887.67 บาท อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Detection rate: DR) คำนวณจากสูตรการหาอัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ต่อประชากร 100,000 คน (สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค, 2547)

$$DR = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่} \times 100,000}{\text{ประชากรกลางปี}}$$

DR รวมโรงพยาบาลกันทรลักษ์ = 1.28 ต่อประชากร 100,000 คน

DR อำเภอกันทรลักษ์ = 1.01 ต่อประชากร 100,000 คน

DR อำเภอบางมูลนาก = 2.78 ต่อประชากร 100,000 คน

ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 ผลการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่
โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n = 567)

ผลการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
- ตรวจพบปกติ	560	72.82
- ตรวจพบสงสัย / ยืนยันด้วย Lab พบเป็นปกติ	4	0.52
- ตรวจพบสงสัย / ยืนยันด้วย Lab พบเป็นโรคเรื้อน	2	0.26
- ตรวจพบสงสัย / ยืนยันด้วย Lab พบเป็นปกติ / ให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันเป็นโรคเรื้อน	1	0.13
สัดส่วนการพบผู้ป่วยใหม่ต่อการตรวจผู้ป่วยโรคผิวหนัง		1: 189 คน
ค่าใช้จ่ายทั้งหมด		8,663 บาท
- ค่าจดหมายติดตาม		4,455 บาท
- ค่ายาโรคผิวหนังและยาโรคเรื้อน		3,788 บาท
- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ		420 บาท
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อการพบผู้ป่วย 1 ราย		2,887.67 บาท

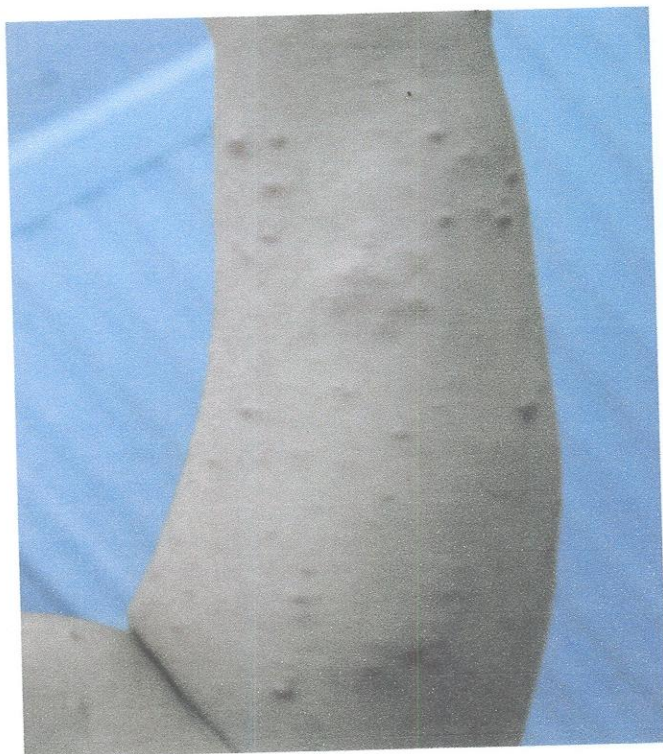
ตารางที่ 5 อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ภาพรวมโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ และแยกเป็นรายอำเภอ

ประเภท	จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนพบใหม่ (คน)	ประชากร (คน)	อัตราพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ต่อ ประชากร 100,000 คน
โรงพยาบาลกันทรลักษณ์	3	233,866	1.28
อำเภอกันทรลักษณ์	2	197,944	1.01
อำเภอเบญจลักษณ์	1	35,922	2.78

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อน

ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทั้งหมดมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อน ดังนี้

รายที่ 1 เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 46 ปี อยู่ในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายเก่าในช่วงมากกว่า 5 ปีที่ผ่านมา อยู่บ้านติดกันกับผู้ป่วยเก่าซึ่งเคยขึ้นทะเบียนรักษา เมื่อปี 2544 บ้านผู้ป่วยอยู่ห่างจากสถานีอนามัยที่สังกัด ประมาณ 5 กิโลเมตร อยู่ห่างจากอำเภอกันทรลักษ์ ประมาณ 14 กิโลเมตร ในครอบครัวผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยกัน 3 คน เคยมีญาติเป็นโรคเรื้อน ตามผังเครือญาติเป็นยายของผู้ป่วย มีประวัติการเดินทางไปพักอาศัยที่อื่น ในช่วง 3 ปีก่อนไปเฝ้าญาติที่ป่วยที่จังหวัดบุรีรัมย์อยู่นานระยะหนึ่ง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เริ่มมีอาการครั้งแรกเป็นวงดำขาวที่ขาทั้ง 2 ข้าง มานานกว่า 30 ปีและเริ่มมีตุ่ม ผื่นนูนแดงทั่วลำตัว ได้ประมาณ 1 ปีเศษ และได้ไปขอรับการตรวจรักษาที่สถานีอนามัยในสังกัด โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ในปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550) 6 ครั้ง ไม่เคยรับยารักษาโรคเรื้อนมาก่อน ประวัติการใช้ยา มารับบริการรักษา 6 ครั้ง ยาที่เคยได้รับ Prednisolone cream 0.5 % Bet-N cream 0.1% Triamsinolone cream 0.1% Hydroxycine 10 mg. และ Prednisolone 5 mg. วันที่มารับการตรวจตามจดหมายแจ้งติดตาม พบว่า มีรอยโรคเป็นตุ่ม ผื่นนูนแดง ขอบชัดเจน สีเข้มกว่าผิวหนังปกติ ลักษณะของผิวหนังบริเวณรอยโรคมีลักษณะปกติ มีอาการชาที่รอยโรค จำนวนรอยโรคกระจายทั้ง 2 ข้างของร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยวิธีกรีดผิวหนัง (Slit skin smear) ผลตรวจสรุป Bacteriological index: BI ที่หูขวา = 3+ หูซ้าย = 4+ แขนขวา = 5+ แขนซ้าย = 5+ BI เฉลี่ย = 4.25 BI สูงสุด = 5+ การตรวจความพิการที่ตา มือ และเท้า พบว่าระดับความพิการเป็น 0 (ปกติ) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อน ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB) ชนิด Borderline lepromatous leprosy (BL) ดังแสดงในภาพที่ 4 และ 5



ภาพที่ 4 รอยโรคเป็นตุ่ม ผื่นนูนแดงที่แขน ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 1



ภาพที่ 5 รอยโรคเป็นตุ่มที่เข้า ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 1

รายที่ 2 เป็นเพศชาย อายุ 52 ปี อยู่ในหมู่บ้านปกติ บ้านผู้ป่วยอยู่ห่างจากสถานีอนามัยที่สังกัด 300 เมตร อยู่ห่างจากอำเภอเบญจลักษ์ ประมาณ 5 กิโลเมตร ห่างจากอำเภอกันทรลักษ์ ประมาณ 17 กิโลเมตร ในครอบครัวผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยกัน 5 คน ไม่เคยมีญาติเป็นโรคเรื้อน ไม่มีประวัติการเดินทางไปพักอาศัยที่อื่น แต่ภูมิลำเนาเดิม อยู่ในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อน รายเก่าในช่วงมากกว่า 5 ปี และหมู่บ้านดังกล่าวเคยมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรายล่าสุด เมื่อปี 2545 ต่อมาได้แต่งงานและย้ายที่อยู่ มาอยู่บ้านคู่สมรสได้ประมาณ 28 ปี ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เริ่มมีอาการครั้งแรกเป็น ตุ่มนูนคันที่หน้า ลำตัว แขนขา ได้ 1 ปีเศษ และได้ไปขอรับการตรวจรักษาที่สถานีอนามัยในสังกัด โรงพยาบาลเบญจลักษ์ และโรงพยาบาลกันทรลักษ์ ในปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550) 2 ครั้ง ไม่เคยได้รับการรักษาโรคเรื้อนมาก่อน ประวัติการใช้ยา มารับบริการรักษา 2 ครั้ง ยาที่เคยได้รับ Chlorpheniramine Dicloxacilline และ Triamsinolone cream 0.1% วันที่มารับการตรวจตามจดหมายแจ้งติดตาม พบว่า มีรอยโรคเป็นตุ่ม ผื่นนูนแดงหนา ขอบชัดเจน สีเข้มกว่าผิวหนังปกติ ลักษณะของผิวหนังบริเวณรอยโรค อิ่มนํ้าเป็นมันเลื่อม มีอาการชาที่รอยโรค จำนวนรอยโรคกระจายทั้ง 2 ข้างของร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยวิธี กรีดผิวหนัง (Slit skin smear) ผลตรวจสรุป Bacteriological index: BI ที่หูขวา = 4+ หูซ้าย = 4+ แขนขวา = 5+ หลัง = 6+ BI เฉลี่ย = 4.75 BI สูงสุด = 6+ การตรวจความพิการที่ตา และเท้า พบว่า ระดับความพิการเป็น 0 (ปกติ) มือ พบว่าระดับความพิการเป็น 1 (มีอาการชาที่ฝ่ามือแต่ไม่มีแผล) ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคเรื้อน ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB) ชนิด Borderline lepromatous leprosy (BL) ดังแสดงในภาพที่ 6 และ 7



ภาพที่ 6 รอยโรคปื้นที่หน้า คอ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 2



ภาพที่ 7 รอยโรคผื่นนูนแดง ที่แขน ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 2

รายที่ 3 เป็นเพศหญิง อายุ 28 ปี อยู่ในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายเก่าในช่วงมากกว่า 5 ปีที่ผ่านมา บ้านผู้ป่วยอยู่ห่างจากสถานีอนามัยที่สังกัด 100 เมตร อยู่ห่างจากอำเภอกันทรลักษ์ ประมาณ 13 กิโลเมตร ในครอบครัวผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย 8 คน เคยมีญาติเป็นโรคเรื้อนตามผังเครือญาติเป็นลุง ซึ่งเป็นผู้ป่วยเก่าที่ขึ้นทะเบียนรักษา เมื่อปี 2545 ประวัติการเดินทางไปพักอาศัยที่อื่น ในช่วง 9 ปีที่ผ่านมาเคยไปพักอาศัยที่หอพักที่จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงไปศึกษาในระดับปริญญาตรี ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เริ่มมีอาการครั้งแรกเป็นตุ่ม ผื่นสีเข้มนูนแดงคล้ายจำเริญปวดบวม ที่ขาทั้ง 2 ข้าง มาประมาณ 1 ปี และได้รับการตรวจรักษาที่สถานีอนามัยในสังกัด และโรงพยาบาลกันทรลักษ์ ในปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550) 4 ครั้ง ไม่เคยรับยารักษาโรคเรื้อนมาก่อน ประวัติการใช้ยา มารับบริการรักษา 4 ครั้ง ยาที่เคยได้รับ Ibuprofen Paracetamol Amoxicilline Chlorpheniramine Hydroxycine Dicloxacilline Miconazone cream 2% และ Methyl salicylate ointment วันที่มารับบริการตรวจตามจดหมายแจ้งติดตาม พบว่ามีรอยโรคเป็นผื่นนูนแดงหนา ขอบชัด สีเข้มกว่าผิวหนังปกติ ลักษณะของผิวหนังบริเวณรอยโรค อิมพัสเป็นมันเลื่อม อาการชาที่รอยโรค จำนวนรอยโรคกระจายทั้ง 2 ข้างของร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยวิธีกรีดผิวหนัง (Slit skin smear) ผลตรวจสรุป Bacteriological index: BI ที่หูขวา = 0 หูซ้าย = 0 ขาขวา = 0 ขาซ้าย = 0 BI เฉลี่ย = 0 BI สูงสุด = 0 การตรวจความพิการที่ตา มือ และเท้า พบว่าระดับความพิการเป็น 0 (ปกติ) ได้ส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ตรวจยืนยันอีกครั้ง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB) ชนิด lepromatous leprosy (LL) ดังแสดงในภาพที่ 8 และ 9



ภาพที่ 8 รอยโรคผื่นนูนแดงที่ขาของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 3



ภาพที่ 9 รอยโรคผื่นนูนแดงขยายที่ต้นขาซ้ายของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายที่ 3

4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิภาพ

วิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ (Active search from dermatological disease patients: ADP) ตรวจผู้ป่วยโรคผิวหนังทั้งหมด 567 คน พบเป็นโรคเรื้อน 3 คน เฉลี่ยตรวจผู้ป่วยโรคผิวหนัง 189 คนต่อการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย ค่าใช้จ่ายทั้งหมด 8,663 บาท จำแนกเป็น ค่ายาโรคผิวหนังและยารักษาโรคเรื้อน 3,788 บาท ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ 420 บาท ค่าจดหมายแจ้งติดตาม 4,455 บาท เฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย เป็นเงิน 2,887.67 บาท ใช้นุเคราะห์ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 คน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการศึกษาต้นทุนประสิทธิภาพของวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

วิธีการ	จำนวน ผู้ป่วยที่ ได้รับการ ตรวจ	จำนวน ผู้ป่วย โรคเรื้อน ที่พบ	เฉลี่ย การตรวจ (ต่อการพบ ผู้ป่วย 1 คน)	ค่า ใช้จ่าย ทั้งหมด	เฉลี่ย ค่าใช้จ่าย (ต่อการพบ ผู้ป่วย 1 คน)	จำนวน บุคลากร
ADP	567	3	189	8,663	2,887.67	1

บทที่ 5

สรุป และอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational epidemiology) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังเหมาะสมกับสถานการณ์ความชุกของโรคต่ำ เป็นวิธีการที่ดีและมีต้นทุนประสิทธิภาพเหมาะสม (Cost-effectiveness) โดยศึกษาความคุ้มค่าใช้จ่ายในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ด้วยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ภายใต้อัตราความชุกของโรคต่ำและการจัดสรรงบประมาณไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยโรคผิวหนัง ตาม Inclusion criteria จำนวน 769 คน ทำการติดตามด้วยจดหมายทางราชการให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองหาโรคเรื้อนที่ โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยตรวจร่างกาย ยึดตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก พิจารณาว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อนหรือไม่ แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายทั้งหมด จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย สัดส่วน อัตราของวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลสามารถสรุปและอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

5.1 ลักษณะทางสังคมประชากร

ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มาตรวจ 567 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.10 อายุอยู่ระหว่าง 0 -14 ปี ร้อยละ 25.75 อายุต่ำสุด 2 ปี อายุสูงสุด 95 ปี อาชีพ ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม ร้อยละ 60.47 ที่อยู่ ของผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับการตรวจ อยู่ในหมู่บ้านปกติ ร้อยละ 69.83 อยู่ในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยเก่าในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5.07 อยู่ในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยเก่ามากกว่า 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 25.10 สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค ร้อยละ 89.99 การติดตามมารับการตรวจ ส่วนใหญ่ตาม 1 ครั้ง ร้อยละ 41.74 การมารับบริการตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่มารับบริการ ร้อยละ 73.73 (ผู้ไม่มารับการตรวจตามจดหมาย ร้อยละ 26.27)

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคผิวหนังทั้งหมดที่เคยมารับบริการรักษาโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550) จำนวน 5,730 คน ได้คัดกรองตาม Inclusion criteria ได้ 769 คน และมารับการตรวจเพียง 567 คน คิดเป็น

ร้อยละ 9.89 ของผู้ป่วยโรคผิวหนังทั้งหมด ส่วนวิธี TVS ตรวจ 20,730 คน ครอบคลุมประชากร ตัวอย่าง ร้อยละ 99.60 วิธี RVS ตรวจ 2,309 คน ครอบคลุมประชากรตัวอย่าง ร้อยละ 11.09 (Pinitsoontorn, 1996) ถือได้ว่าใกล้เคียงกับวิธี RVS สำหรับวิธีค้นหาโดยนักเรียน ตรวจ 174 คน (สมบุญ ฑูตหประเสริฐ, 2542) และโดยกำนันผู้ใหญ่บ้าน ตรวจ 914 คน แต่ไม่ได้ระบุเป้าหมาย ทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบอัตราการมารับการตรวจได้ (สมบุญ ฑูตหประเสริฐ, 2541)

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่อยู่ในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยเก่าในระยะ 5 ปี ในปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550) มารับบริการรักษาโรคผิวหนังที่โรงพยาบาล กันทรลักษ์ มีจำนวนน้อยมาก เพียงร้อยละ 5.07 เนื่องจากจังหวัดศรีสะเกษ ได้มีนโยบายให้มีการจัด กิจกรรมการดำเนินการรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกปี ในช่วงต้นปีงบประมาณ (เดือน ธันวาคม – มีนาคม) จึงเป็นไปได้ว่าประชาชนในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเก่าในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจรักษาโรคผิวหนังและโรคเรื้อนในหมู่บ้านเป็นการประจำ เว้นแต่บางคนที่ไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาได้ออกไปนอกหมู่บ้านชั่วคราวในวันที่มีการออกหน่วยรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน รายใหม่ หรือปรากฏรอยโรคทางผิวหนังภายหลัง ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่อยู่ในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยเก่า มากกว่า 5 ปี ในปีงบประมาณ 2550 (1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550) มารับบริการรักษา โรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ มีจำนวนปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.10 เนื่องจากการจัด กิจกรรมรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจะมีหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณเพื่อออกดำเนินการ ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เน้นที่หมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาเป็นหลักเกณฑ์ ยกเว้นถ้าได้รับงบประมาณเพิ่มจะมีการตั้งหลักเกณฑ์อื่นๆ เพิ่มเติมในแต่ละปี เช่น มีผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่เป็นเด็ก (อายุ 0 – 14 ปี) ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการระดับ 2 (ความพิการที่ปรากฏที่ตา มือ เท้า ที่มองเห็นได้) จึงทำให้ประชาชนในหมู่บ้านดังกล่าวบางหมู่บ้านได้รับการตรวจรักษาโรคผิวหนัง และโรคเรื้อน เป็นบางหมู่บ้าน ส่วนหมู่บ้านปกติ ซึ่งไม่เคยมีกิจกรรมการรณรงค์ค้นหาผู้ป่วย โรคเรื้อนรายใหม่ถูกปล่อยปละละเลย จึงต้องแสวงหาการตรวจรักษาโรคผิวหนังตามแต่ฐานะ ทางครอบครัวตน

5.2 การตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ถูกติดตามมารับการตรวจคัดกรองหาโรคเรื้อน มารับการตรวจ 567 คน คิดเป็นร้อยละ 73.73 พบเป็นโรคเรื้อน 3 คน เฉลี่ยการตรวจผู้ป่วยโรคผิวหนัง 189 คน ต่อการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 คน ค่าใช้จ่ายที่ใช้ดำเนินการค้นหาทั้งหมด 8,663 บาท เฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย เป็นเงิน 2,887.67 บาท อัตราการพบผู้ป่วย โรคเรื้อนรายใหม่ (Detection rate: DR) 1.28 ต่อ 100,000 ประชากร (แยกเป็นรายอำเภอ

DR อำเภอกันทรลักษ์ = 1.01 ต่อ 100,000 ประชากร และ DR อำเภอเบญจลักษ์ = 2.78 ต่อ 100,000 ประชากร)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มาตรวจ 567 คน ตรวจพบเป็นปกติ 564 คน ในจำนวนกลุ่มนี้มีผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ รอยโรคที่ผิวหนังหายเป็นปกติ ไม่ได้รับยา 330 คน ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ตรวจพบไม่ใช่โรคเรื้อนได้ให้คำแนะนำและยาโรคผิวหนังอื่นๆ 230 คน ผู้ป่วยที่ตรวจพบสงสัยเป็นโรคเรื้อนและยืนยันด้วยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยวิธีกรีดผิวหนัง (Slit skin smear) จำนวน 7 คน พบเป็นปกติ 4 คน พบโรคเรื้อน 2 คน และผู้ป่วยที่ตรวจพบสงสัยเป็นโรคเรื้อนและยืนยันด้วยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยวิธีกรีดผิวหนัง พบเป็นปกติ ได้ส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ยืนยัน พบเป็นโรคเรื้อน 1 คน (Fault negative)

จากข้อมูลการตรวจผู้ป่วยโรคผิวหนัง พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 3 คน ตรวจพบเป็นปกติ 564 คน เป็นโรคผิวหนังอื่น 230 คน หรือเฉพาะ 4 คนที่ตรวจพบสงสัยโรคเรื้อนและยืนยันด้วยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นปกติ ยังไม่สามารถบอกได้ว่าเป็น Fault negative ดังนั้นควรจะมีการติดตามหรือทำการศึกษาแบบ Prospective study อย่างน้อย 3 ปี และควรทำการศึกษาเปรียบเทียบในพื้นที่ที่แตกต่างจากจังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากไม่ได้มีนโยบายการณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่อย่างต่อเนื่องทุกปี

5.3 ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อน

จากการซักประวัติเพื่อขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนตามแบบบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน รบ.1ต.10 (นส.3) พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดที่ตรวจพบเป็นโรคเรื้อน เป็นเพศชาย 1 คน เพศหญิง 2 คน อยู่ในหมู่บ้านปกติซึ่งไม่เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนมาก่อน 1 คน และหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยเก่ามากกว่า 5 ปี ที่ผ่านมา 2 คน มีประวัติการเดินทางไปพักอาศัยที่อื่นเวลานาน มีอาการแสดงทางผิวหนังมานาน ไม่ว่าจะเป็นวงดำขาว ผื่นสีเข้ม วงแหวน ผื่นแดงแผ่นนูนแดงหนา หรือ ตุ่ม ไปรับการตรวจรักษาหลายครั้ง หลายแห่ง

จากข้อมูลการซักประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อน ผู้ป่วยทั้งหมดไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อน “หมอไม่ได้บอก ทั้งที่มีอาการแสดงทางผิวหนัง ไปรับการตรวจรักษาหลายครั้ง ก็ไม่หาย แต่ไม่รู้จะอย่างไรให้รอยโรคหายไป ซึ่งทำให้เกิดความรำคาญ” การพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่พบได้ในทุกเพศ ทุกกลุ่มอายุ แต่การพบในหมู่บ้านปกติ และหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยเก่ามากกว่า 5 ปีที่ผ่านมานั้น อาจเป็นผลมาจากที่นโยบายงานควบคุมโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่เน้นให้มีกิจกรรมเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกปี โดยกำหนด

พื้นที่ในการรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยเก่าในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ทำให้อัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเก่าในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาไม่พบ หมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยเก่ามากกว่า 5 ปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 2 ราย ซึ่งตรงตาม องค์ความรู้เรื่องโรคเรื้อน ที่ว่าเชื้อโรคเรื้อนเป็นเชื้อโรคที่มีความสามารถในการติดเชื้อ (Infectivity) สูง แต่มีฤทธิ์ในการก่อโรค (Pathogenicity) ต่ำ การที่ผู้ติดเชื้อจะป่วยเป็นโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ ภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cell mediated immunity) ต่อเชื้อโรคเรื้อน จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มี โอกาสรับเชื้อมานานเกิน 1 ปี เช่น กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วย ด้วยการทดสอบ Lymphocyte transformation test พบอัตราการติดเชื้อโรคเรื้อนประมาณ ร้อยละ 50 ในขณะที่มีการ ศึกษาด้านการก่อโรค โดยติดตามตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย มีอัตราการป่วยเป็นโรคเรื้อนเพียงร้อยละ 5.8 เท่านั้น (สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค, 2548) ระยะฟักตัวของโรค 3 สัปดาห์ – 30 ปี โดยทั่วไปประมาณ 3-5 ปี การแพร่ กระจายเชื้อ คนเป็น แหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญโดยระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากในหมู่บ้านดังกล่าวอาจมีการคลุกคลี สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยเก่าเป็นเวลานานก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา ก่อปรการปล่อยปลดละเลย หมู่บ้านที่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์การรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ทำให้ประชาชนในหมู่บ้าน ขาดข้อมูลข่าวสาร และไม่ได้รับการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ อีกทั้งโรคเรื้อนในอดีตได้ สร้างความเข้าใจที่ผิดๆ ที่ถ่ายทอดจากบรรพบุรุษซึมซับในจิตสำนึกจากรุ่นสู่รุ่น ทำให้ประชาชน หวาดกลัว ต้องหลบซ่อน ปกปิด สังคมรังเกียจ อีกประการหนึ่งในปัจจุบันสภาพความเป็นอยู่ สังคม เศรษฐกิจ การคมนาคม สะดวกรวดเร็ว การอพยพย้ายถิ่น ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่ยังไม่ได้รับการ ค้นพบอาจแพร่เชื้อไปยังหมู่บ้านอื่นได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ แยกได้เป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

5.3.1 พื้นที่อำเภอกันทรลักษ์ และอำเภอบางบาลยังพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกปี

มีกิจกรรมการรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกปี ทำให้บุคลากรมีประสบการณ์และความชำนาญในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ กรณีผู้ป่วยโรคผิวหนังบางรายที่ตรวจตามเกณฑ์ อาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อน แล้วสงสัยเป็นโรคเรื้อน และยืนยันด้วยผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบเชื้อโรคเรื้อน อาจเป็นไปได้ที่อาการแสดงของโรคยังไม่ชัดเจน ประวัติการเป็นโรคผิวหนังยังอยู่ในระยะแรกเริ่ม ทดสอบความรู้สึกที่รอยโรคตอบไม่ชัดเจน ความแม่นยำและชำนาญในการกรีดผิวหนังที่บริเวณรอยโรค การย้อมเชื้อโรคเรื้อนของบุคลากร ห้องชันสูตร ควรมีการควบคุมคุณภาพสไลด์ทุกขั้นตอน (Quality control) และเนื่องจากโรคเรื้อน เป็น Chronic disease มีระยะฟักตัวค่อนข้างนาน (3-5 ปี) จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังต่อไปหรือนักผู้ป่วยมาตรวจซ้ำอีกครั้ง 3-6 เดือนหรือเมื่อมีรอยโรคขยายเพิ่มมากขึ้น

5.3.2 พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วย (Shopping around) จะพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทั้งหมดที่มีประวัติการรักษาหลายแห่งหลายครั้ง ก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อน จึงอาจเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีความรู้เรื่องโรคเรื้อน ความเชื่อที่ผิดๆ เพราะคิดว่าคนที่จะเป็นโรคเรื้อนได้ต้องเป็นการติดต่อทางกรรมพันธุ์ ถ้าพ่อแม่ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคนี้ ก็คิดว่าตนต้องไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อนเช่นกัน (ธีระ งามสูตร, 2525) บางรายรักษาโรคผิวหนังตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (Nichter, 1989) ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา

5.3.3 ประวัติการป่วยเป็นโรคผิวหนัง ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทั้งหมดที่ตรวจพบ จะมีประวัติการเข้ารับการักษาโรคผิวหนังที่โรงพยาบาล มากกว่า 2 ครั้ง อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ถูกละเลยไม่ได้คำนึงถึงโรคเรื้อน จึงทำให้เป็นเหตุผลหนึ่งที่จะให้มีการจัดตั้งคลินิกโรคผิวหนังเพื่อค้นหาโรคเรื้อนในโรงพยาบาล (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2550)

5.3.4 จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ช่วยโรคเรื้อน จะพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งหมด จะมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อนเก่า ไม่ว่าจะอยู่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเก่าในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา หมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเก่าในระยะมากกว่า 5 ปีที่ผ่านมา หรือในหมู่บ้านปกติ เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ จึงทำให้ไม่อาจปล่อยปละละเลยหมู่บ้านทั้งหมดไปได้ จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังโรคในหมู่บ้านทั้งหมด

5.3.5 จากประวัติการได้รับยา ก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อน พบว่าผู้ป่วยได้รับยารักษาเกี่ยวกับโรคผิวหนังมาก่อนแล้วหลายชนิดหลายขนาด บ้างซื้อยากินเอง ใช้ยาสมุนไพร บางรายได้ยากลุ่มสเตียรอยด์ ยาแก้แพ้บางตัว ซึ่งอาจมีผลลบบังคับให้รอยโรคทางผิวหนังปรากฏขึ้นๆ ลงๆ ส่งผลให้การตรวจพบลำบากต้องใช้เวลาาน (ทัศนัย วงศ์จักร และคณะ, 2537)

5.3.6 การอพยพย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย ไม่ว่าจะเป็นการย้ายถิ่นฐานเนื่องจากการทำมาหากิน หรือการแต่งงานแล้วย้ายไปอาศัยอยู่บ้านคู่สมรส ตามประเพณีท้องถิ่น การคมนาคมเดินทางไปมาหาสู่กันสะดวกรวดเร็ว ส่งผลให้หมู่บ้านใหม่ๆ พบผู้ป่วยโรคเรื้อน ทั้งที่ไม่ได้เป็นหมู่บ้านเป้าหมายที่ต้องดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

5.4 ข้อมูลเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิภาพ

วิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ (Active search from dermatological disease patients: ADP) พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 3 คน เฉลี่ยการตรวจผู้ป่วยโรคผิวหนัง 189 คนต่อการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 คน ค่าใช้จ่ายทั้งหมด 8,663 บาท เฉลี่ยค่าใช้จ่าย (ต้นทุนประสิทธิภาพ) ต่อการ

พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 ราย เป็นเงิน 2,887.67 บาท ใช้นุคลากรดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 1 คน

วิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาล (ADP) ที่ดำเนินการโดยวิธีส่งจดหมายติดตามเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้สามารถค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้ ทั้งที่รายละเอียดในจดหมายได้ให้คำแนะนำเพียงเล็กน้อย และให้ความสำคัญกับผู้ป่วยว่าทางโรงพยาบาลเป็นห่วงใยสุขภาพของผู้ป่วย จึงได้แจ้งจดหมายติดตามให้เข้ารับการตรวจอีกครั้ง ซึ่งเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการประชาสัมพันธ์ ให้สุศึกษา ซึ่งแตกต่างกับการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่วิธีการอื่น ไม่ว่าจะเป็นวิธี TVS RVS โดยนักเรียน และโดยกำนันผู้ใหญ่บ้าน จะมีกิจกรรมการให้สุศึกษาเรื่องโรคเรื้อนแก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นักเรียน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งดำเนินการโดยการทำ Group discussion เพื่อให้เข้าใจและให้ความร่วมมือในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (สุชัยญา มานิตย์ศิริกุล และคณะ, 2544) แต่ยังมีผู้ป่วยโรคผิวหนังบางรายไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการเจ็บป่วย หรือไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการตรวจที่โรงพยาบาลหรือไม่อยู่ในพื้นที่ในขณะนั้น จึงทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณในส่วนค่าใช้จ่ายในการส่งจดหมายติดตามหลายครั้ง อีกทั้งการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยวิธีนี้ ใช้นุคลากรดำเนินการเพียง 1 คน ซึ่งน้อยกว่าวิธีการอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด

จะเห็นได้ว่าการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ทำให้ผลคุ้มค่าอีกวิธีหนึ่ง สามารถประหยัดทั้งบุคลากร งบประมาณ โดยเฉพาะภาวะการณ์ปัจจุบัน การได้รับการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางเปลี่ยนไปเป็นการกระจายอำนาจการบริหารราชการแผ่นดิน และการจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมป้องกันโรค ไปที่เครือข่ายบริการสุขภาพ (Contracting Unit for Primary care: CUP) หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้จำเป็นต้องเลือกใช้วิธีการค้นหาผู้ป่วยที่เหมาะสม กอปรระยะหลังนโยบายด้านการสาธารณสุขเน้นเรื่องอื่น เช่น โรคไข้หวัดนก โรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยวิธี RVS จึงลดน้อยลงไปเรื่อยๆ รวมทั้งบุคลากรเปลี่ยนงานบ่อย การสั่งการให้เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จัดทำแผนงานโครงการรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ โดยใช้งบประมาณของ CUP ตนเอง

5.5 ข้อจำกัดของงานวิจัย

ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ไม่สามารถติดตามมารับการตรวจคัดกรองเพิ่มเติมได้ เนื่องจากระบบงานประจำของงานควบคุมโรคเริ่ดได้ระบุว่า เมื่อพบผู้ป่วยโรคเริ่ดรายใหม่ จะต้องขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยโรคเริ่ดและรายงานตามระบบรายงานทางระบาดวิทยาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะรวบรวมรายงานการพบผู้ป่วยโรคเริ่ดรายใหม่ของทุกอำเภอ แล้วจัดทำแผนงานโครงการและสนับสนุนงบประมาณให้อำเภอดำเนินการรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเริ่ดรายใหม่ด้วยวิธีสำรวจหมู่บ้านแบบรวดเร็ว (RVS) จึงทำให้ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มารับการตรวจ ถูกทำการตรวจค้นหาโรคเริ่ดด้วยวิธีการอื่น

5.6 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาครั้งนี้ การค้นหาผู้ป่วยโรคเริ่ดโดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (Active search from dermatological disease patients: ADP) เป็นรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเริ่ดรายใหม่ที่สามารถพบผู้ป่วยโรคเริ่ดรายใหม่ได้อีกวิธีหนึ่ง ซึ่งจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยโรคเริ่ดรายใหม่ที่ตรวจพบต่อจำนวนผู้ป่วยโรคผิวหนัง การศึกษาค่าใช้จ่ายในการค้นหาผู้ป่วยโรคเริ่ดรายใหม่ วิธี ADP มีต้นทุนประสิทธิภาพต่ำ เมื่อศึกษาจากหลายๆ วิธีไม่ว่าจะเป็นวิธี TVS RVS โดยนักเรียน และโดยกำนันผู้ใหญ่บ้านจากผล การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิภาพ จะเห็นได้ชัดเจนว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อการพบผู้ป่วยโรคเริ่ดรายใหม่ 1 คน น้อยกว่าวิธีอื่นๆ เช่น TVS RVS โดยนักเรียน การศึกษาเดิมต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าลงทุน ที่จัดทำเป็นสื่อให้ความรู้ประชาชน และน้ำมันได้จากงานพัสดุและยานพาหนะไม่ได้นำมาคิด (สุชัยญา มานิตยศิริกุล และคณะ, 2544) และวิธีค้นหาโดยนักเรียนไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมชี้แจงแก่ครูอาจารย์ (สมบุญ ชูณหประเสริฐ, 2542) การใช้บุคลากรในการดำเนินการน้อยกว่าวิธีอื่นๆ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในมุมมองของผู้ให้บริการ ดังนั้น การศึกษาทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ควรจะได้มีการศึกษาทั้งในแง่ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จึงจะได้ตัวเลขที่แท้จริง

วิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคเริ่ดรายใหม่โดยการคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (ADP) สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ยุ่งยากซับซ้อน ประหยัดบุคลากร งบประมาณ และค้ค่าต่อการลงทุน เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันที่การจัดสรรงบประมาณไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจทำให้ไม่เห็นความสำคัญของปัญหาเรื่องโรคเริ่ดเกิดประโยชน์กับหน่วยงานสาธารณสุข โดยสามารถนำไปใช้กับพื้นที่ที่มีอัตราความชุก

ของโรคเรื้อนต่ำได้จริง หรือเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่าหมู่บ้านปกติและหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนเก่า ในช่วงมากกว่า 5 ปี ไม่ควรถูกมองข้าม ทำให้ไม่ได้ถูกคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องทำการ ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และยังสามารถบูรณาการเข้ากับงานตรวจรักษาโรคทั่วไป (แผนก ผู้ป่วยนอก) ของสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปได้ หรือเป็นรูปแบบง่ายๆ ที่สามารถนำไปใช้ใน สถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีช่องทางที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้สะดวก จึงควร ส่งเสริมให้สามารถคัดกรองและส่งต่อผู้ที่สงสัยไปรับการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนตามระบบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2544.
- _____. งานโรคเรื้อนในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2537.
- กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์. “สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียน”, ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อน. ศรีสะเกษ : โรงพยาบาลกันทรลักษณ์, 2550.
- งานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. “แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน ปี 2550”, เอกสารประกอบการประชุม. ศรีสะเกษ : งานควบคุมโรค, 2549.
- งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ ปีงบประมาณ 2530-2549. ศรีสะเกษ : งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2550.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์. สถิติข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษา. ศรีสะเกษ, 2550.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. การวิเคราะห์ต้นทุนการบริการสุขภาพใน : เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล หน่วยที่ 6-10. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2546.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล. ต้นทุนและรูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- ทัศนัย วงศ์จักร และคณะ. พฤติกรรมและการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ก่อนที่จะมารับการรักษาที่สถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
- ธีระ รามสูต. “การสาธารณสุขกับความยากจน บทความพิเศษปัญหาทางสังคมของโรคเรื้อน” สังคมศาสตร์การแพทย์. 3 (4) มกราคม – มีนาคม, 2525.
- _____. 40 ปีของการบุกเบิกและพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทศรีเมืองการพิมพ์, 2541.
- นิรมล สกุลพานิชย์ และคณะ. “ประสิทธิภาพคู่มือคัดกรองโรคหิดเบื้องต้น”, วารสารโรคผิวหนัง. 23 (2) เมษายน - มิถุนายน, 2550.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. การดูแลสุขภาพตนเองและทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : บริษัทสำนักพิมพ์แสงแดด, 2530.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

เพ็ญแข ลาภยั้ง. การเงินการคลังบริการสุขภาพช่องปากในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และคณะ. ประสิทธิผลการเฝ้าระวังโรคเรื้อนเชิงรุกโดยแกนนำสุขภาพ
ประจำครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์.

นครราชสีมา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5, ม.ป.ป.

วลัยพร พัทธนฤมล และคณะ. “อัตราเหมาจ่ายรายหัวของชุดสิทธิประโยชน์ กรณีส่งเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2546”, วารสารวิชาการสาธารณสุข. 11 (5)

กันยายน – ตุลาคม, 2545.

วิณา พริ้มแก้ว. “พฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อน”, วารสารสถาบัน
ราชประชาสมาสัย. 1 (2) พฤษภาคม - สิงหาคม, 2546.

วิรัชศักดิ์ คงสืบชาติ และคณะ. การค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในหมู่บ้านที่มีข้อบ่งชี้และหมู่บ้าน
ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในพื้นที่เขต 5. นครราชสีมา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5, 2546.

ศุภวาร์ ปุราคม. “ผลกระทบการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุขจังหวัดต่อประสิทธิผล
ของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่”, วารสารวิชาการสาธารณสุข. 3 (2)

เมษายน – มิถุนายน, 2537.

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. “การแปลผลตัวชี้วัดทางระบาด
วิทยาในงานโรคเรื้อน”, เอกสารประกอบการประชุม. 25 กุมภาพันธ์, 2547.

_____. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา
บ้านบาตร, 2548.

_____. คู่มือแนวทางการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของจังหวัด. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์(ร.ส.พ.), 2547.

_____. “โครงการอบรมเรื่องแนวทางการจัดตั้งคลินิกโรคผิวหนังเพื่อค้นหาโรคเรื้อนใน
โรงพยาบาลชุมชน ภาคกลาง”, เอกสารประกอบการอบรม. 20 – 22 สิงหาคม, 2550.

_____. สถานการณ์โรคเรื้อน เดือนกันยายน 2549. <http://www.thaileprosy.org>.

17 พฤษภาคม, 2550.

สมคิด แก้วสนธิ และคณะ. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : การวิเคราะห์และประเมินผลสาธารณสุข.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สมบุญ ชุนหประเสริฐ. การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยกำนันผู้ใหญ่บ้าน. นครราชสีมา : สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5, 2541.
- สมบุญ ชุนหประเสริฐ. การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. นครราชสีมา : สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5, 2542.
- สุชัยญา มานิตยศิริกุล และคณะ. เปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ระหว่างการสำรวจหมู่บ้านแบบรวดเร็วและการค้นหาโดยกำนันผู้ใหญ่บ้าน. นครราชสีมา : สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5, 2544.
- สุริยา สุนทราศรี และคณะ. “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตเมือง”, วารสารวิชาการสาธารณสุข. 7 (1) มกราคม - มีนาคม, 2541.
- สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล. ต้นทุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ศูนย์ประกันสุขภาพ : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2548.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550. นนทบุรี : ม.ป.ศ., 2550.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเรื้อนรายปี. <http://203.157.15.4/surdata/disease>. 18 พฤษภาคม, 2550.
- Mull JD. “Culture and Compliance among Leprosy patients in Pakeistan”, Soc Sci Med. 29 (7), 1989.
- Nichter M. “Health commodification and the social relations of healing in Srilanka”, Cuit Med Psychiaty. 13 (4), 1989.
- Pinitsoontorn Somdej. “Rapid Village Survey to determine the size of the Leprosy problem in Khon Kaen province, Thailand”, International Journal of Leprosy. U.S.A., 1996.
- Sauerborn R. “Low utilization of Community health workers : results from a household interview survey in Burkina Feso”, Soc Sci Med. 29 (10), 1989.
- Saylan T. “The characteristics and mode of detection of the new patients encountered in the leprosy endemic province of Van within the last five years”, Indian Journal Leprosy. 61 (2), 1989.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Seaton E.D. "Health education to aid leprosy control in Nepal: lepra elective study",

Leprosy Review. 68 (1), 1997.

Thomas H.R. "Measuring health care cost and trends : Changing the U.S. health case system",

Jossey-Bass. California, 1996.

Valencia LB. "XIII Leprosy Congress State of the Art Lecture", International Journal

Leprosy. 57 (4), 1989.

ภาคผนวก



ที่ ศก 0027.303.3/

โรงพยาบาลกันทรลักษ์
อำเภอกันทรลักษ์
จังหวัดศรีสะเกษ 33110

ธันวาคม 2550

เรื่อง ตรวจรักษาโรคผิวหนัง

เรียน

ด้วยโรงพยาบาลกันทรลักษ์ ได้จัดกิจกรรมสัปดาห์ราชประชาสมาสัย ในระหว่างวันที่ 10 – 20 มกราคม 2551 โดยมีกิจกรรมนิทรรศการและการตรวจรักษาผู้ที่มีอาการแสดงทางผิวหนัง ดังต่อไปนี้ เป็นวงต่าง ผื่น ปื้น ตุ่มนูนแดง สีจางหรือสีเข้มกว่าผิวหนังปกติ

จากการที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ได้ตรวจสอบข้อมูลผู้มารับบริการตรวจรักษาโรคผิวหนังในปีที่ผ่านมา ปรากฏว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่เคยเข้ารับการตรวจรักษา ไม่ทราบว่าอาการรอยโรคทางผิวหนังของท่านเป็นปกติหรือไม่ จึงขอเชิญท่านเข้ารับการตรวจรักษาโรคผิวหนัง ในช่วงสัปดาห์ราชประชาสมาสัยอีกครั้ง ที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ในวันที่.....โดยนำหนังสือฉบับนี้มาพร้อม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวันชัย เหล่าเสถียรกิจ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษ์

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

โทร.0-4563-5758-62 ต่อ 123

โทรสาร.0-4566-1664