

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นระหว่าง รักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย

เสาวนีย์ บำเพ็ญอยู่*

นงลักษณ์ เทศนา**

พจนนา ธีญญกิตติกุล*

สุพรรณิ พัสตร***

*สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

***โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ความสำคัญของงานควบคุมโรคเรื้อนคือการป้องกันความพิการซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งก่อน ระหว่าง และ หลังรักษา กล่าวคือระหว่างรักษาต้องให้บริการป้องกันความพิการแก่ผู้ป่วย ณ จุดบำบัด ในปี 2541 กองโรคเรื้อนได้ประเมินผลโครงการกำจัดโรคเรื้อนพบว่า ครอบคลุมและปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของการป้องกันความพิการไม่ถึง ร้อยละ 50 ผู้ป่วยพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาถึง ร้อยละ 10 การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษา โดยมีรูปแบบการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูล เชิงปริมาณโดยสำรวจป้องกันความพิการของสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนใน 75 จังหวัดด้วยแบบสอบถาม ส่วนเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อน และผู้ป่วยโรคเรื้อน รวมทั้งสังเกตการจัดระบบการให้บริการ เอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บัตรบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน การบันทึกผลการตรวจความพิการและการให้ดูขี้ศึกษา หนังสือราชการที่แจ้งเกี่ยวกับงานโรคเรื้อน หนังสือคู่มือปฏิบัติงาน/กิจกรรมหลัก/Clinical Practice Guidelines ด้านโรคเรื้อน รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 แห่ง การศึกษาเชิงปริมาณพบว่า สถานพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 816 แห่ง สามารถให้บริการป้องกันความพิการได้ 212 แห่ง (29.7%) ในจำนวนนี้สามารถดำเนินงานได้ตามมาตรฐานเพียง 178 แห่ง (24.9%) เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อปี 2541 พบว่ามีแนวโน้มที่สถานพยาบาลดังกล่าวสามารถให้บริการด้านการป้องกันความพิการได้น้อยลง รวมทั้งมีคุณภาพต่ำกว่าหลักเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการด้านกำลังคน ภาระงาน และการจัดระบบบริการ แต่ไม่มีปัญหาด้านงบประมาณ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านความรู้และทักษะของบุคลากร การนิเทศ ติดตามกำกับ ทิศนคติต่องานโรคเรื้อน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ความยุ่งยากของกิจกรรมการให้บริการป้องกันความพิการ ส่วนด้านผู้รับบริการพบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบสิทธิของตนเองในการที่ต้องได้รับการตรวจความพิการเพื่อประโยชน์ในการรักษา ผู้ป่วยที่ไม่พิการมากขึ้นเป็นผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษา ผู้ป่วยที่พิการมากขึ้นเป็นผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษาแล้วขาดการดูแลรักษาตามมาตรฐานและผู้ให้บริการไม่ตระหนัก นอกจากนี้ยังพบว่า ในรายที่ไม่เคยได้ปรึกษาผู้สีกหัดหู หมดหวังในชีวิต ไม่ใส่ใจกับการดูแลตนเอง ชีวิตเลวลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อเจ้าหน้าที่ มีความสามารถมารับบริการได้ อยากรให้ตรวจความพิการทุกครั้งที่มารับยา รวมทั้งเห็นว่ากิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการไม่ยุ่งยาก จึงควรมีการถ่ายทอดนโยบายที่ชัดเจน พัฒนาปรับปรุงระบบการดำเนินงานตามสถานการณ์ของโรคและกลยุทธ์การดำรงกิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบส่งต่อ จัดตั้งระบบสายด่วน (hotline) ตลอดจนการมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาด้านโรคเรื้อนที่เพียงพอ

คำสำคัญ: ความพิการ, โรคเรื้อน, การรักษา

บทนำ

ความสำคัญของงานควบคุมโรคเรื้อนคือการป้องกันความพิการ ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อนมีโอกาที่จะเกิดความพิการขึ้นได้ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังรักษา^(1,2) สิ่งที่จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนระหว่างรักษาได้คือ การให้บริการป้องกันความพิการแก่ผู้ป่วย ณ จุดบำบัดเพื่อให้การรักษาโรคเรื้อนด้วยยาแบบผสม (Multi drug therapy: MDT) ประสบผลสำเร็จอย่างสมบูรณ์

ความพิการ ก่อให้เกิดผลเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วย และรัฐ⁽¹⁾ เนื่องจากผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับความพิการซึ่งเป็นความสูญเสียทั้งทางจิตใจและร่างกาย ขณะเดียวกันรัฐก็ต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น ถ้าสถานบริการสุขภาพของรัฐสามารถให้บริการป้องกันความพิการได้อย่างครอบคลุม ก็จะสามารถลดผลเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมได้โดยรวม⁽³⁾

งานป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและสำคัญ เพื่อดูแลรักษามิให้เส้นประสาทส่วนปลายที่อักเสบถูกทำลายอย่างถาวร และเส้นประสาทที่ปกติไม่ถูกทำลายเพิ่มขึ้น^(1,3,4) รวมทั้งดูแลป้องกันผล อันเนื่องมาจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายอย่างถาวรพัฒนาเป็นความพิการซ้ำซ้อน ผู้ป่วยกลายเป็นผู้พิการจากโรคเรื้อนซึ่งทำให้ถูกสังคมตีตรา⁽³⁾

การป้องกันความพิการจะสำเร็จลุล่วงลงได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องเป็นผู้ปฏิบัติเองไม่ว่าอยู่ที่บ้านหรือขณะทำงาน ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ และได้รับการสอนแนะจากเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลรักษาถึงสาเหตุของการเกิดความพิการ การป้องกัน และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ มิให้ความพิการปฐมภูมิพัฒนาเป็นความพิการทุติยภูมิ^(3,5) การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการดูจะเป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างยุ่งยากสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ดูแลรักษา ณ จุดบำบัดต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาล

ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานเอนามัย

สำหรับประเทศไทย โครงการป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนได้เริ่มต้นขึ้นพร้อม ๆ กับการใช้ยารักษาโรคเรื้อนแบบผสม ตั้งแต่ปี 2528 และกำหนดให้เป็นนโยบายตั้งแต่ปี 2532⁽¹⁾ เป็นต้นมาโดยได้มีการกำหนดและพัฒนาหลักเกณฑ์ กิจกรรมหลักต่าง ๆ ในการดำเนินงานให้มีคุณภาพมาโดยตลอด ในปี 2541 กองโรคเรื้อนในสมัยนั้นในฐานะที่เป็นผู้บริหารโครงการควบคุมโรคเรื้อนของประเทศ ได้ประเมินผลโครงการกำจัดโรคเรื้อน โดยการสุ่มสำรวจจาก 12 จังหวัดใน 12 เขตทั่วประเทศ พบว่าสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในระดับจังหวัดและอำเภอ ได้จัดให้มีบริการการตรวจและประเมินภาวะเส้นประสาทอักเสบครอบคลุมเพียงร้อยละ 44 และสามารถปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของการป้องกันความพิการได้เพียงร้อยละ 36 ผู้ป่วยเดิมยิ่งพิการมากขึ้นระหว่างรักษาถึงร้อยละ 10 สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ และคณะ⁽⁶⁾ เมื่อปี 2540 ณ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า แม้ว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้ แต่สามารถลงบันทึกกิจกรรมการป้องกันความพิการเฉลี่ยเพียง ร้อยละ 39 ผู้ป่วยเดิมพิการมากขึ้น ร้อยละ 13.4 หลังจากปี 2541 เป็นต้นมา ยังไม่ได้มีการประเมินผลในลักษณะเดียวกันนี้อีก

คณะผู้วิจัยในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคผิวหนังเนื้อขา (โรคเรื้อน) สถาบันราชประชาสมาสัยส่วนพระประแดง ได้ศึกษาแบบไปข้างหน้า โดยเก็บข้อมูลในปี 2546-2547 พบว่าผู้ป่วยที่รักษาครบตามหลักเกณฑ์แล้ว 80 ราย มีความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรับการรักษา 30 ราย (37.5%) ปัญหาดังกล่าว อาจมีปัจจัยอยู่สองด้านที่เกี่ยวข้องคือ ด้านผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ โดยด้านผู้รับบริการนั้นได้แก่ ความไม่สามารถในการเข้าถึงการบริการ ซึ่งอาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาล นอกจากนั้น อาจเป็นเพราะความยุ่งยากซับซ้อนของกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจได้ง่าย จึงไม่ปฏิบัติตาม

ด้านผู้ให้บริการนั้น หมายถึงถึงสถานบริการและระบบการบริหารจัดการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้แก่ การขาดงบประมาณ ขาดกำลังคน การมีภาระงานมาก สถานบริการมีสถานที่ไม่เหมาะสมเพียงพอ ผู้ให้บริการซึ่งหมายถึงทั้งแพทย์ และพยาบาลส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะด้านการป้องกันความพิการ ส่วนใหญ่อาจมีสาเหตุจากการไม่ได้รับการอบรมหรือได้รับการอบรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งขาดการนิเทศติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่กำกับดูแล ประกอบกับ ตัวเจ้าหน้าที่เองรังเกียจและมีทัศนคติที่ผิด ๆ ต่องานโรคเรื้อน ไม่ประสงค์จะทำงานโรคเรื้อน เหตุผลส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการได้รับงบประมาณน้อย ทำให้ทำงานยากขึ้น นำไปสู่การเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบบ่อย ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งกิจกรรมด้านงานป้องกันความพิการค่อนข้างยุ่งยาก สลับซับซ้อน ต้องใช้เวลาทำความเข้าใจและฝึกทักษะเพื่อสร้างสมประสงค์ หากมีผู้ป่วยน้อยคน โอกาสฝึกฝนก็ยิ่งมีจำกัดตามไปด้วย นอกจากนี้ อาจเกิดจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของผู้บริหารให้งานโรคเรื้อนอยู่ในระดับต่ำ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสภาพความเป็นไปของงานป้องกันความพิการผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทยและปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการปรับปรุงแนวทางดำเนินงานป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ให้เหมาะสม และมีประสิทธิผลต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีรูปแบบการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2549 โดยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามชนิดที่ให้ออกเองซึ่งผู้วิจัยติดแสมพ์และพิมพ์ที่อยู่สำหรับตอบกลับไว้ให้ ส่งให้ผู้รับผิดชอบงาน

โรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (PLC: Provincial leprosy coordinator) ตอบแบบสอบถามในการสำรวจการดำเนินงานป้องกันความพิการของสถานพยาบาลในจังหวัด แล้วส่งกลับคืนผู้วิจัย ส่วนเชิงคุณภาพ ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้สังเกต จดบันทึก และบันทึกเสียง การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) คณะผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ สังเกตการจัดระบบบริการ เอกสารอ้างอิงทางราชการ และทางวิชาการได้แก่ หนังสือราชการที่แจ้งเกี่ยวกับงานโรคเรื้อน หนังสือคู่มือปฏิบัติงาน/กิจกรรมหลัก/Clinical Practice Guidelines ด้านโรคเรื้อน รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี และบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่

1. สถานพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. บุคลากรสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์(รพศ.)โรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน(รพช.)ซึ่งมีผู้ป่วยโรคเรื้อนรักษาหรือเฝ้าระวัง ได้แก่ ผู้อำนวยการ หรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ผู้มีหน้าที่รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนโรงพยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรับยารักษาโรคเรื้อน หรือผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง ณ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. สถานพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใน 75 จังหวัด ยกเว้นกรุงเทพมหานครซึ่งมีโรงเรียนแพทย์และการจัดบริการสาธารณสุขที่หลากหลาย
2. บุคลากรสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีผู้ป่วยโรคเรื้อนรักษา หรือ เฝ้าระวังจำนวน 36 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มเลือกสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 6 แห่ง จาก 12

แห่ง จากนั้นสุ่มเลือก 1 จังหวัดของแต่ละเขต ใน 6 เขต ในแต่ละจังหวัดสุ่มเลือกโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป ของแต่ละจังหวัดมา 1 แห่ง แล้วสุ่มโรงพยาบาลชุมชน อีก 1 แห่ง รวมเป็นจังหวัดละ 2 โรงพยาบาล เป็นพื้นที่ที่จะศึกษาทั้งหมด 12 โรงพยาบาล ใน 6 จังหวัด ดังตารางที่ 1

โดยสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่าง รวม 36 คน คือ ผู้อำนวยการ หรือ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนแห่งละ 1 คน รวม 12 คน แพทย์ผู้มีหน้าที่รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน แห่งละ 1 คน รวม 12 คน พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน แห่งละ 1 คน รวม 12 คน

3. ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรับยารักษาโรคเรื้อน หรือ ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง ณ วันที่ 30 กันยายน 2548 ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน แห่งละ 1 คน รวม 12 คน

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันความพิการของสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนใน 75 จังหวัด
2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล แพทย์ผู้มีหน้าที่รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบดูแล

ตารางที่ 1 พื้นที่ที่ศึกษาสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค	จังหวัด
สคร. 2 สระบุรี	สระบุรี
สคร. 5 นครราชสีมา	สุรินทร์
สคร. 6 ขอนแก่น	อุดรธานี
สคร. 9 พิษณุโลก	อุดรดิตถ์
สคร. 10 เชียงใหม่	พะเยา
สคร. 11 นครศรีธรรมราช	ชุมพร

รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน และผู้ป่วยโรคเรื้อน

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันความพิการโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน และทดลองใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเป็นแนวทางการสัมภาษณ์ (interview guidelines) ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามแล้วนำมาปรับแก้ไข ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าความถี่ และร้อยละ

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ได้รับแบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันความพิการของสถานพยาบาลตอบกลับ จำนวน 128 แห่ง จากสถานพยาบาลทั่วประเทศ 816 แห่ง (15.19%) คณะผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามและสอบถามกับผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพิ่มเติมตามประเด็นในแบบสอบถามจึงได้ข้อมูลของสถานพยาบาลเพิ่มเป็น 710 แห่ง (87.0%) ตรวจสอบความถูกต้อง สอดคล้อง ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

โดยการถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นบทสนทนา (dialogue) แล้วสรุปเนื้อหาสาระ และประเด็นตามแนวทางการสัมภาษณ์ การสังเกต ตรวจสอบความถูกต้อง สอดคล้อง เก็บบันทึกไว้ในแฟ้มข้อมูลรายบุคคล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึก (content analysis) จำแนกและจัดหมวดหมู่ (category)

ผลการศึกษา

การศึกษาเชิงปริมาณ

สถานพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็น รพศ./รพท./รพช. 710 แห่ง มีหน่วยงานที่สามารถให้บริการการป้องกันความพิการได้ จำนวน 212 แห่ง (29.9%) ในจำนวนนี้ มีสถานพยาบาลที่ดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน ซึ่งหมายถึงการจัดให้มี

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย

บริการป้องกันความพิการครบทุกกิจกรรม คือ การตรวจประเมินความพิการ (Nerve Function Assessment: NFA & disability assessment)/ การดูแลรักษาภาวะโรคเท้า เส้นประสาทอักเสบ (monitoring reaction & neuritis) และการให้สุขศึกษาผู้ป่วยในการดูแลตนเองตามสภาพปัญหาเพียง 178 แห่ง (25.1%) น้อยลงกว่าเดิมอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับผลการประเมินเมื่อ ปี 2541 ซึ่งสถานพยาบาลในระดับจังหวัดและอำเภอได้จัดให้มีบริการการตรวจและประเมินภาวะเส้นประสาทอักเสบครบคลุมร้อยละ 44 และสามารถปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของการป้องกันความพิการร้อยละ 36 (ตารางที่ 2)

เหตุผลหลักที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท./รพช. จำนวน 480/498 แห่ง (96.4%) ระบุว่า การที่ไม่ได้จัดให้มีกิจกรรมป้องกันความพิการนั้น เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษา หรือมีผู้ป่วย

จำนวนน้อยมาก ส่วนเหตุผลรองลงมาคือ ไม่ได้มีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบโรคเรื้อนให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างชัดเจน 25/498 แห่ง (5.0%) เจ้าหน้าที่ไม่ได้อบรม 11/498 แห่ง (2.2%) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีเหตุผลอื่นๆ ได้แก่ ขาดทักษะ 2 แห่ง ไม่มีเวลา 1 แห่ง ไม่ได้มีการจัดตั้งคลินิกโรคเรื้อน 1 แห่งผู้ป่วยไม่มารับบริการ 1 แห่ง ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 แห่ง ไม่มีแบบฟอร์ม 1 แห่ง รวมทั้งไม่ทราบว่าต้องมีกิจกรรมป้องกันความพิการ 1 แห่ง

สำหรับ เหตุผลที่หน่วยงาน 34/714 แห่ง (4.8%) ไม่ได้ดำเนินงานป้องกันความพิการตามมาตรฐานนั้น 13/34 แห่ง ไม่ระบุเหตุผล และ 21/34 แห่ง ระบุเหตุผลคือ ไม่มั่นใจ ขาดความรู้และทักษะแม้จะอบรมแล้ว 5 แห่ง แพทย์เป็นผู้ดูแลเอง 4 แห่ง ผู้ป่วยไม่มีปัญหา 2 แห่ง ให้เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ตรวจให้ 2 แห่ง และมีเหตุผลอื่น ๆ ได้แก่ ขาดการประสานงาน

ตารางที่ 2 จำนวนสถานพยาบาลทั่วประเทศที่สามารถจัดกิจกรรมป้องกันความพิการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ตามมาตรฐานจำแนกตามเขต (n=710 แห่ง)

เขต	จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมดที่ได้รับข้อมูล (แห่ง)	สถานพยาบาลกับการจัดกิจกรรมป้องกันความพิการแห่ง (ร้อยละ)		
		ไม่มีการจัดกิจกรรม (n=498 แห่ง)	มีการจัดกิจกรรม (n=212 แห่ง)	
			ได้มาตรฐาน	ไม่ได้มาตรฐาน
1	30	28 (93.3)	1 (3.35)	1 (3.35)
2	35	32 (91.4)	3 (8.6)	0 (0.0)
3	51	41 (80.4)	7 (13.7)	3 (5.9)
4	62	58 (93.5)	3 (4.8)	1 (1.6)
5	60	0 (0.0)	59 (98.3)	1 (1.7)
6	100	55 (55.0)	32 (38.0)	13 (13.0)
7	97	53 (54.6)	38 (39.2)	6 (6.2)
8	33	26 (78.8)	7 (21.2)	0 (0.0)
9	44	34 (77.3)	8 (18.2)	2 (4.5)
10	78	72 (92.3)	3 (3.8)	3 (3.8)
11	66	62 (94.0)	3 (4.5)	1 (1.5)
12	54	37 (68.5)	14 (25.9)	3 (5.6)
รวม 12 เขต	710	498 (70.1)	178 (25.1)	34 (4.8)

ระหว่างเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 1 แห่ง ไม่มีแบบฟอร์ม 1 แห่ง ผู้ป่วยไม่มา 1 แห่ง

การศึกษาเชิงคุณภาพ

ในการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลพบว่า ในบางจังหวัดของกลุ่มตัวอย่างนั้น มีผู้ป่วยรักษาเฉพาะที่ รพศ. และ รพช. ไม่มีที่ รพช. และบางแห่งมีผู้ที่เกี่ยวข้องในการรับผิดชอบงานโรคเรื้อนมากกว่า 1 คน รวมทั้งมีผู้ป่วยมากกว่าจำนวนที่มีอยู่ในทะเบียนที่ใช้สุ่ม จึงต้องสัมภาษณ์ทั้งหมดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ดังนั้นจำนวนและข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) ตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ จึงเป็นดังนี้

1. ผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และรองผู้อำนวยการ ของ รพศ./รพท. 7 คน ของ รพช. 5 คน รวม 12 คน แพทย์ผู้มีหน้าที่รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. 7 คน ของ รพช. 5 คน รวม 12 คน พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. 9 คน ของ รพช. 7 คน รวม 16 คน

2. ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รับการรักษาของ รพศ./รพท. 7 คน ของ รพช. 6 คน รวม 13 คน

ด้านผู้ให้บริการ

ผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการด้านโรคเรื้อนระดับผู้บริหารที่มีบทบาทด้านการกำหนดนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร และงบประมาณ ของ รพศ./รพท. จำนวน 7 แห่ง ที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นรองผู้อำนวยการ (4/7) ส่วน รพช. จำนวน 5 แห่ง ส่วนใหญ่ผู้อำนวยการเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง ด้านการรับทราบนโยบายนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของทั้ง รพศ.และรพท. ส่วนใหญ่ไม่ทราบกิจกรรมการดำเนินงานโรคเรื้อน ทราบเฉพาะกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ราชประชาสมาสัย เดือนมกราคม แต่ทั้งหมดไม่มีปัญหาด้านการจัดสรรงบประมาณถ้าทราบกิจกรรม บางส่วนให้ความเห็นว่า การจ่ายค่าเดินทางให้ผู้ป่วยไปรักษากับผู้เชี่ยวชาญประหยัด

กว่าดำเนินการเอง แม้ว่าจะไม่ให้ความสำคัญมากนัก แต่ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวก สำหรับผู้อำนวยการ รพช. ที่มีทัศนคติเชิงลบได้ระบุว่า “*ทำไม่ต้องเป็นภาระ*” สำหรับข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาปรับปรุงงานป้องกันความพิการส่วนใหญ่เห็นว่านโยบายต้องชัดเจน เน้นสหวิชาชีพ และจำเป็นจะต้องปรับปรุงการบริการ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ การรณรงค์ควรต่อเนื่อง มีการนิเทศจากเขต การให้รางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจ มีผู้เชี่ยวชาญให้ รวมทั้งเห็นว่า ควรส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานที่เชี่ยวชาญมากกว่าดูแลเอง ส่วนระดับแพทย์ของ รพศ./รพท. ที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน เกือบทั้งหมดเป็นแพทย์ผิวหนัง แพทย์ รพช. ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุน มีเพียง 1 คนที่เป็นกุมารแพทย์ ทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์ด้านโรคเรื้อนมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. ที่ให้ข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวนเท่า ๆ กับพยาบาล ส่วนของ รพช.จะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่า พยาบาล และเป็นหญิงมากกว่าชาย โดยทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์ด้านโรคเรื้อนมากกว่า 2 ปีขึ้นไปเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 3)

ด้านภาระงานในความรับผิดชอบของผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท.และ รพช.ส่วนใหญ่มีประมาณ 3-5 งาน มีบ้างที่มากกว่า 5 งาน แพทย์ 4/7 คนของ รพศ./รพท. ที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยนอกโรคผิวหนัง 3/7 คน ต้องรับผิดชอบงานโรคติดต่อและงานอื่น ๆ ด้วยเช่นเดียวกับแพทย์ส่วนใหญ่ของ รพช. ทั้งแพทย์และผู้รับผิดชอบงานรู้สึกว่าการะงานที่รับผิดชอบค่อนข้างหนัก 7/9 ของผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. จัดลำดับความสำคัญของงานป้องกันความพิการค่อนข้างสูง ต่างกับผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพช. ซึ่งมี 3/7 คน ในขณะที่แพทย์ของ รพศ./รพท. และ รพช. ให้ความสำคัญในระดับต่ำ

ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพช. เกือบทุกคน (6/7) ทราบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบ ในขณะที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. ทราบ

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย

ตารางที่ 3 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของแพทย์ และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของรพศ./รพท. และรพช. จำแนกตามตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน

ตำแหน่ง	แพทย์ (n=12 คน)		ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน (n=16 คน)	
	รพศ./รพท. (n=7 คน)	รพช. (n=5 คน)	รพศ./รพท. (n=9 คน)	รพช. (n=7 คน)
ประสบการณ์การทำงาน	ผิวหนัง 6 ใช้ทุน 1	G.P. 3 กุมาร 1 ใช้ทุน 1	จ.สธ. 5 พยาบาล 4	จ.สธ. 5 พยาบาล 2
ระยะเวลาทำงาน (ปี)				
< 2	-	1	-	2
2-5	3	3	2	2
> 5	4	1	7	3
ระยะเวลาทำงานโรคเรื้อน (ปี)				
< 2	-	2	1	3
2-5	5	3	7	3
> 5	2	-	1	1

น้อยกว่า (6/9) และแพทย์ของ รพศ./รพท และ รพช.ส่วนใหญ่ไม่ทราบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท.และ รพช. ส่วนใหญ่ (6/9 และ 5/9) ได้รับการอบรมและการนิเทศ (4/7 และ 6/7) ส่วนแพทย์ของ รพศ./รพท. และ รพช. ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมและการนิเทศ (ตารางที่ 4)

แพทย์และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของรพศ./รพท. มีความรู้เกี่ยวกับนโยบายการควบคุมโรคเรื้อน การป้องกันความพิการมากกว่า แพทย์และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพช. ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนและแพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่องานควบคุมโรคเรื้อนและงานป้องกันความพิการ ให้ข้อมูลว่า “เป็นความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยคนหนึ่งไม่ให้พิการ...”เหน้อย แต่ภูมิใจ” ส่วนผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ ระบุว่า “เป็นงานที่ยุ่งยากและเป็นภาระ” แพทย์บางท่านมองว่า “เป็นโรคเรื้อนรักษายาก คนไข้ปล่อยให้เป็นมากแล้วจึงมาหาหมอ และไม่คอยดูแลตัวเอง กินแต่ยา”

ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของรพช. ปฏิบัติกิจกรรม

ในงานควบคุมโรคเรื้อน มากกว่าผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. (ตารางที่ 5)

แพทย์ และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. และ รพช. ต้องการให้มีทีมสหวิชาชีพ มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน แพทย์ของ รพศ./รพท. และ รพช. ต้องการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา ณ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากกว่าจะรักษาเอง ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. และ รพช. ส่วนใหญ่เห็นว่าควรจัดให้มีบริการงานโรคเรื้อนทุกวัน แพทย์ของ รพศ./รพท. เกือบทุกคนไม่เคยเห็น หรือใช้ประโยชน์แบบฟอร์มป้องกันความพิการ ต่างกับแพทย์ของ รพช. ซึ่งทุกคนเคยเห็นแม้ว่าไม่เคยได้ใช้ (ตารางที่ 6)

แพทย์ของ รพศ./รพท. และรพช.ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงงานป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนว่า ควรพัฒนาระบบงานให้เข้มแข็ง นิเทศงาน พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สนับสนุนคู่มือให้เพียงพอ มี Clinical Practice Guidelines, Care map ที่ชัดเจน มีโทรศัพท์สายด่วน สำหรับปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และบริหาร

ตารางที่ 4 ข้อมูลด้านภาระงาน และการพัฒนาบุคลากรของแพทย์ และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. และรพช.

ตัวแปร	แพทย์ (n=12 คน)		ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน (n=16 คน)	
	รพศ./รพท. (n=7 คน)	รพช. (n=5 คน)	รพศ./รพท. (n=9 คน)	รพช. (n=7 คน)
ภาระงาน	Skin 4 skin,TB,AIDS,Gen 1 skin,TB,AIDS,other 2	skin,TB,AIDS,Gen 2 skin,TB,AIDS,other 3	1-2 งาน 2 3-5 งาน 4 5 งาน 3	1-2 งาน 1 3-5 งาน 3 5 งาน 3
ความรู้สึกต่อภาระงาน				
รู้สึกหนัก	3	3	7	6
ไม่เป็นภาระ	2	2	2	1
ไม่ตอบ	2	-	-	-
การจัดลำดับความสำคัญ				
สูง	1	2	7	3
ปานกลาง	1	-	-	-
ต่ำ	1	2	2	3
ไม่ทราบ	4	1	-	1
ทราบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อน				
ทราบ	2	1	6	6
ไม่ทราบ	5	4	3	1
การอบรมด้านโรคเรื้อน				
เคย	1	1	6	6
ไม่เคย	6	4	3	1
การได้รับนิเทศ				
เคย	2	1	5	6
ไม่เคย	5	4	4	1

ตารางที่ 5 ทักษะคติต่องานโรคเรื้อนและกิจกรรมที่ปฏิบัติด้านโรคเรื้อนของแพทย์ และ ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. และ รพช.

ทัศนคติ	แพทย์ (n=12 คน)		ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน (n=16 คน)	
	รพศ./รพท. (n=7 คน)	รพช. (n=5 คน)	รพศ./รพท. (n=9 คน)	รพช. (n=7 คน)
ต้องการควบคุมโรคเรื้อน				
เชิงบวก	6	3	7	5
เฉย ๆ	1	1	1	1
เชิงลบ	-	1	1	1
ต้องการป้องกันความพิการ				
เชิงบวก	4	4	5	4
เฉย ๆ	2	1	1	2
เชิงลบ	1	-	3	1

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย

ตารางที่ 6 ความเห็นของแพทย์ และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. และรพช. ในการจัดบริการด้านการป้องกันความพิการ

การจัดบริการด้านการป้องกันความพิการ	แพทย์ (n=12 คน)		ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน (n=16 คน)	
	รพศ./รพท. (n=7 คน)	รพช. (n=5 คน)	รพศ./รพท. (n=9 คน)	รพช. (n=7 คน)
บทบาท ความรับผิดชอบ				
เป็นที่ปรึกษา	2	1	3	4
ส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้อง	5	3	-	-
ประสานงาน	-	-	2	-
วินิจฉัย ส่งยา	-	1	-	-
ขึ้นทะเบียน ตรวจร่างกาย ตรวจความพิการให้สุศึกษา	-	-	2	-
ให้สุศึกษา เยี่ยมบ้าน	-	-	-	-
ไม่ทราบ	-	-	2	3
การจัดบริการ				
ควรจัดทีมสหวิชาชีพรับผิดชอบ แพทย์เป็นหัวหน้า	4	4	8	4
ให้ สคร. มาดำเนินการเอง	1	-	-	-
ไม่ทราบ	2	1	1	3
วันที่ให้บริการ				
ทุกวัน	-	-	6	3
สัปดาห์ละครั้ง	-	-	2	2
เดือนละครั้ง	-	1	-	1
ส่งต่อ ไม่จัดให้มีบริการ	-	-	1	1
ไม่ทราบ	7	4	-	-
การบันทึกแบบฟอร์มป้องกันความพิการ				
ไม่เคยเห็น	6	-	-	-
เคยเห็น ไม่เคยใช้ประโยชน์	1	5	-	-
บันทึก	-	-	5	4
ไม่บันทึก	-	-	4	3

จัดการภายในเพื่อจัดให้มีบริการป้องกันความพิการ และ แพทย์ รพช. มีความเห็นเพิ่มเติมว่าควรส่งข้อมูลให้พื้นที่รับทราบ ทีมงานควรมีทัศนคติที่ดี ควรจัดให้มีการสอนโรคเรื้อนแก่นักศึกษาแพทย์ปีที่ 4

ด้านผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. เสนอแนะว่า แพทย์ควรรับผิดชอบงานป้องกันความพิการ พัฒนาระบบงานให้เข้มแข็ง และสนับสนุนกิจกรรมที่จำเป็น ส่วนผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพช. เสนอ

แนะว่าควรจัดให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรงพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ แพทย์และพยาบาลควรช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน (ตารางที่ 7)

ด้านผู้รับบริการ

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้สัมผัสภาชนะเชิงลึก และตรวจร่างกายเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดความพิการ(กลุ่ม borderline ขึ้นไป) ผู้ป่วยของ รพศ./รพท. มีความพิการมากกว่า รพช. ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถม

ตารางที่ 7 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงงานป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนของแพทย์ และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. และรพช.

กลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะ	
แพทย์ (n=12 คน)		
รพศ./รพท. (n=7 คน)	พัฒนาระบบงานให้เข้มแข็ง นิเทศงาน พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สนับสนุนคู่มือให้เพียงพอ มี CPG, care map ที่ชัดเจน ส่งคู่มือให้แพทย์ผิวหนังทุกคนทุก ร.พ.มีโทรศัพท์สายด่วนให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ผู้เกี่ยวข้องในงานป้องกันความพิการควรเป็น แพทย์ผิวหนัง กระจก ผ่าตัด นักกายภาพบำบัด	5
	พยาบาล หรือ ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน ควรคัดกรอง หรือตรวจความพิการให้แพทย์	1
	ควรเป็นความรับผิดชอบของกายภาพบำบัด	1
รพช. (n=5 คน)	พัฒนาระบบงานให้เข้มแข็ง นิเทศงาน ติดตามกำกับ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สนับสนุนคู่มือให้เพียงพอ มีโทรศัพท์สายด่วนให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การส่งข้อมูลให้พื้นที่รับทราบ ทีมงานควรมีทัศนคติที่ดี ควรจัดให้มีสอนนักศึกษาแพทย์ปีที่ 4	4
	ไม่จำเป็นต้องจัดอบรมเจ้าหน้าที่ หรือถ้าจะอบรมควรจัดให้เฉพาะพื้นที่ที่มีผู้ป่วยมาก แต่ควรนิเทศให้สม่ำเสมอ สนับสนุนคู่มือ และ guideline ต่าง ๆ ให้เพียงพอ	1
ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน (n=16 คน)		
รพศ./รพท. (n=9 คน)	พัฒนาระบบงานให้เข้มแข็ง การถ่ายทอดนโยบาย และบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ต้องชัดเจน	3
	ควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของแพทย์ และพยาบาล	3
	ควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ บุคลากร สถานที่ คู่มือ และการฝึกอบรม	3
รพช. (n=7 คน)	ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่	5
	กำหนดตัวผู้รับผิดชอบงานให้ชัดเจน	1
	แพทย์ และพยาบาลควรสนับสนุนซึ่งกันและกัน	1

มี 1 รายที่จบชั้นอาชีวศึกษา และมีฐานะยากจน ยกเว้น 2 รายที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย และส่วนน้อยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว (ตารางที่ 8)

ในตารางที่ 9 ส่วนที่เป็นความคิดเห็นต่อการมารับบริการ การได้รับความรู้เกี่ยวกับความพิการในโรคเรื้อน และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนนั้น ผู้ป่วยเกือบทุกรายมีทัศนคติที่ดีต่อเจ้าหน้าที่และรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ดูแลดี แต่มี 1 รายที่ระบุว่า “เจ้าหน้าที่ดีแต่แพทย์ไม่เคยรับฟังปัญหาของตน” จำนวนน้อยกว่าครึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดที่ทราบอาการผิดปกติที่

ควรต้องไปพบแพทย์ จำนวนผู้ป่วยที่ทราบว่าความพิการป้องกันได้ ของ รพช. มีมากกว่า รพศ./รพท. ผู้ป่วยที่พิการปฏิบัติตนในการป้องกันความพิการไม่ถูกต้อง และ 3/13 ราย (23%) มีความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษา (รูปที่ 1) โดยผู้ป่วยของ รพศ./รพท. 1 ราย ที่มีความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษา รักษาแผลด้วยตัวเองโดยใช้ใบไม้สดตำพอกที่แผลผ่าเท้าโดยเชื่อและเข้าใจว่าเป็นสมุนไพรเรียกเนื้อ (รูปที่ 2)

ด้านการเข้าถึงบริการด้านโรคเรื้อน และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการให้บริการของผู้ป่วยนั้น ระยะ

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย

ตารางที่ 8 ลักษณะข้อมูลทั่วไป และชนิดของโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อน (n=13 ราย)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยของ รพศ./รพท. (n=7 ราย)	ผู้ป่วย ของ รพช. (n=6 ราย)
การเป็นโรคเรื้อน		
ประเภท		
BT	-	3
BL	4	2
LL	3	1
สถานภาพการรักษา		
กำลังรักษา	2	1
เฝ้าระวัง	5	5
ความพิการ		
พิการ	4	1
ไม่พิการ	3	5
เพศ		
ชาย	5	6
หญิง	2	0
การศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1	-
ประถมศึกษา	6	5
อาชีวศึกษา	-	1
รายได้		
เพียงพอกับรายจ่าย	2	-
น้อยกว่ารายจ่าย	5	6
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้า	1	2
สมาชิก	4	3
เป็นพระสงฆ์	1	-
อยู่คนเดียว	1	1

ทางจากบ้านไปสถานบริการเฉลี่ยประมาณ 15 กม.(8/13 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจ่ายค่าเดินทางในการมารับบริการได้ 1/13 ราย เป็นพระ ไม่เสียค่ารถโดยสาร มีประเด็นที่พบด้านข้อเสนอในการปรับปรุงการให้บริการคือ ผู้ป่วย 1 รายของ รพศ./รพท. ระบุว่า “บอกไป เขา

ก็ไม่เปลี่ยนแปลง” และ ผู้ป่วยของ รพศ./รพท. และ รพช. แห่งละ 1 ราย ระบุว่า ควรตรวจความพิการให้ผู้ป่วย ทุกครั้งที่มารับยา (ตารางที่ 10)

วิจารณ์

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกได้พบปัจจัยต่าง ๆ ด้านผู้ให้และผู้รับบริการดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

มีประเด็นที่สำคัญได้แก่ ระบบการบริหารจัดการความรู้และทักษะ การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล ทักษะคัดกรองโรคเรื้อน การจัดลำดับความสำคัญ ความยุ่งยากของกิจกรรมการให้บริการป้องกันความพิการ

สถานพยาบาลทุกแห่งของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการจัดระบบงานป้องกันความพิการที่ชัดเจน มีความหลากหลายในการจัดบริการของแต่ละหน่วยงาน ได้แก่ การจัดให้ผู้ป่วยมารับยาที่แผนกเวชกรรมสังคม หรือ แผนกผู้ป่วยนอกโรคผิวหนัง แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โดยแต่ละแห่งไม่มีการมอบหมายงานอย่างเป็นทางการว่า ก่อนพบแพทย์ต้องตรวจประเมินความพิการ (Nerve Function Assessment: NFA & disability assessment) และรายงานให้ทราบถึงความผิดปกติที่ตรวจพบแล้ว จึงส่งยา สำหรับผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนระบุว่าไม่มีเวลาพอ และไม่มีบุคลากรเพียงพอ มีภาระงานมาก ผู้บริหารให้ข้อมูลว่าไม่ได้รับทราบถึงข้อมูลสถานการณ์โรคและกิจกรรมหลักของงานควบคุมโรคเรื้อน ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่เคยได้รับทราบมาก่อนว่าการป้องกันความพิการเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญและมีแนวทางดำเนินงานอย่างไรบ้าง รวมทั้งการบริหารจัดการเกี่ยวกับงบประมาณ ผู้รับผิดชอบ กำลังคน และสถานที่ เมื่อได้รับทราบก็ยินดีสนับสนุนงบประมาณ และสามารถใช้งบประมาณปรกติได้แม้ว่าการจัดลำดับความสำคัญจะอยู่ในระดับต่ำและมีผู้ป่วยจำนวนน้อย แพทย์ผู้รักษาไม่ทราบเรื่องการป้องกันความพิการ ไม่เคยใช้ประโยชน์ข้อมูลความพิการจากแบบฟอร์มการตรวจความพิการ (ปพ.1) ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าไม่เคยเห็นมาก่อน โดย

ตารางที่ 9 ความคิดเห็นต่อการมารับบริการ การได้รับความรู้เกี่ยวกับความพิการในโรคเรื้อน และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน และการเกิดความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษา

ผู้ป่วย	รพส./รพท. (n=7 ราย)	รพช. (n=6 ราย)
ความคิดเห็นต่อการมารับบริการ		
สะดวก และมีทัศนคติที่ดีต่อเจ้าหน้าที่	6	5
เจ้าหน้าที่ดี แต่แพทย์ไม่เคยรับฟังปัญหา	1	-
แพทย์จึงไปรักษาที่ กทม.	-	1
การทราบสาเหตุการเกิดความพิการ		
ทราบ	3	3
ไม่ทราบ	4	3
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความพิการ		
ทราบว่าความพิการป้องกันได้	2	5
ไม่ทราบ แต่จะไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ	4	-
ไม่ทราบ รอให้ดีขึ้นเอง	1	1
การปฏิบัติตัวในการป้องกันความพิการ		
ดูแลตัวเองเป็นประจำทุกวันเช่นคนปกติ (ไม่พิการ)	3	4
ดูแลตัวเองเป็นประจำทุกวันแต่ไม่ถูกวิธี (พิการ)	3	1
ใช้ใบไม้สดตำพอกที่แผลฝ่าเท้า (พิการ)	1	-
ไม่ได้ดูแลตัวเอง (พิการ)	-	1
มีความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษา	2	1



แผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า



ตาหลับไม่สนิท



นิ้วเท้าอู กุดคิ้ว

รูปที่ 1 ลักษณะความพิการที่เพิ่มขึ้นระหว่างรักษา



รูปที่ 2 ผู้ป่วยใช้ใบไม้สดตำพอกที่แผลฝ่าเท้า

เป็นกลุ่มสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วย 1-3 คน มีการให้ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาและปรับปรุงงานป้องกันความพิการอย่างหลากหลาย ได้แก่ การชี้แจงนโยบายต้องชัดเจน สม่ำเสมอ มีการส่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อนย้อนกลับให้พื้นที่ รวมทั้งควรพัฒนาระบบงานควบคุมโรคเรื้อนของหน่วยงานให้เข้มแข็งมากขึ้น ต้องการทีมสหวิชาชีพและปรับปรุงระบบการให้บริการด้านโรคเรื้อน

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย

ตารางที่ 10 การเข้าถึงบริการด้าน โรคเรื้อน และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการให้บริการของผู้ป่วย (n=13 ราย)

	ผู้ป่วยของ รพศ./รพท. (n=7 ราย)	ผู้ป่วยของ รพช. (n=6 ราย)
การเข้าถึงบริการ		
ระยะทาง (กม.)		
1-5	3	1
6-15	1	4
>15	2	1
ไม่ระบุ	1	-
ความสามารถในการเดินทางมาสถานบริการ		
มาได้	5	5
มาไม่ได้	2	1*
ความสะดวกในการเดินทาง		
สะดวก	6	4
ไม่สะดวก	1	2
ข้อเสนอแนะ		
พอใจ	5	5
แนะนำให้ตรวจความพิการ	1	1
ไม่ประสงค์จะแนะนำ	1	-

หมายเหตุ *เจ้าหน้าที่ต้องนำไปให้ที่บ้าน

รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ผู้อำนวยการ รพช.ท่านหนึ่ง เสนอว่า “การจ่ายเงินค่าเดินทางให้ผู้ป่วยไปรับบริการยังหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญ ถูกกว่าการลงทุนจัดให้มีบริการเอง”

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเกือบทั้งหมดระบุว่า ขาดความรู้และทักษะ ไม่มีความมั่นใจ บางส่วนเมื่อกลับจากการอบรมไม่เคยได้ปฏิบัติเลย และไม่ได้ฝึกทักษะด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเพียงบางหน่วยงานที่มีผู้ป่วยมากกว่า 3 คน สามารถดำเนินงานได้ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคนี้เทศงานอย่างสม่ำเสมอและประสานงานค่อนข้างใกล้ชิด

แพทย์ส่วนใหญ่ทั้ง รพศ./รพท. และรพช. ไม่เคยได้รับการอบรมและนิเทศ ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมและนิเทศแล้ว บางรายให้ข้อมูลว่าตนเองลืมไปหมดแล้ว เจ้าหน้าที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคมาดำเนินกิจกรรมให้ปี

ละครั้ง โดยไม่ได้สอนแนะระหว่างปฏิบัติงาน (on-the-job training) ให้ เนื่องจากมีผู้ป่วยเพียง 1-2 คน ดังนั้น การนิเทศที่เป็นการถ่ายทอดความรู้โดยเน้นสอนแนะระหว่างปฏิบัติงานนั้นยังมีความจำเป็น และเป็นประโยชน์มาก ถ้าที่นิเทศมีมาตรฐานเดียวกัน

ทั้งแพทย์และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ รพศ./รพท. และรพช.ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงานโรคเรื้อน โดยบางรายระบุว่า “เป็นความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยคนหนึ่งไม่ให้พิการ”..“เหนื่อย แต่ภูมิใจ” สำหรับผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ ไม่แต่ต้องตัวผู้ป่วย ระบุว่า “เป็นงานที่ยุ่งยาก และเป็นภาระ” แพทย์บางท่านมองว่า “เป็นโรคเรื้อรัง รักษายาก คนไข้ปล่อยให้เป็นมากแล้ว จึงมาหาหมอ และไม่คอยดูแลตัวเอง กินแต่ยา”

ผู้อำนวยการส่วนใหญ่ที่จัดลำดับความสำคัญต่ำ ระบุว่าไม่มีนโยบายโรคเรื้อน ไม่มีการติดตามผลจากผู้ตรวจราชการ และไม่เคยได้รับรายงาน มีบางส่วนที่ให้

ความสำคัญกับงานโรคเรื้อรังระบุเหตุผลว่า ความพิการ มีผลกระทบต่อทางสังคมจิตใจต่อผู้ป่วย

สำหรับ รพช.ที่มีผู้ป่วย 1-2 ราย และแพทย์ผู้ดูแลรักษาเป็นแพทย์ใช้ทุน มักจะส่งต่อไปยัง รพศ./รพท. มากกว่าดูแลรักษาเองเพราะไม่มั่นใจ มี รพช. 1 แห่ง ระบุว่า ยินดีจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการส่งผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษายังหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญมากกว่า โดยให้เหตุผลว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีจำนวนน้อย การจัดให้มีบริการเองต้องใช้ทรัพยากร งบประมาณสูงกว่า และอาจไม่ยั่งยืนเพราะความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่จะลดลงตามลำดับเมื่อไม่ได้ปฏิบัติบ่อย ๆ

ปัจจัยด้านผู้รับบริการ

ผู้ป่วยที่ได้สัมภาษณ์เชิงลึกและตรวจร่างกายพบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความพิการ (กลุ่ม borderline) มีโอกาสเกิดโรคเท้าและเส้นประสาทอักเสบ⁽¹⁾ ซึ่ง Sharma P และคณะ (1996) ระบุว่า ผู้ป่วยที่เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเมื่อเริ่มรักษา ร้อยละ 52.7 เกิดอาการกล้ามเนื้อเป็นอัมพาตอย่างถาวรหลังรักษา⁽⁷⁾ ส่วน Croft RP และคณะ (2000) พบว่าร้อยละ 37 ของผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก เกิดอาการเส้นประสาทถูกทำลาย ระยะเริ่มต้นและระหว่างการรักษา⁽⁸⁾ การที่ผู้ป่วย 3 คน มีความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษา เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจประเมินปัญหาความพิการตามหลักเกณฑ์เมื่อมาพบแพทย์หรือมารับยา ไม่ทราบวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องรวมทั้งไม่ทราบว่าแพทย์ต้องดูแลเรื่องความพิการและแผลด้วย สะท้อนถึงการขาดความรู้ความเข้าใจที่ควรได้รับจากผู้ให้บริการซึ่งถ้าสามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานจะสามารถป้องกันความพิการได้^(2,9) เมื่อพิจารณาถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการ การเดินทางมาสถานบริการ และค่าใช้จ่าย เกือบทุกรายให้ข้อมูลว่า ไม่มีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ แม้บางรายจะอยู่ไกลแต่ให้ข้อมูลว่า “แม้จะไกล แต่ชินแล้ว” ส่วนหนึ่งระบุว่า ถึงระยะทางจะไกลแต่สะดวกกว่า เพราะขึ้นรถโดยสารต่อเดียว ผู้ป่วยสามารถเดินทางมารับบริการได้ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย มีเพียง 1 คน ของ

รพช. ที่มีความลำบาก เนื่องจากยากจน ไร้ผู้อุปการะ อยู่คนเดียว อาศัยในที่ดินของผู้ใจบุญ เจ้าหน้าที่ต้องนำไปให้ที่บ้าน รายนี้เป็นผู้มีความพิการเพิ่มขึ้น โดยมีแผลเรื้อรัง ที่นิ้วมือและฝ่าเท้า นิ้วมือและนิ้วเท้าอวบแข็ง ไม่ทราบว่าการพิการสามารถป้องกันได้ เกือบทุกรายไม่ทราบว่าการมารับยาแต่ละครั้งต้องได้รับการดูแลด้านการป้องกันความพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประเมินปัญหาความพิการเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในด้านทัศนคติต่อผู้ให้บริการ เกือบทุกรายไม่มีทัศนคติในทางลบกับเจ้าหน้าที่ โดยระบุว่า เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยดี ไม่ได้แสดงท่าทีรังเกียจ และต้องการให้เจ้าหน้าที่ตรวจความพิการให้ทุกครั้งที่มารับยามีผู้ป่วยรายหนึ่งใน รพศ./รพท. ระบุว่า เจ้าหน้าที่ดี แต่แพทย์ไม่เคยรับฟังปัญหาของตน กล่าวหาว่าตนไม่กินยา โดยที่ตนเองตั้งใจกินยามาตลอดแต่เกิดโรคเท้าบ่อยสำหรับประเด็นความยุ่งยากของกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการ ส่วนใหญ่ระบุว่า ถ้าเจ้าหน้าที่สอนก็สามารถทำได้ ไม่ยุ่งยากอะไรเพราะไม่อยากพิการ มี 2 คนเมื่อรับทราบว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรังรู้สึกหดหู่ หมดหวังในชีวิต ไม่เคยได้รับการให้การปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ อยู่ไปวัน ๆ ตีมีสุราทุกวัน ไม่ใส่ใจกับการดูแลตนเอง ชีวิตเปลี่ยนไปในทางที่เลวลง ปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้พบ สะท้อนให้เห็นถึงการขาดเชื่อมโยงระหว่างผู้รับผิดชอบงาน และผู้บริหารทุกระดับ ตั้งแต่ส่วนกลาง ระดับเขต จังหวัด และจุดบำบัด ซึ่งทำให้ขาดความตระหนักและความเข้าใจถึงหลักการความจำเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นปัจจัยด้านผู้ให้บริการทั้งระบบ

ข้อเสนอแนะ

สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้ารับการรักษา เฝ้าระวัง รวมทั้งผู้พิการจากโรคเรื้อรัง ควรจัดระบบงานป้องกันความพิการและมีเจ้าภาพแต่ละระดับที่ชัดเจนโดยสามารถจัดรูปแบบให้บริการด้านโรคเรื้อรังต่างกันได้อย่างประโยชน์แก่ผู้-

ป่วยมากที่สุด การพัฒนา แก๊ซ ปรับปรุง ควรดำเนินไปพร้อมกันทั้งระบบการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน โดยผสมผสาน บูรณาการไปกับการให้บริการโรคเรื้อนอื่น ๆ ของการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

1. ส่วนกลางแจ้งย้ายนโยบายที่ชัดเจน อาจต้องทำหนังสือแจ้งเวียน ทบทวนนโยบายซ้ำทุกปี และสื่อสารให้เข้าถึงผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

2. ควรกำหนดบทบาทของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับในระบบส่งต่อ ทิศทางของการพัฒนาศักยภาพ ให้ชัดเจน โดยหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องร่วมกันเป็นศูนย์กลาง

3. ควรพิจารณาจัดตั้งระบบสายด่วน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศสามารถเข้าถึงวิชาการโรคเรื้อนได้ทันเวลา ประหยัดงบประมาณ และการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐาน

4. ดำเนินการให้มีผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำปรึกษาทางวิชาการโรคเรื้อนที่เพียงพอ เนื่องจากจำนวนผู้เชี่ยวชาญส่วนกลางและระดับเขตมีแนวโน้มลดลง การพัฒนาคนรุ่นใหม่เป็นไปได้ช้ามาก เพราะการสร้างผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อนต้องอาศัยเวลาในการสั่งสมประสบการณ์ แต่ปัญหาสำคัญคือไม่มีผู้สนใจผู้บริหารระดับนโยบายควรให้ความสำคัญและสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์ ให้มีเพียงพอต่อการสนับสนุนด้านวิชาการ

5. การนิเทศ ติดตาม เป็นกิจกรรมที่จำเป็น และสำคัญอย่างยิ่ง แต่ควรทบทวน ประเมินกระบวนการ และมาตรฐานทั้งส่วนกลาง-ระดับเขต-จังหวัด ที่สำคัญคือควรพิจารณากิจกรรมการนิเทศให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา และบริบทของพื้นที่ รวมทั้งศักยภาพของผู้นิเทศด้วย

6. สร้างและพัฒนาศักยภาพให้ทีมเคลื่อนที่ทั้งจากส่วนกลาง ระดับเขต จังหวัด (Special Mobile Response Team) มีความรู้และการดำเนินงานอย่างมีมาตรฐานเดียวกัน ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันราช-

ประชาสมาสัย

7. ยังจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ แต่ควรให้หลากหลาย และคุ้มค่า เหมาะสมกับสถานการณ์ และบริบทของพื้นที่ เช่น การสอน แนะนำขณะปฏิบัติงานเมื่อมีผู้ป่วยใหม่หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน การอบรมระยะสั้น ณ ศูนย์สาธิตบริการเมื่อเกิดกรณีเร่งด่วนจากการที่มีการเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบงาน ส่วนการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานของสถาบันราชประชาสมาสัยนั้น ควรพิจารณาดำเนินการปีเว้นปี เนื่องจากมีประโยชน์ในการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้ปฏิบัติงานระดับเขตและจังหวัด และที่สำคัญควรมีการติดตามผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

8. ควรศึกษา พัฒนา เกี่ยวกับการปรับกลยุทธ์ในการดำรงกิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อน เพื่อจัดระบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ของโรคในแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ องค์การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อนแห่งประเทศไทยเนเธอร์แลนด์ (NLR: Netherlands Leprosy Relief) ที่สนับสนุนทุนฝึกอบรมและทุนศึกษาวิจัย Dr.Prisca Zwanikken, Area Leader Education., Dr.Anrik Engelhard, Senior Public Health Adviser และ Dr.Yme Van Den Berg, Senior Public Health Adviser. The Royal Tropical Institute (KIT), Netherlands วิทยากรอบรมการวิจัยระบบสาธารณสุขด้านโรคเรื้อน รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ แก๊ซข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการจัดทำโครงร่างวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย ผู้อำนวยการ และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2, 5, 6, 9, 10 และ 11 รวมทั้ง ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี สุรินทร์ อุตรดิตถ์ พะเยา อุตรดิตถ์ และชุมพร ที่ช่วยประสานอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ที่

อนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการทดสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้งผู้รับผิดชอบของงานโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ที่ช่วยประสานอำนวยความสะดวกในการทดสอบเครื่องมือวิจัย ผู้รับผิดชอบของงานโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกแห่งที่ตอบแบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันความพิการของจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อนของจังหวัด สระบุรี สุรินทร์ อุตรดิตถ์ พะเยา อุตรดิตถ์ และชุมพร ที่สละเวลาให้ข้อมูล ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนและให้โอกาสในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: การศาสนา; 2546.
2. Richardus JH, Finley KM, Croft RP, Smith WCS. Nerve function impairment in leprosy at diagnosis and at completion of MDT: a retrospective cohort study of 786 patients in Bangladesh. *Lepr Rev* 1996; 67:297-305.
3. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญ; 2544.
4. ILEP, Prevention of disability in leprosy. Technical bulletin 8. London: Calvert's press; 1995.
5. Srinivasan H. Prevention of disability in leprosy-affected persons-suggestions for some strategies. Johannesberg: Africa Congress of international Leprosy Association; 2005.
6. อนันต์ สนธิภูมาศ, สุรัชย์ กาพย์กระโทก. การประเมินผลโครงการป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา* 2541; 4:5-12.
7. Sharma P, Kar HK, Beena KR, Kaur H, Narayan R. Disabilities in multibacillary patients: before, during and after multi-drug therapy. *Ind J Lepr* 1996; 68:127-36
8. Croft RP, Nicholls PG, Steyerberg EW, Richardus JH, Smith WCS. A clinical prediction rule for nerve function impairment in leprosy. *Lancet* 2000; 355: 1603-6.
9. Ganapati R, Kingsley S, Pai VV, Kamthekar NT. A field model for prevention of leprosy disabilities - A step towards achieving a "world without leprosy". *Int J Lepr* 2002; 70:289A.

Abstract Factors Contributing to Additional Disabilities in Leprosy Patients during Treatment in Thailand

Saowanee Bamphenyu*, **Nongluck Tessana****, **Podjana Thanyakittikul***,
Supanee Patsadon***

*Raj Pracha Samasai Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health,
**Disease Prevention and Control Office 6 Khon Kaen, Department of Disease Control,
Ministry of Public Health, ***Sirindhon Hospital, Khon Kaen province, Ministry of Public Health
Journal of Health Science 2009; 18:915-31.

Disability in leprosy patients can occur before, during and after complete treatment. Prevention of disability (POD) during treatment is aimed at preventing further additional disability which may occur during such period. In 1990, National Leprosy Programme (NLEP) by Leprosy Division undertook the "Evaluation of Leprosy Elimination Programme" and found that less than 50 percent of health units could provide qualified nerve function assessment (NFA), and 10 percent of leprosy patients suffered additional disabilities during treatment. The objectives of this health system research were to identify factors contributing to additional disability developed during treatment in leprosy patients, in order to recommend on coverage and quality of POD service in Thailand. The research methodology was cross-sectional descriptive study. The quantitative research part was conducted by distributing questionnaires to find the coverage and quality of POD services in health units of ministry of public health (MOPH). The qualitative research part was in-depth interviews of hospital directors, doctors, health workers and leprosy patients, observing POD services system. Documentary review covered OPD cards, leprosy patient cards, POD record forms, health education checklist forms, leprosy manual, leprosy clinical practice guideline (CPG) and annual report in 12 hospitals sampled out of 12 Disease Prevention and Control offices. The results revealed that 212 hospitals (29.7%) of all MOPH hospitals in Thailand provided POD services, with only 178 hospitals (24.9%) could provide qualified POD services. When it was compared to that in 1998, a decline was observed. Factors contributing to the decreasing coverage and quality of POD services on the provider's side were policy declaration, human resource administration, workload, service system, knowledge, attitude, complexity and monitoring, priority and complexity of POD activities. Factors on patient side were unaware of one's right to receive POD services, receiving incomprehensive treatment and care of complications emerging during MDT treatment and lack of counselling. Most patients were optimistic with respect to providers and POD activities. It is recommended that improvements are to be made in terms of policy, strategies and activities to revitalize leprosy control system. Focus should be made on human resource development, referral system, setting up hotline services system and adequate leprosy experts are needed.

Key words: disability, leprosy, treatment